

265



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**OLLIN
MODELO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
PARA NIÑOS EN SITUACION DE CALLE**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
LUZ MARIA VELAZQUEZ**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
DIRECTORA DE TESIS:
PATRICIA DE BUEN**



**EXAMENES PROFESIONALES
MEXICO, D. F. FAC. PSICOLOGIA**

2001

292285



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



"OLLIN"

*MODELO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE*

*Ollin es una palabra de origen nahuatl que significa
movimiento.....*

*Y el programa pretende ser eso,
movimiento, que implica cambio, evolución, transformación
continua, apertura a seguir creciendo y estar alerta al siguiente
paso.*

Necesidad de aprender a vivir para ser en y con el mundo.

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA PRESENTA
LUZ MARÍA VELÁZQUEZ**

DIRECTOR DE TESIS: PATRICIA DE BUEN

ÍNDICE

Agradecimientos	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1. Institución en la que se aplica el Modelo	15
1.1. Filosofía de Casa Alianza	16
1.2 Modelo de Atención	19
2. El Niño de la Calle	21
2.1 Descripción	22
2.2 Algunas reflexiones	23
2.3 La familia	25
3. Desarrollo Psicológico del Niño	27
3.1 Etapas de desarrollo	28
3.1.1 Afectividad	29
3.1.2 El acto motor	30
3.1.3 El conocimiento	31
3.2 La persona	36
4. Las Adicciones	38
4.1 Ausencia de sentido	39
4.2 Alienación	42
4.2.1 Alienación del individuo respecto a las instituciones y a los otros hombres	43
4.2.2 Alienación de sí mismo	45
4.3 El consumo de drogas en el niño de la calle	50
4.3.1 El modelo de riesgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	50
4.3.2 Drogas de consumo entre los niños de la calle	54
4.4 Perfil del adicto	62
5. Prevención en Adicciones	66
5.1 Enfoques en prevención	66
5.2 Algunas experiencias en la prevención	69
5.3 Comunidad Terapéutica	72
Conclusiones	80

CAPÍTULO 2	
MODELO OLLIN: MÉTODO DE TRABAJO	81
EL MÉTODO	82
1. DIAGNÓSTICO	84
2. PROCEDIMIENTO	86
I. Ingreso: Nivel de Detección.	87
Actividades de Ingreso	87
II. Inducción: Nivel de Sensibilización	91
Actividades de Inducción	91
III. Comunidad Terapéutica (C.T.) : Nivel de Intervención	92
A. Estrategia Educativa	94
1.1. La Conciencia	95
1.2. El Diálogo	98
1.3. Formación de Conceptos	99
1.4. La Voluntad	100
1.5. Integración a la Sociedad	101
Actividades de Estrategia educativa	102
B. Estrategia Clínica	104
2.1. La Comunidad Terapéutica	104
2.2. Rehabilitación	105
2.3. Estimulación del Desarrollo Psicológico	106
2.4. Sentido de la Vida	107
2.5. Atención Individual	107
2.6. Atención Grupal	107
Actividades de Estrategia Clínica	108
C. Estrategia de Salud	111
3.1. Cuidados Básicos	111
3.2. Prevención y Tratamiento	111
3.3. Cuidados Psicosociales	111
Actividades de Estrategia de Salud.	112
D. Estrategia de Investigación	113
Actividades de estrategia de Investigación	113

CAPÍTULO 3.	114
EVALUACIÓN	
Evaluación	115
Evaluación Cuantitativa	116
A) Atenciones Brindadas por Nivel	116
Atenciones Brindadas en Comunidad Terapéutica	117
B) Resultados	118
Seguimiento Anual	119
C) Movimiento de la Población	120
Permanencia en Fases	120
Estancia del Niño	121
Datos Generales de Población	122
Datos Sobre el Perfil de Adicción	123
Evaluación Cualitativa	124
Desarrollo e Implementación del Programa	124
I. Ingreso Nivel de Detección	124
II. Inducción Nivel de Sensibilización	125
III. Comunidad Terapéutica Nivel de Intervención	126
A. Estrategia Educativa	126
B. Estrategia Clínica	127
C. Estrategia de Salud	128
D. Estrategia de Investigación	129
Análisis	130
La Demanda	131
Tareas Derivadas del Análisis	133
Contribuciones	135
Referencias	137
ANEXOS	144
1. Diagrama de Flujo	145
2. Plan de Vida	146
3. Planeación de Actividades	166
4. Perfil de Adicción	166

AGRADECIMIENTOS

ANTES QUE NADA AGRADEZCO A MENIN LA OPORTUNIDAD QUE ME BRINDO AL ASIGNARME ESTA TAREA.

AGRADEZCO A TODOS LOS COMPAÑEROS QUE CON SUS PUNTOS DE VISTA, OBSERVACIONES, SEÑALAMIENTOS Y APORTACIONES HAN HECHO POSIBLE EL CRECIMIENTO Y MADURACIÓN DEL PROGRAMA.

GRACIAS A TODOS LOS NIÑOS DE CASA ALIANZA POR COMPARTIR SUS VIVENCIAS CON NOSOTROS .

GRACIAS A DIOS PORQUE FUE AQUÍ DONDE ME PERMITI ENCONTRARLO.

GRACIAS A MIS HIJOS POR PERMITIR QUE COMPARTA MI TIEMPO CON OTROS Y GRACIAS AL AMOR QUE ME HA RODEADO.

INTRODUCCIÓN

Pensar en niño de la calle, implica pensar en infancia y pobreza, en familias desintegradas o disfuncionales, en carencias de medios educativos y en una montaña de sinrazones para vivir.

Sobre cada uno de estos aspectos y otros más se ha escrito lo suficiente, por lo que en este documento se hará mención del niño desde mi experiencia de trabajo con él en la institución donde laboro, Fundación Casa Alianza.

En las calles de esta nuestra ciudad cotidianamente observamos niños que actúan en los límites de la supervivencia diaria, niños y niñas entre los doce y diecisiete años de edad que viven y enfrentan la violencia de la comunidad que implícita o explícitamente los acusa de ser los autores de su propia situación.

Estos niños y niñas tienen un nivel escolar con un rango de 2º y 3º de primaria; enfermedades respiratorias, gastrointestinales y de la piel, además de un alto grado de desnutrición. Tienen actividades de subsistencia de manera temporal e inestable, mendigan, cometen infracciones y cuentan con algunas otras habilidades de adaptación que les permite sobrevivir.

En la calle los niños se exponen a la violencia policiaca, a la corrupción, a la prostitución, a delincuentes que explotan su trabajo, a la violencia sexual, al comercio y consumo de inhalables y demás drogas, a la muerte a temprana edad, producto de todo el riesgo en el que están inmersos.

En este contexto de vida, se han agudizado, en los niños, algunas características esencialmente humanas que dificultan su crecimiento espiritual, afectivo e intelectual.

Algunas de estas características son:

- Generalmente viven en grupo, ejercen acciones solidarias y atienden sus necesidades e intereses individuales, viven el aquí y el ahora.
- Tienen una particular tabla de valores que les permite resguardar su vida; carecen de límites, manifiestan agresión, ansiedad, angustia, son demasiado demandantes, necesitan del reconocimiento,
- A pesar de estar inmersos en un ambiente altamente violento, no perciben el riesgo.
- Tienen una imagen devaluada de sus padres.
- No acostumbran reconocer errores.

- En su relación con las Instituciones que influyen en su medio, manifiestan gran rebeldía, astucia y manipulación. Tal vez, esto lo hemos provocado entre todos.
- Hay una característica que, desde mi punto de vista influye de sobremanera en el curso de su vida, en sus ojos asoma una gran soledad, están cargados de sufrimiento y de una amplia necesidad de ser escuchados y comunicar lo que les pasa, encontrándose con la realidad de que no saben cómo hacerlo y/o que los adultos no los entendemos.
- Tienen *habituación a la calle* lo que les permite manejarse sin la influencia de un adulto que les indique reglas y normas, ellos son dueños de su tiempo y su actividad está a su libre albedrío.
- Aunado a esta libertad el niño tiene consigo una gran cadena, el consumo de sustancias psicoactivas, lo que le permite sobrellevar la parte dolorosa de esa *libertad* que lo encarcela.

El individuo tiene derecho a elegir sobre su vida, pero, en este sector de la población, ¿existen las condiciones históricas y de vida diaria para ser asertivos?.

Nuestra situación

El inicio precoz del uso (consumo de sustancias esporádico o experimental) y el consumo perjudicial o abuso (consumo dañino y desadaptativo)* de drogas aparece estrechamente asociado a otros comportamientos, como la precocidad sexual, la delincuencia y el fracaso escolar. Están asociados también factores ambientales: desintegración familiar, pobreza, falta de actividades recreativas accesibles y útiles, falta de alojamiento idóneo cuando el niño no puede permanecer en casa, cambios de lugar, opresión y discriminación, disponibilidad de drogas y en algunos casos presiones de los traficantes.

La familia tiene severas alteraciones en su constitución y en sus funciones maternas y paternas, mantiene sistemas extremadamente abiertos y no integrados en su interior, con fronteras generacionales inexistentes; son indiferentes al consumo de drogas, aprueban su uso (explícita o implícitamente); no tiene una relación estrecha con los niños ni interés por sus actividades; tiene pocas aspiraciones en materia de educación; imponen escaso control y disciplina; maltrato físico o emocional a los hijos y en ocasiones a abuso sexual por algún miembro de la familia o alguien cercano a ésta.

* Niveles de consumo definidos por Centros de Integración Juvenil (1997) p.43.

Es obvio que los niños que crecen en esos ambientes tienden a desarrollar lazos débiles o negativos con su familia y desear encontrar pertenencia, bienestar y apoyo en compañía de otros con los que puedan identificarse, lo que fomenta la exposición a experiencias que le provoquen emociones que lo estimulen, una tendencia a la personalidad de acción y una pseudo madurez o pseudo independencia.

En esta línea de vida y en este ambiente existe una fuerte tendencia a convivir con grupos y actividades vinculadas a las drogas, este estilo de vida y este ambiente sólo da para drogas baratas, los disolventes -.

Cuando se habla de disolventes se entiende que son sustancias que disuelven materiales resinosos, adhesivos, tintas de impresión o recubrimientos orgánicos. Se utilizan en gran cantidad y variedad en la elaboración de múltiples productos, son tóxicos, por lo que las personas que los inhalan, en forma accidental o voluntaria presentan daño a su salud.

En nuestra población atendida la inhalación es voluntaria por lo que se logra una mayor concentración de la sustancia en la aspiración. La forma más común de aspiración es mediante una *mona* (papel, estopa o trapo hecho *bolita*, humedecida con la sustancia), que se pone en el hueco de la palma de la mano y se inhala. La sustancia es vendida en un contenedor metálico conocido como *mamila*, y es vendida en casas que se dedican a este negocio o por personas que las distribuyen en la calle, así mismo es humedecida por un limpiador de PVC rígido llamado *cleanmex*.

Observaciones en humanos (Knox y Nelson, op. cit. en Torres Ruiz) señalan consecuencias de la inhalación crónica de disolventes, principalmente en el sistema nervioso central, aparato respiratorio y cardiovascular.

En un estudio realizado en Fundación Casa Alianza (1994) se observó que:

- un 90% de los niños que han vivido en la calle han consumido alguna vez inhalantes/drogas,
- de este 90% el 70% son usuarios experimentales de drogas y,
- el 30% restante tienen ya algún grado de adicción a la misma, estando en una fase funcional o disfuncional.

Casa Alianza, sólo por su existencia, ya es un Modelo de prevención secundaria en adicciones para niños que se encuentran comprendidos en los dos primeros grupos, pero el tercer grupo de niños que se encuentran en una fase funcional o disfuncional muestran determinadas características que los diferencian del resto, entre las que puedo mencionar: cuando el niño está dentro de la Institución (donde está prohibido el consumo de cualquier tipo de droga, incluyendo el cigarro), tiene

períodos alternados de depresión, inquietud, angustia, ansiedad, agresión, intolerancia, poca o nula colaboración en las actividades. Este tipo de conductas alteran la dinámica de organización y educación que quiera celebrare con el resto de los menores.

Por sí misma la adicción a las drogas es considerada una enfermedad que provoca trastornos físicos y del comportamiento que requiere atención profesional especializada por lo que los niños con algún grado de adicción, requieren de una mayor atención individualizada, formar parte de grupos de trabajo (de 8 a 10 miembros), con objetivos, métodos y técnicas de intervención educativas, terapéuticas, de atención a la salud, de rehabilitación e investigación, un clima social y afectivo cálido que le genere sentido de pertenencia, seguridad, contención y alternativas a sus crisis afectivas y de síndrome de abstinencia, sin olvidar la primordial atención a su salud en lo que se refiere a su desintoxicación, nutrición y tratamiento por enfermedades.

De no atenderse lo anterior aumentan las probabilidades de egreso del niño de la institución y por lo tanto la vuelta al consumo de drogas. Un programa que contenga lo anterior requiere:

1. Personal capacitado y bien remunerado, instalaciones y equipo adecuado. Tiempo de intervención que permita incidir en el individuo y en el grupo.

- 2 Compromiso social del estado, de la comunidad y de los individuos que trabajamos en este campo.

Una legislación que reglamente la intervención, haciendo válidos los derechos de los niños y la necesidad prioritaria de una tutoría de Estado o de Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s) que permita incidir en le individuo que por sus condiciones de vida, estadio psicológico y enfermedad no puede decidir oportunamente cuándo iniciar un tratamiento de rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas.

3. Requiere un método de intervención con características interdisciplinarias.

Nuestra propuesta

Certecov (1985) cita a la OMS que define a la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social que no constituye solamente en una ausencia de enfermedad (...)* es mentalmente sano no sólo quien no padece enfermedad mental, sino aquel que presenta un estado de bienestar o de malestar, dinámicamente cambiante, que guarda relación adecuada con sus condiciones de vida. (...) La definición de la OMS ha permitido hacer hincapié no sólo en los problemas de la enfermedad mental, sino en los problemas psicosociales que afectan a los hombres y que resultan de sus condiciones sociales de existencia, impidiéndoles una vida satisfactoria y

actuando muchas veces como desencadenantes de patología mental (...) por lo que el concepto de salud mental trasciende a la psiquiatría y abarca acciones médicas y político sociales, tendientes a modificar los diferentes sectores que integran la estructura social (salud, vivienda, trabajo, educación, acceso a la cultura, acceso al ocio y a la recreación, derechos humanos, etc.) con el objeto de hacer prevención primaria de la salud y promover el bienestar bio- psico- social de los individuos que integran dicha estructura social". (p. 88-90)

Bajo esta lógica de pensamiento se hace necesario distinguir dos tipos de fenómenos psicológicos que perturban a la población: los fenómenos psicopatológicos y los fenómenos psicosociales.

Los fenómenos psicopatológicos producto de una multicausalidad bio-psico-social implican un cambio cualitativo de la actividad psíquica, manifestándose con la aparición de delirios, ideas obsesivas, demencia, etc., para estos problemas la prevención es secundaria y terciaria y de carácter psiquiátrica.

Los fenómenos psicosociales que perturban a todos los hombres enfermos o no, que se atienden con prevención primaria, es decir, con el desarrollo de acciones de salud y político sociales.

Los niños en situación de vida en calle, se encuentran en este último tipo de fenómenos, el problema de su adicción es un problema de enfermedad, Landabaso (1983) afirma que las tres grandes enfermedades que atacan al cuerpo social, son el suicidio, las drogas y la clínica de la agresividad, pero la droga participa como un elemento dentro de estas tres enfermedades y a diferencia de aquellas, la droga se convierte en un negocio y en una situación socio – política de colonización cultural en la medida en que la droga necesita de una cultura que la aplauda y se articula en el propio tejido económico, afectivo, productivo, educativo, de una colectividad y de una comunidad.

La sociedad mantiene con el joven una relación llena de ambigüedades y contradicciones, que con regularidad se explican en la vulgaridad de que el joven es el único culpable de su mal ya que él tiene la *libertad de escoger*. La libertad que se ofrece cuando no existen los medios para ejercerla se torna tan sólo en discurso propagandístico. En este contexto se encuentra nuestro niño, el Estado lo mantiene con placebos de ayuda alimenticia y *plásticos que lo protegen del frío*, los educadores de calle aún no podemos incidir, como quisiéramos en su medio, cultura y valores y a las Instituciones nos falta fortalecer más los vínculos con los niños. Cada cual trabaja desde su visión del problema.

Lo anteriormente expuesto abre la oportunidad para fundamentar que la adicción es un estado que responde a un tipo de adaptación que los individuos implementan para seguir existiendo, evadiendo el camino doloroso de enfrentar su propio yo con el ideal que ha interiorizado de la sociedad.

Como todo proceso de evasión, de auto anestesia que se adopta de una manera estática termina por alejar al individuo de la realidad, primero con la fuga, después con la pérdida de valores y posteriormente con la destrucción de él mismo y de la sociedad que termina por destruirlos a ambos de manera paulatina, mientras la sociedad como gestadora de todo el proceso no encuentre las formas de integrar a los individuos sin menguar sus capacidades y habilidades para realizarse a sí mismos.

En el trabajo con las personas es preciso partir de las necesidades de éstas, y no de nuestros propios deseos, por buenos que éstos sean: en ocasiones se necesita objetivamente alguna reforma, pero la conciencia subjetiva de esta necesidad no ha madurado aún en ellas y no se muestran dispuestas ni decididas a llevarlas a la práctica, en estos caso tenemos que esperar con paciencia e introducir la reforma sólo cuando, gracias a nuestro trabajo, haya madurado la necesidad, es decir dentro del trabajo que debemos realizar con el niño está el generar la necesidad de cambiar su practica, necesidad que redunde en alejamiento de su adicción.

En este sentido tenemos dos principios: primero observar lo que los niños necesitan, observar las necesidades que llena el tóxico y no lo que nosotros imaginamos que necesitan; y segundo, observar lo que los niños están dispuestos a hacer en beneficio propio.

Nuestro papel no es hablar con el niño sobre nuestra visión del mundo, mucho menos intentar imponérsela, sino dialogar sobre su visión y la nuestra, partiendo de que su visión del mundo del mundo se manifiesta en las diversas formas de su acción.

A fin de que haya comunicación eficiente es preciso que el educador lleve al niño a distanciarse de sus propios actos, a girar en torno a su propia actividad, es probable que esto le conduzca a comprensiones súbitas y a ganar en perspectiva. Nuestro sistema educativo debe basarse en un modelo de enseñanza de diálogo, rehabilitación y socialización.

La socialización es el apoyo directo que se le brinda a los niños para su integración a la sociedad, regularmente esto se confunde con *adaptación* que implica ser uno más de lo mismo, en este caso me refiero a la imprescindible necesidad de integrar al niño a la sociedad, que significa un

doble compromiso, del niño y de la sociedad. De la sociedad por que tendrá que asumir el compromiso de brindarle, mínimamente, centros de educación y fuentes de trabajo.

Al niño hay que curarlo de la vida, de la vida que le tocó en la repartición, y que le cierra los caminos, cambiar su percepción inconsciente de la vida es fuente que puede enriquecerle para que genere *su proyecto de vida*, ya que vivir si objetivos personales, sin desafío propio, es un mal del espíritu.

Necesitamos que se rescaten de él sus vivencias afectivas y culturales positivas, rescatando su historia, escenario de lo que él es ahora, ya que de lo contrario se puede producir un desajuste cultural, una carencia de pertenencia, lo que lo lleva a incrementar su sentimiento de inadecuación y extrañamiento.

Nuestra experiencia

Como respuesta al problema que nos envuelve hemos trabajado en la construcción de un método que nos permita avanzar en el doloroso camino de la rehabilitación del niño adicto a sustancias psicoactivas, particularmente al adicto al consumo de inhalables, la droga de los olvidados.

En casa Alianza, iniciamos con un grupo de Auto Ayuda en 1992, los niños llegaban al Refugio con las crisis y características ya antes descritas, la atención a la infancia con consumo de drogas se daba a nivel de atención psiquiátrica y con apoyo de grupos de Auto Ayuda, y de existir alguna otra atención, nosotros la desconocíamos, pero después de proporcionar esta ayuda a niños de la calle, surgieron preguntas como las siguientes: ¿Qué hacer después de que cumpliera un mes o tres meses en un anexo? ¿Qué hacer con ellos después de una consulta? ¿Qué hacer con ellos después de una sesión de Auto Ayuda que rebasara el nivel de catarsis? ¿Cómo vincular o poner en su justo lugar las acciones emprendidas? Muchas preguntas se hicieron... más tarde nos enteramos de la violencia ejercida por algunos grupos de Auto Ayuda.

Así que hicimos un diagnóstico de nuestra intervención y se concluyó que debíamos organizar un Modelo de Intervención que partiera de la siguiente tesis: la atención brindada a niños de vida en la calle debe ser a mediano y largo plazo, promoviendo estilos de vida alternativos a su vivencia cotidiana, atendiéndolo con la óptica de cuatro acciones: Estrategia Educativa, Estrategia Clínica, Estrategia de Salud y Estrategia de Investigación.

Ante todo lo anterior el objetivo de la tesis es proponer un Modelo de atención educativo y terapéutico que promueva estilos de vida saludables en los niños, que los aleje de su habituación a la calle, el consumo de drogas y genere alternativas de vida diferentes a la vida en la calle.

Por ello se plantea un modelo de atención con la siguiente estructura:

En el Capítulo 1 se elabora un marco conceptual que nos brinda elementos para atender y crear alternativas educativas y terapéuticas, diseñadas especialmente para brindar tratamiento y rehabilitación al niño de la calle consumidor de sustancias psicoactivas.

En el Capítulo 2 se describe objetivos y metodología de tratamiento y rehabilitación para niños consumidores de sustancias psicoactivas que tienen una experiencia de vida en calle. Es un programa de Prevención Secundaria que tiene por objeto reconocer y poner término o remedio a un trastorno, proceso o problema lo antes posible y Prevención Terciaria que tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persista la afección - básica. Por tanto en este apartado se organiza un método de trabajo y un conjunto de técnicas de intervención que favorecen un estilo de vida saludable y desarrollo espiritual del niño.

En el Capítulo 3 se plantea la evaluación del programa a un nivel cuantitativo y cualitativo lo que nos permite observar logros y dificultades en el Impacto del programa en la población atendida y en el proceso de su aplicación. Así desde 1995 que se empezó a gestar Olin, en seguimiento de los dos primeros años de trabajo observamos que el 41% de los niños terminó el tratamiento, el 13% se mantenía en el mismo y el 33% en seguimiento de un año se mantenía sin consumir drogas.

Las tareas próximas

- Reunir un equipo interdisciplinario de profesionales y organizaciones que deseen profundizar y trabajar en y con este sector de la infancia.
- Que las ONG´s que trabajamos con este sector tengamos la madurez profesional más allá de la imagen individual e institucional que nos invite a ser autocríticos y revisar en dónde retroalimentar nuestro trabajo, nuestra intervención.

Espero que la información y datos aportados en ésta tesis puedan servir para complementar el trabajo que se realiza con estos niños que también son mexicanos.

Capítulo 1

M A R C O T E Ó R I C O C O N C E P T U A L

1. INSTITUCIÓN EN LA QUE SE APLICA EL MODELO



FUNDACIÓN CASA ALIANZA

Casa Alianza es una organización internacional no gubernamental, de carácter laico y apolítico, que atiende a niños y niñas en desamparo. Tiene su origen en el año de 1968, a iniciativa de Bruce Ritter (sacerdote franciscano y profesor de la Universidad de Manhattan en Nueva York), quien observó que los jóvenes que vivían en las calles de la ciudad no contaban con atención a su problemática, ya que no tenían un tutor o alguien responsable que pudiera responder por ellos, y ni siquiera documentación que los identificara.

En 1972 se fundó la organización actual, no lucrativa y de carácter privado con el nombre de Covenant House o su equivalente en español, Casa Alianza. La connotación del término "Alianza" se retomó del concepto bíblico y se refiere a la Alianza de Dios, con mujeres y los hombres. Nos dice la Biblia que Dios en su infinito amor por el pueblo de Israel, lo aceptó incondicionalmente, aún a pesar de su ingratitud. El padre Bruce Ritter utilizó el concepto de Alianza, cuando descubrió que para iniciar cualquier proceso de recuperación de un joven o un niño en desamparo, se necesita una actitud de aceptación y amor sin presiones ni hostigamientos.

Casa Alianza atiende a niños en situación de desamparo, en particular aquellos que viven en las calles. Actualmente Casa Alianza atiende a niños y niñas en desamparo en Estados Unidos; (1968), Canadá, Guatemala (1981), Honduras (1986), México. (1988), y Nicaragua (1998). La Institución basa su trabajo en su Misión y Principios que juntos conforman su Filosofía. Su método comprende cuatro Programas que se eslabonan como etapas en el proceso educativo con y para el niño. Los Programas son: Educadores de Calle, Refugio o Centro de Crisis, Hogar de Transición, Hogares Grupales. Además como programas de apoyo están el Programa de Reintegración Familiar, el Programa de Trabajo Social y Programa de Psicología, el Programa de Luna que atiende a niños con VIH-SIDA, y el Programa Ollin, donde se brinda tratamiento a niños que consumen sustancias psicoactivas.

El objetivo general de Casa Alianza es brindar elementos de desarrollo personal a niños de la calle para que al cumplir la mayoría de edad tengan las habilidades necesarias para afrontar una vida de forma digna, independiente y con un desarrollo personal que lo integre activamente a la sociedad para lo cual requiere que el niño deje de vivir en las calles de la ciudad.

1.1 FILOSOFÍA DE CASA ALIANZA¹

La filosofía de Casa Alianza representa una visión del mundo y del cómo vivir en él, y comprende su misión y sus principios.

LA MISIÓN

"Nosotros, quienes reconocemos la providencia y la fidelidad de Dios con su pueblo, nos dedicamos a vivir su Alianza entre nosotros mismos y con las niñas y los niños a los que servimos, con respeto absoluto y amor incondicional".

Este compromiso nos llama a servir a niñas y niños desamparados que sufren en la calle, proteger y salvaguardar a todos los niños. Como Cristo hecho hombre es el signo visible de la presencia de dios dentro de su pueblo, así también nuestros esfuerzos en Casa Alianza, son un signo de la presencia de dios, actuando por el espíritu santo, dentro de nosotros y nuestros niños. *"Nosotros quienes reconocemos la providencia de Dios"*, frase que encierra un gran simbolismo, y mediante la cual, reconocemos una Fuerza Superior que provee y se preocupa por los demás, un Ser que nos procura y nos enseña a aliarnos y proporcionar amor.

Establecemos un compromiso que significa, no solamente una promesa, sino la firme voluntad de aterrizar en algo concreto. Un compromiso que nos conduce a servir a los niños y niñas de la calle, quienes rara vez han sido servidos. Llamamos "servidor" a aquel que da su ayuda responsable y consciente a los otros, con respeto y desarrollando el amor incondicional. A lo largo de su vida estos/as niños/as han sido profanados y maltratados permanentemente, considerados poco menos que nada en un mundo donde el amor se encuentra condicionado, es decir, "te quiero porque espero de ti algo a cambio, porque me interesa tu cuerpo, tu dinero o algún beneficio para mí..."; el niño/a visto como objeto de utilización. Estamos para que el niño/a sepa que cuenta con alguien que le ofrece amor incondicional, basado en la honestidad, en la mutua entrega. Los que trabajamos aquí somos los encargados de transmitir y desarrollar conjuntamente con los niños/as- esta manera diferente de relacionarnos. Estos son mensajes que están en Casa Alianza y que la calle no tiene.

La Misión describe la Alianza que Dios establece con su pueblo, como un vínculo de amor siempre presente e incondicional de *Él* con todos nosotros. Siguiendo su ejemplo e impregnados de este espíritu, los que trabajamos en Casa Alianza, decidimos comprometernos con este amor. Lejos de ser únicamente una institución conformada por personas, posee una mística que le da un carácter de

¹ Tomado de FUNDACIÓN CASA ALIANZA, 1994.

comunidad particular, en la que todos somos necesarios y a pesar de nuestras diferencias, trabajamos para un fin común.

PRINCIPIOS

El modelo de atención de Casa Alianza se fundamenta en cinco principios básicos que son el sustento metodológico y pedagógico de su labor.

Principio de Urgencia

Nos indica que todo niño que así lo solicite o presente la necesidad inmediata de ser atendido en su estado de salud, vivienda, comida, ropa limpia, regaderas, sin trámites de ninguna índole le podrán ser cubiertos, así mismo se le apoyará en situaciones de crisis afectivas que dañan su paz personal y espiritual.

Los niños/as que acuden a nuestros programas, son niños en situación de desamparo material y sobre todo emocional, por ello requieren atención médica, psicológica o legal; además de ser escuchados.

La relevancia del principio de urgencia consiste en advertir, desde el primer momento, los requerimientos prioritarios del niño o la niña. Para ello es fundamental la sensibilidad y el entusiasmo de los educadores, que les permita responder oportunamente a la necesidad consciente del niño/a de recibir atención y compañía. Nuestro Refugio está abierto las 24 hrs., del día, los 365 días del año, para que los niños lleguen cuando lo necesiten.

Principio de Santuario

Nos indica el respeto absoluto que se le tiene a las personas independientemente de su historia, condición, y creencias, y al mismo tiempo resguarda su intimidad y seguridad personal. El santuario lo entendemos como algo sagrado e inviolable: un espacio físico, nuestro propio cuerpo, nuestra espiritualidad, emociones, deseos e historia personal. La información de carácter privado que nos vierta cualquier individuo, será estrictamente confidencial, excepto cuando ésta atente contra la vida o bienestar del interesado u otros niños.

El santuario, por definición, crea un ambiente y un entorno de confianza. Al decir confianza, nos referimos a la seguridad y la discreción que brindamos y queremos recibir de cualquier persona. Nuestros hogares, son los santuarios que deben albergar tranquilidad, confianza, higiene y belleza, para hacer de estos un lugar agradable y generar con ello el ambiente de la Alianza.

Principio de Comunicación de Valores

Nos indica que todo ser humano se conduce de acuerdo a ciertos criterios que le permiten elegir el estilo de vida con que mejor se identifique. En el caso de los niños existe una crisis de confrontación de valores, por lo que estará en nuestras manos la posibilidad de ayudarlo a aclararlos y acompañarle en su búsqueda y encuentros, en el entendido de que dicho proceso es estrictamente personal. Para concretizar tal apoyo, trataremos de convivir con ellos en un clima de dignidad, confianza, honestidad, respeto, desarrollo personal y comunitario.

Este principio tiene que ver con las formas de relaciones interpersonales y las actitudes que transmitimos y aprendemos. Casa Alianza tiene como valores el respeto, la solidaridad, la honestidad, la sinceridad, la justicia, la responsabilidad, el amor, etc. valores que son a la vez convicción y alternativa de vida.

Principio de Estructura

Este principio nos indica que en la vida cotidiana, escolar o laboral, existe una organización, normas, reglas, o condiciones que se requieren conocer y asimilar de una manera creativa y participativa para poder vivir en sociedad. En Casa Alianza la estructura tiene que ver con los principios, lineamientos, normas, límites, acuerdos y cooperación que hacen posible su funcionamiento.

Principio de Opción

Nos indica que durante todo el proceso de la vida estamos tomando constantemente decisiones que repercutirán en nuestro desarrollo, por lo que es necesario aprender a ser asertivo y responsable de las consecuencias que nuestras decisiones puedan traer.

Partimos del supuesto de que cada niño/a que ha decidido dejar su casa y su familia para vivir en la calle, tiene toda la capacidad para diferenciar distintas opciones y elegir la que crea más conveniente.

Bajo el principio de opción, Casa Alianza pretende que el niño sea el artífice de sus propias decisiones, para que sea a partir de la convicción y no de la imposición, que el niño/a decida participar del proceso de la Alianza construyendo un proyecto de vida nuevo.

1.2 MODELO DE ATENCIÓN

Casa Alianza atiende a niños y niñas en situación de calle, cuyas edades van de los 12 a los 17 años de edad. Y realiza su misión de apoyo mediante un método consistente en cinco etapas, estrechamente relacionadas entre sí, las cuales a su vez pueden funcionar de manera independiente.

ETAPA DE CALLE

En esta etapa se localizan y visitan puntos de reunión de los niños, se inicia relación con ellos y se les invita a acudir al Refugio de Casa Alianza.

Los Educadores de Calle establecen con los niños una relación de amistad y de respeto mutuo a través de diversas actividades recreativas y pedagógicas, con el fin de hacerlos reflexionar sobre su situación marginal de vida y además con el objetivo central de proponerles alternativas de vida distintas a la calle, siendo una opción ingresar al Refugio de Casa Alianza.

ETAPA CENTRO DE CRISIS-REFUGIO

El Centro de Crisis - Refugio.- Es la primera etapa residencial del programa, donde se atiende a una promedio de 80 niños y niñas, consiste en un hogar que recibe a los niños recién llegados de la calle, donde se les proporciona cobijo y alimentación; se les invita a quedarse, de manera que su ingreso y estancia son voluntarios.

Sus objetivos son: Lograr la estabilidad del niño en el hogar, Intervención en crisis afectivas, Educación de hábitos, Satisfacción de sus necesidades básicas y de salud además de darles a conocer la filosofía y principios de Casa Alianza. Lo anterior se logra a través de la atención que reciben de los consejeros/as y las actividades realizadas en el refugio, que son creativas, recreativas y deportivas, individuales y grupales. Al alcanzar estos objetivos se prepara al niño para pasar a la siguiente etapa, el Hogar de Transición.

La permanencia del niño/ niña en el Refugio, significa el primer paso, para incorporarse a una nueva forma de vida.

ETAPA DE HOGARES DE TRANSICIÓN

El Hogar de Transición es la segunda etapa residencial del programa en la que los niños que alcanzaron un nivel de logro en los objetivos de Refugio pasan a vivir a una nueva casa donde sólo viven 20 niños.

Sus objetivos son preparar al niño en el área escolar, técnica o laboralmente, así como enseñarle a aplicar la filosofía y principios de Casa Alianza. Cuando el niño alcanza determinados logros en estos objetivos pasa a la siguiente etapa: Hogar Grupal.

ETAPA DE HOGARES GRUPALES

Es la última etapa residencial del programa y consiste en un hogar en el que viven 14 niños, con una estructura familiar donde sus miembros tienen como actividades asistir a la escuela, a la capacitación o a un trabajo de tipo formal (todo a la vez o una sola actividad, dependiendo la edad del niño).

Sus objetivos son: preparar a los jóvenes para que aprendan a vivir de manera independiente de Casa Alianza en su futuro próximo, provistos de habilidades y recursos para que continúen con su desarrollo.

PROGRAMA DE REINTEGRACIÓN FAMILIAR

Reintegración familiar sensibiliza al niño para que proporcione datos sobre su familia, para que permita su localización y entrevista con la misma, a fin de realizar estudio de caso y contemplar las posibilidades o mecanismos necesarios para que el niño sea regresado al seno familiar y/o según corresponda, se den las visitas familiares o definitivamente el niño quede a responsabilidad de la Institución por carecer de condiciones para ser reintegrado o por no tener familia.

Este Programa trabaja en las etapas de Refugio, Transición y Hogares Grupales; pendiente del momento oportuno para abordar la problemática familiar del niño, si así, el niño lo permite.

2. EL NIÑO DE LA CALLE

Diariamente, en nuestro ir y venir por la ciudad, nos encontramos con niños y niñas que nos intentan vender algo, que limpian parabrisas, que con o sin disfraces en los cruceros ofrecen algún tipo de espectáculo, o simplemente nos piden una moneda, incluso llegan a robar para conseguir lo que desean. Algunos niños están pese a su triste condición, limpios, con apariencia de pertenecer a una familia, mientras que otros se encuentran desaliñados, enfermos y en plenas condiciones de abandono.

La UNICEF ha marcado una diferenciación de características de los niños que encontramos en la calle. Así tenemos a los niños con factores de riesgo, niños en la calle y niños de la calle. Los niños con factores de riesgo son aquellos que viven con una familia con problemas graves, agresiones físicas o discusiones, que mantienen un bajo rendimiento escolar, agresividad con sus compañeros, distracción, ausentismo, incumplimiento de tareas, desnutrición, economía familiar precaria. Estos factores pueden ser identificados por el maestro a tiempo y puede brindárseles atención antes de que se complique con la salida del niño a la calle.

Los niños en la calle son aquellos que trabajan en la vía pública, pero aún tienen relación con sus familias y comen y duermen con ellas; regularmente se ven aseados y sólo salen a la calle a tratar de encontrar un ingreso que ayude a la economía familiar; es muy necesario poner atención a este sector de la infancia, ya que se incrementa el número de niños en la calle que están a un paso de ser absorbidos por el medio. Los niños de la calle no cuentan con el respaldo de un adulto o institución que lo ampare en el desarrollo de su vida; han roto sus relaciones con la familia o las mantienen de manera esporádica y sin lazos firmes, viven y sobreviven en las calles.

En ocasiones se torna difícil diferenciar a un niño de la calle de un niño en la calle, o niños que viven o trabajan en la calle, los niños que viven en la calle necesariamente trabajan, ganan dinero o comida, desempeñen una o varias actividades, ejerzan actividades aceptadas socialmente o no, favoreciendo o deteriorando su desarrollo, de esta manera el valor social del trabajo como medio de aprendizaje y formación se torna en un medio de sobrevivencia devaluado y sin protección legalmente. Bajo ésta definición genérica de "niño de la calle" nos apegaremos en este programa, sin menoscabar las críticas que se le señalan a este término, pero sin caer en una discusión de eufemismos partiendo de que finalmente el problema no está en la denominación sino en el cómo se interactúa con él.

2.1. DESCRIPCIÓN

En este apartado se exponen dos tipos de características presentes en los niños de la calle: aquellas que son particulares a este grupo y las que son propias de la etapa de vida en la que la mayoría de estos menores se encuentra, la adolescencia.

Dentro de las características particulares a los niños de la calle están:

- El niño de la calle, vive, come, trabaja y duerme en la calle.
- Usualmente tiene vínculos familiares muy débiles o no tiene ninguno.
- En su núcleo familiar la mayoría de las veces, por lo que hemos podido observar en nuestra experiencia existe un padrastro o una madrastra.
- Realiza actividades de subsistencia de manera temporal e inestable (robo, mendicidad, prostitución, subempleo entre otros.
- Ha desertado de la escuela.
- El 90% de estos niños que han consumido alguna vez inhalantes u otras drogas, de los cuales, el 70% son usuarios experimentales de drogas y, el 30% restante tienen ya algún grado de adicción a la misma, estando en una fase funcional o disfuncional.
- Algunos de ellos usan una o varias drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol, pastillas, entre otras.
- Algunos tienen una vida sexualmente activa, en ocasiones con personas del mismo sexo, prostitutas y/o compañeras (os) del propio grupo.
- Frecuentemente han sufrido o sufren de abuso y/o seducción sexual por parte de adultos.
- Están expuestos a todo tipo de riesgos, accidentes y hasta la muerte.
- Regularmente conocen varias instituciones las cuales han visitado o han sido llevados a la fuerza para después salir o escapar de ellas.
- Algunos de ellos han estado en centro de detención de menores.
- Se localizan en zonas urbanas como: centros comerciales, centros deportivos, estadios, avenidas de la ciudad, bulevares, mercados, monumentos plazas, parques, jardines, teatros, cines, terminales de autobuses de pasajeros y/o de carga, ferrocarriles aeropuertos, tiradores baldíos, obras en construcción abandonadas, minas, alcantarillados, centros turísticos, estacionamientos públicos, casas y edificios abandonados entre otros.
- Su apariencia por lo regular es sucia, descuidada, en ocasiones con ropa más grande que la de su talla, deambulan sin dirección; regularmente se encuentra jugando con las máquinas de vídeo juegos.

- A veces se ven limpios cuando hacen una visita familiar o trabajan y pudieron asistir a un baño público.
- Algunos son desconfiados, calculadores, agresivos con una autoestima muy baja, creativos astutos, utilizan la mentira y el chantaje para manipular.
- Cuando son de origen urbano provienen de colonias y suburbios marginados; pero también pueden ser campesinos emigrados o indígenas que llegan a la ciudad en busca de trabajo, fracasan en su búsqueda y finalmente son absorbidos por la dinámica de las calles.
- Salieron de su casa por la necesidad de trabajar; por ser maltratado física, psicológica, emocional y/o sexualmente por algún familiar, con gran regularidad por su padrastro, su mamá o algún otro familiar con quien vivía. En ocasiones el niño no identifica el porqué de su salida del hogar sólo reporta que está mejor así.
- Con gran regularidad se agrupa con otros niños y niñas con la misma problemática para vivir en la calle.
- En general la gente es indiferente a ellos, pero ocasionalmente reciben "ayuda caritativa" o señalamientos hostiles.
- Se relacionan con las personas de comercios principalmente ambulantes, con las prostitutas, policías y otros individuos que consumen y/o les surten la droga.

Dentro de aquellas se son comunes a todos los adolescentes están:

- Usan su propio lenguaje, caló, jerga, groserías, y señas corporales.
- La libertad es su principal valor, el aquí y ahora es lo que importa no hay futuro ni mañana, su pensamiento y acción son prácticos e inmediatistas.
- Adquieren su propia cultura y valores, mantienen relaciones autoritarias, de rebeldía y ocio.
- Necesitan programas educacionales con una opción de vida y no caridad.
- Tienen una inteligencia práctica que le permite sobrevivir y defenderse en su ambiente.
- Por lo regular está solo y cuando se logra relacionar afectivamente es cariñoso, cálido y altamente demandante.

2.2. ALGUNAS REFLEXIONES'

¿Cómo es un niño de la calle? - le pregunté a Marcos, como todos, somos niños, como cualquiera!, contestó en un tono altivo y de protesta.

Cierto, en el sentido estrictamente humano no hay diferencia entre los niños, son iguales en sus derechos y obligaciones, en el ser, estar, y hacer; sin embargo por su contexto y desarrollo los

niños pueden adoptar ciertas características particulares que los diferencian ya sea por su cultura, medios de enfrentar la vida, formas de respuesta y resolución de problemas, luego entonces la diferencia estriba en el cómo forman parte del medio, cuál es el origen y el cómo del medio en que viven.

Los niños de la calle son los sobrevivientes de un proceso de abandono que se inicia en el útero materno de una mujer generalmente desnutrida, médicamente desatendida, con una sobrecarga de problemas económicos, emocionales y una precaria educación. Ambos padres toman a sus hijos como válvulas de escape de sus tensiones, padres a los que el sistema les exige paternidad responsable, pero les niega las condiciones materiales mínimas para ejercerla y además son miembros de una misma cadena, en la que ahora el último eslabón son sus hijos, pero donde antes estuvieron ellos (CNDH – CODADIC, 1993)

La escuela podría ser un elemento de protección para el niño, sin embargo no responde a las características de retraso escolar y deficiencias en el aprendizaje del niño y por tanto no motiva su participación, y sí, en cambio, lo estigmatiza, orillándolo aún más a la calle.

La vida callejera es un medio estimulante en el desarrollo de habilidades y capacidades de supervivencia, en ella se aprende la necesidad de la unidad en los grupos pequeños, para auto protegerse, para cuidarse cuando están enfermos y cuando sufren accidentes, los efectos de la droga, el hambre o la tristeza y para acompañarse en su impotencia de encontrar alivio. "La droga-especialmente la inhalación de disolventes- se vuelve en ocasiones la única manera de soportar el gran sobre esfuerzo físico y psicológico que exige vivir en la calle; la droga sirve también para evadirse y perder la dolorosa conciencia de postración y abandono". ("El Universal", 15-IV-90).

Los niños mendigan, trabajan o roban para sobrevivir, comen desperdicios que toman de donde se pueda; algunos se perciben tristes y confundidos, otros retadores y agresivos y otros más en un mundo de fantasía proporcionado por las drogas; pero todos en su conjunto viven subordinados en un mundo de transeúntes indiferentes o que practican su caridad con ellos, de policías, prostitución y delincuencia.

Tocaven (1976) afirma que "es la calle un definitivo factor criminógeno donde los menores desamparados o explotados por sus propios padres, encuentran las mil y una formas de procurarse un ingreso. Es en el arroyo, la jungla urbana donde para sobrevivir y cubrir las necesidades básicas o las de su familia el menor debe desempeñar una serie de roles donde el más fuerte el más osado, el más grande los explota y envilece. (...) Estas características aunadas al ocio, resultante de la falta de

horario de trabajo, de un método que propicie el aprendizaje y una superación, así como la peculiaridad de ser moral y materialmente abandonados y poseer una nula o deficiente educación, hará que finalmente se entre en un conflicto con la sociedad y la justicia." (p. 40)

Las anteriores circunstancias dan origen a los fenómenos de vagancia y delincuencia. "La vagancia es una amplia puerta abierta a la delincuencia. (...) Los jóvenes vagabundos presentan los mismos problemas etiológicos que los menores delincuentes" (Chazal, 1972, p.9). En el límite de la lucha por sobrevivir, antes que su agresividad constitutiva cambie de signo y se convierta en rabia, en rebeldía sin asidero y en ganas de destruir y de destruirse, tenemos que intervenir con una postura responsable ante nuestros niños.

2.3. LA FAMILIA

Lieberman (1981) comenta que, la socialización del niño depende no sólo de los modelos y esfuerzos sociales sino también de intercambios emocionales conscientes e inconscientes. La socialización es un proceso acumulativo que empieza en el nacimiento e involucra la incorporación de grupos y relaciones, la transmisión de normas culturales y sociales, las capacidades individuales y la constitución heredada. De los agentes socializados, el primero y el más importante es la familia, debido a su influencia temprana en la formación de un individuo, ya que es la realidad social más cercana a toda persona, y de la cual dependerá buena parte del desarrollo humano de cada uno de sus miembros.

En mayor o en menor grado dentro de la familia se realizan diferentes funciones de tipo económico, afectivo, religioso, de protección y de identificación, las cuales contribuyen de manera fundamental a conformar la personalidad del niño. "Ningún niño puede existir sin su familia ya sea propia o adoptiva. Incluso en residencias de grupos e instituciones infantiles, el personal usualmente intente simular un grupo familiar lo bastante pequeño para permitir relaciones personales estrechas. La familia constituye el campo psicológico más importante de un niño: es un reflejo y fuente de afectos, identidad e identificación" (Lieberman, 1981, p. 33)

Los marginados o familias extremadamente pobres cambian de estructura familiar frecuentemente. El padre o la madre dejan el hogar y/o son sustituidos por otros. Cada cambio produce crisis en los integrantes de la familia, manifestándose con violencia entre los adultos y el maltrato a los niños. Muy frecuentemente a esta situación se le añaden factores como alcoholismo, drogadicción, carencias económicas y abandono. Estos pueden y son motivos que promueven que los

niños huyan de sus casas. De la Garza (1987) afirma que en los grupos familiares en los que uno de los padres está ausente y no hay una persona que lo sustituya, los controles son débiles o nulos y los roles tanto de los padres como de los hijos son confusos y no se hayan delimitados claramente. Estas familias están más propensas a problemas tanto familiares como individuales; así mismo afirma que de cada 100 padres 45 abandonan el hogar, el 45% de éstos son sustituidos por un padrastro que puede servir como elemento estabilizador económico, de autoridad y disciplina o como agente desintegrador del núcleo que haya quedado.

En la familia en crisis la confusión en la escala de valores, normas y roles de los miembros dificulta la adaptación del niño y el adolescente y lo hace responder ante una sociedad contradictoria que le demanda valores y costumbres ajenos a su cotidianidad, ya que la retórica del discurso es muy distante a los hechos, se le pide orden, respeto, se le habla del amor y carece de todo ello, ¿cómo demandarle lo desconocido? Correspondiendo a esto, sus formas de respuestas son así, contradictorias, violentas, desordenadas, confusas, sin identidad ni expectativas de vida; sin un camino definido por donde ir, pareciera que sólo huye salvaguardando su vida, sin ver con qué tropieza o en dónde cae. Habrá que construir un remanso donde el niño, el adolescente se siente y cumpla con un paso importante en el camino del conocimiento y el hacer la reflexión para poder construir una vida cualitativamente mejor.

En la familia se depositan todas las responsabilidades y errores de la crianza de los niños. De tal manera es la cortina donde se esconde él o los problemas de fondo. No sólo hay padres golpeadores, la sociedad golpea, abandona y mata a los niños. Es urgente ampliar las tareas del gobierno las instituciones y de la sociedad civil en el cuidado de los niños.

En el contexto actual la familia es el pretexto del Estado para no asumir su responsabilidad, la transformación de las instituciones, la reformulación de la familia y la escuela. En una familia para ejercer una paternidad se necesita un sustrato material básico como un salario mínimo que cubra las necesidades elementales - por lo menos - un espacio razonable, un patio de juego, elementos que no tiene una familia popular. En los barrios de la ciudad de México hay niños que andan en la calle prácticamente desde su nacimiento, es decir crecen y se crían en la calle. Esto es así porque no tienen ningún motivo para estar dentro de la casa. Ellos necesitan ir a la calle si quieren sobrevivir y ahí encuentran un tipo de relación familiar y vínculos de afecto que es la pandilla.

Tradicionalmente, el cuidado de los niños como seres en total indefensión ha sido una tarea asignada a la familia, pero actualmente un número considerable de familias no están logrando cumplir con tan trascendente función, hoy en día protege menos de lo que aniquila.

3- DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

"Si los educadores quieren tener éxito en su trabajo educativo y de enseñanza, deben siempre observar cómo tiene lugar el desarrollo del niño" (Psicología.....1965, p. 45). Zazzo (1976) nos dice que toda realidad psicológica tiene una historia y unas condiciones materiales de existencia. y que es la reconstrucción de esa historia y el análisis de esas condiciones lo que nos permite comprenderla, por ello es una tarea necesaria reconstruir las historias de nuestros niños a partir del estudio y análisis de su desarrollo psicológico para estimular.

El desarrollo mental y espiritual del niño se produce, al igual que cualquier otro proceso natural y social, de acuerdo con leyes definidas. El educador debe tomar esto en consideración si quiere intervenir activamente en el proceso de la formación de la personalidad en crecimiento. Continuar su desarrollo sobre la base de lo que el niño ya ha adquirido fomentando aquellas actividades del niño que lo preparan para las siguientes etapas.

Un hecho importante en la educación es saber que ésta se realiza, no sólo con la actividad consciente de los adultos, sino que también descansa en la actividad cada vez más consciente del propio niño. Las cosas que rodean al niño lo influyen penetrando en su vida y convirtiéndose en objetos y condiciones de su actividad, por lo que la educación no sólo debe satisfacer las necesidades, deseos y aspiraciones sino que debe establecer nuevos motivos y objetivos para nuevas actividades y destrezas.

El desarrollo Psicológico consiste en la superación de las contradicciones, el surgimiento de procesos y características psicológicas del nivel requerido para resolver las nuevas tareas vitales; la eliminación de los viejos y creación de los nuevos rasgos de la conciencia y del auto conocimiento de su personalidad. Al mismo tiempo presupone el desarrollo de sus habilidades naturales y el cambio de condiciones internas que, a su vez, producen cambios en la interacción del niño con el medio. Por lo que la familia, la escuela, los sucesos de la vida política y social se centran en condiciones de desarrollo psicológico del niño.

En la guía del desarrollo psicológico del niño los educadores tienen dos tareas fundamentales:

- Transformar las perspectivas de desarrollo en tareas concretas, para la etapa y actividad presente y futura del niño.
- Despertar una actitud consciente e interesada hacia éstas tareas y de movilizar todos los esfuerzos para la superación de los obstáculos y las dificultades.

3.1. ETAPAS DE DESARROLLO

"El ser humano forma una unidad en cambio permanente, basado en un desarrollo fisiológico y en sus relaciones con el medio. En consecuencia, de la persona no se pueden extraer las dimensiones del desarrollo, así en la evolución del niño se contraponen y complementan mutuamente factores de origen biológico y social. De los primeros depende el crecimiento, el control de la motricidad, etc., y de los segundos, comportamientos como el lenguaje. Ciertamente para la adquisición de este segundo tipo de conductas es necesario un elevado grado de maduración de los factores internos, pero al igual que Vigotsky, Wallon considera que su origen no es biológico sino social." (Vila, 1986, p. 23)

El niño evoluciona de sistemas en sistemas, en el que cada una de las actividades ya posibles concurren con todas las otras, recibiendo su papel del conjunto. El sistema está conformado por la relación entre las facultades naturales del niño y el medio. El medio no puede ser el mismo en todas las edades, está constituido por todo aquello que hace funcionar los procedimientos de que dispone el niño para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero por eso mismo, es el conjunto de los estímulos sobre los cuales ejerce y regula su actividad. Cada etapa es al mismo tiempo un momento de la evolución mental y un tipo de comportamiento." (Wallon, 1974, p. 32)

En el estudio del niño, Wallon parte de la idea de que la personalidad es un todo, un ser total, físico y psíquico, pero para estudiarla desarrolla el concepto de estadio al que define como: " un cierto tipo de relaciones con el medio que, en ese momento son dominantes y que dan al comportamiento del niño un estilo particular, en cada estadio hay una función dominante, en torno a la cual se organizan las demás, de forma que un estadio sucede al otro a partir de la sustitución de una función por otra. Estos conjuntos funcionales que se distinguen al estudiar las etapas del desarrollo del niño , son los de *Afectividad , Del Acto Motor, Del Conocimiento y De La Persona*" (Vila, 1986 p. 42)

Cada estadio tiene una orientación, unos dirigidos a la edificación del sujeto, centrípetos (afectividad) y otros son dirigidos hacia el establecimiento de las relaciones con el exterior, centrífugos (sensorio - motor). Así mismo existe una preponderancia y subordinación al nuevo sistema de relaciones establecido en torno a la función dominante, cada estadio integra las funciones anteriores organizando un nuevo conjunto o estructura en la que los elementos pierden su individualidad adquiriendo sentido en función del conjunto.

La sucesión de cada estadio se da a partir de la integración de posibilidades preexistentes y se constituye a expensas de reacciones anteriores que se organizan de manera distinta, extinguiendo unas y conduciendo hacia otras, hacia nuevos sistemas de relaciones. Es así que en este crecimiento son observables crisis y conflictos en los infantes, en los momentos críticos de su evolución.

3.1.1 LA AFECTIVIDAD

Las emociones, son la exteriorización de la afectividad, y se tornan medios de expresión, convirtiéndose en instrumento de sociabilidad cada vez más especializada. A medida que se vuelven más autónomos, precisan su significación y se diferencian de la emoción misma.

Habitualmente en el adulto la emoción se reduce por el control o por la simple traducción intelectual de sus motivos y circunstancias.

Al respecto Wallon (1974) afirma:

"En el niño es lento el progreso de las reacciones puramente ocasionales, personales, emocionales, hacia una representación más estable de las cosas y los relapsos son continuos, no tiene frente a las circunstancias las reacciones instantáneas y directas de la emoción. tiene una actitud de abstención, y cuando observa lo hace con una mirada lejana y furtiva que rehusa toda participación activa en las relaciones que se establecen a su alrededor. Si se trata de hacerlo participar se pondrá de mal humor, rezongará por falta de aptitud y de gusto en los intercambios inesperados con el otro. El niño al parecer prefiere cerrar sobre sí mismo el circuito de sus impresiones; a menudo queda absorto, chupándose el pulgar y rumia sus propias impresiones. Este periodo de iniciación, periodo defensivo y negativo, solo podrá modificarse con la aparición y el progreso de representaciones que proporcionaran a sus divagaciones motivos y temas más o menos intelectuales. (...). Las influencias afectivas que rodean al niño desde la cuna no pueden dejar de tener una acción determinante sobre su evolución mental. No es que creen en él totalmente sus actitudes y sus maneras de sentir, pero justamente, al contrario, estas influencias se dirigen a medida que se van despertando, hacia automatismo, que el desarrollo espontáneo de las estructuras nerviosas contienen en potencia, y por su intermedio, a reacciones de orden íntimo y fundamental. Es así que lo social se amalgama con lo orgánico" (p. 164-169)

Es así que al hablar de afectividad no podemos dejar de lado que ellas reposan en prácticas gregarias en y para las relaciones, que conforme se presentan se van afinando y se van convirtiendo en instrumentos de sociabilidad cada vez más especializada. Las emociones consisten esencialmente

en sistemas de actitudes que, en el caso de cada una, responden a una cierta clase de situación. Actitudes y situación correspondientes se implican mutuamente, constituyen un modo global de reaccionar, de tipo arcaico y frecuente en el niño.

Existe una relación entre las disposiciones psíquicas y los eventos exteriores, a menudo la emoción da el tono a lo real y a la inversa los incidentes exteriores pueden adquirir la virtud de desencadenarla, lo que puede suscitar reflejos condicionados. Entre algunas emociones encontramos el placer y la alegría, la cólera, la angustia, el miedo, la timidez y la excitabilidad o prestancia.

La emoción puede presentarse como opuesta a la lógica o a la evidencia, constituyéndose complejos afectivos irreductibles para el razonamiento ; también la emoción da a las reacciones una rapidez y una tonalidad. La emoción es el vínculo entre la intención y el discernimiento. En la sonrisa podemos observar la siguiente sucesión: primero, el estímulo inmediato de la tonicidad muscular que genera una satisfacción orgánica local; segundo llega una impresión sensorial externa que implica gozo, por lo que la risa como el sollozo son la consecuencia y expresión de la afectividad orgánica y de las circunstancias morales.

3.1.2 EL ACTO MOTOR

Desde el nacimiento hasta el primer año de vida se inician en el lactante las condiciones fisiológicas y sociales que le permitirán su acceso a la vida psíquica, es un estadio centrípeto, dirigido en lo fundamental hacia la construcción del propio sujeto, es la etapa de la impulsividad motriz, el lactante depende de su entorno, el aparato muscular responde a las sensibilidades interno y propioceptiva ejercitando sus movimientos sin orientación ni objetivos, crisis motrices, descargas musculares son las que caracterizan y dominan esta etapa.

"Los gritos, espasmos, etc., provocados por los estados de displacer, se convierten en señales para que los cuidadores atiendan a las necesidades del infante. Se negocia así un "lenguaje" primitivo , de naturaleza afectiva, entre el bebe y sus cuidadores" (Vila, 1986, p.67)

Los procedimientos empleados son gestos, actitudes y mímica , todos ellos instrumentos para mantener las interacciones sociales tempranas que pasan al primer plano de su vida psíquica. Al

principio aparece la sonrisa, estableciéndose a los seis meses una extensa gama de matices emocionales: cólera, dolor, pena, alegría; es el comienzo del estadio emocional, que tiene su inicio en la fase de impulsividad motriz.

Hacia el segundo y tercer año de vida se establecen las relaciones con el mundo exterior, la función dominante es la actividad sensorio - motriz, se manipulan objetos en el espacio próximo, lo que se incrementa con la marcha, aquí el niño identifica y reconoce objetos lo que le llevara hacia la inteligencia práctica o de las situaciones; posteriormente designará los objetos lo que lo llevará hacia la imitación, posibilitando la representación y el pensamiento, el acto acompaña al pensamiento, el aparato motriz del niño se pone en disposición de su actividad mental, el pensamiento se traduce en gestos que acompañan los relatos del niño.

Las imágenes mentales se representan mediante las acciones, la imitación y el simulacro son las actividades predominantes lo que permite el paso del acto al pensamiento. La imitación y el simulacro preceden a la verdadera representación , al inicio son la traducción en el acto motor de las emociones pero al repetirse y sobrepasar la actividad circular adquieren un significado que marca el paso del gesto al signo. Imitación, simulacro y dibujo son tres actividades del periodo proyecto que soportan la representación.

3.1.3 EL CONOCIMIENTO

Entre los cuatro y seis años el infante busca afirmarse como un individuo autónomo ha incorporado el lenguaje, lo que le permite llegar a las representaciones a través de los signos.

En este periodo aparecen tres etapas :

1º.- Oposición - Inhibición, en este periodo fundamentalmente presentan actitudes de rechazo como si quisieran proteger su autonomía.

2º.- Seducción, el infante busca agradar y ser aceptado para lo cual hace uso de la seducción, el niño tiene la necesidad de afirmarse.

3º.- Representación de roles, en este periodo el niño busca apropiarse de su entorno para incorporarlo a su "yo interno", para lo cual se vale de la imitación de personajes o de personas que tienen prestigio para él , la usurpación del otro le produce sentimientos de hostilidad hacia ese otro que no puede eliminar. Las relaciones con sus iguales , por ejemplo en la estancia infantil lo ayudan a afirmar su autonomía personal y de su propio "yo".

Hacia los seis y los siete años aparece el estadio de categorización sobre los objetos, sus funciones principales son es el dominio del conocimiento del mundo exterior, y se desarrollo la disciplina mental, la atención; es la edad del trabajo.

En este estadio se perciben dos periodos, el primero llega hasta los nueve años y está dominado por el pensamiento sincrético y posteriormente el pensamiento se torna categorial, permitiendo la representación de las cosas y la explicación de lo real.

PENSAMIENTO SINCRÉTICO

En el pensamiento sincrético existe una pluralidad de objetos no diferenciados, la fuentes del conocimiento son la experiencia personal, lenguaje y cultura. Su pensamiento es práctico porque surge estrechamente ligado a la actividad práctica. El niño piensa al mismo tiempo que actúa. En su contacto con los objetos el niño aplica generalizaciones de las relaciones y conexiones correspondientes, éstas pueden ser no conscientes.

El objeto de pensamiento en el niño es aquello que está haciendo, no hay pasado ni futuro, sólo lo que efectúa. Su pensamiento no antecede a las acciones y se desarrolla simultáneamente con el proceso de actividad en contacto directo con el objeto ó en la utilización de su cuerpo como medio de comparación de tener presente lo que piensa. El pensamiento del niño está ligado a la percepción, está ligado a imágenes objetivas, su pensamiento es siempre concreto y sus generalizaciones se basan en fuentes sensoriales.

Las expresiones del pensamiento se confunden entre lo afectivo y lo objetivo, la explicación de lo real es a partir de la utilización de las estructuras de pensamiento existentes como pueden ser analogías, adherencias, relaciones fortuitas complementarias, combinadas; oposiciones etc.

Al principio los niños no pueden descubrir el contenido de los conceptos, se limitan a mostrar los objetos y fenómenos que abarca cada uno de ellos. Ej. ¿Qué es una mesa? , a esta pregunta el niño no da definición verbal, sólo muestra o señala el objeto.

Los primeros juicios aparecen ligados a cualidades perceptibles y sensoriales, como son tamaño, forma y su situación en el espacio. Ej. se le muestran al niño varios grupos con el mismo

número de objetos, pero cada uno con una distribución diferente, el niño señala que hay más donde ocupan más espacio.

- En la edad preescolar el niño empieza a salirse del medio ambiente inmediato, su experiencia se amplía y muestra mucho interés por las relaciones y conexiones entre los fenómenos. Esta es la edad en donde se pregunta la causa de todo.

- Empiezan las primeras generalizaciones. Ej. medios de transportes -Utiliza conceptos relativamente abstractos. Ej. Puede marcar la diferencia entre animales domésticos y salvajes.

- Intenta realizar conclusiones o explicaciones de los fenómenos, aunque por falta de conocimiento pueden ser equivocadas.

- El niño puede resolver algún problema sencillo de suma y resta, tiene la posibilidad de manipular objetos y cosas concretas, conserva todavía una relación muy estrecha con la actividad práctica.

- Su pensamiento se basa o depende mucho de la percepción del objeto. Ej. Si compara dos bolitas de masa, en un primer momento afirmará que son iguales, pero si a una de ellas se le convierte en torta, afirmará que esta última es más grande.

PENSAMIENTO CATEGORIAL

En el pensamiento categorial aparece el análisis y la clasificación, se establecen semejanzas y diferencias y se observa lo específico de un objeto, las cualidades de las cosas (efecto perceptivo de las cosas) y las propiedades (acciones que las cosas pueden ejercer sobre el mundo); aparece la diferenciación entre las representaciones y las casualidades.

La actividad escolar amplía el horizonte mental y da conocimientos nuevos, lo que representa exigencias al pensamiento y forma los procesos racionales.

- El niño empieza a operar con clases o sistemas completos de conceptos, ya no sólo con conceptos aislados.

- El escolar clasifica los objetos y fenómenos, estudia las relaciones mutuas entre conceptos generales y particulares.

- La enseñanza escolar dirige el pensamiento con un fin determinado y supeditado a un problema. También enlaza problemas y los relaciona de tal manera que forma la flexibilidad y movilidad del pensamiento.
- El escolar de los primeros años va desarrollando un pensamiento abstracto con mucha lentitud, aún tiene una base práctica y objetiva.
- A partir del quinto año de primaria el niño tiene exigencias más complicadas, lo que motiva mayor desarrollo, busca explicaciones causales de los fenómenos reales, de tal manera que obtiene mayor número de conceptos abstractos.
- El pensamiento se hace más independiente, puede comprender nuevos fenómenos a partir de la comprensión de los anteriores.
- Se desarrolla el pensamiento creador y se refuerza el pensamiento con un fin determinado.
- Aparece el interés por la teoría al tratar de explicar y conocer lo que lo rodea.
- Aprende a hacer acto de conciencia de los procesos racionales propios y a someterlos a crítica y valoración.
- La enseñanza primaria influye para que los estudiantes tengan conciencia de sus actos racionales y puedan explicar cómo resuelven los problema y fundamentan sus actos. Esto se consigue con dificultad y lentitud, gradualmente mientras el niño adquiere mayor lenguaje, conocimiento, madurez y experiencia práctica.

Se observa el proceso mediante el cual el niño primero agrupa los objetos por sus cualidades; segundo, aísla sus cualidades; tercero extrae sus cualidades; cuarto en base a la cualidad extraída la transfiere y la clasifica, y quinto da la explicación de lo real bajo casualidades mecánicas.

El lenguaje hace posible la abstracción de las propiedades del objeto de conocimiento y el que se pueda fijar la representación y el concepto del mismo. A ésta actividad le llamamos pensamiento. El pensamiento está indisolublemente ligado al lenguaje en su manifestación idiomática en su forma verbal. En resumen el pensamiento "es el reflejo generalizado de la realidad en el cerebro humano, realizado por medio de la palabra, así como de los conocimientos que ya se tienen y ligado estrechamente con el conocimiento sensorial del mundo y con la actividad práctica de los hombres " (Smirnov, 1960, p.235.)

Las formas lógicas del pensamiento son los conceptos, los juicios y las conclusiones. El concepto es la idea en que se reflejan las características generales substanciales, diferenciales de los

objetos y fenómenos de la realidad. El contenido del concepto se expresa en los juicios, los que siempre se expresan en forma verbal, oral o escrita, en voz alta, para sí. Juicio es el reflejo de las conexiones existentes entre los objetos y fenómenos de la realidad o entre sus propiedades y características".(Petrovsky,1980, p. 297). La conclusión es una conexión tal entre las ideas (conceptos y juicios) como resultado de lo cual de uno o varios juicios obtenemos otro, que se extrae del contenido de los juicios iniciales.

En la formación del concepto intervienen funciones básicas de tipo intelectual como son: asociación, atención, imaginación, inferencia.; todas ellas con el uso del signo o la palabra como medio a través del cual se dirigen las operaciones mentales. "La evolución de los procesos de los cuales resulta eventualmente la formación de un concepto, comienza en la primera infancia, pero las funciones intelectuales que en una combinación específica forman la base psicológica del proceso de formación del concepto maduran, toman forma y se desarrollan solamente en la pubertad. Antes de esta edad encontramos determinadas formaciones intelectuales que cumplen funciones similares a las de los verdaderos conceptos, que sólo aparecen más tarde " (Vigotsky, 1934, p.90). El adolescente formará y usará un concepto correctamente en una situación concreta, pero encontrará muy difícil exponerlos en palabras y la definición verbal será en la mayoría de los casos más estrecha que la que podría esperarse por la forma en que ha utilizado el concepto.

Al final de los doce años el adolescente es capaz de lograr transferencias y generalizaciones conceptuales. Las tareas con las que la sociedad enfrenta al adolescente promueven el surgimiento y el desarrollo del pensamiento conceptual. Sí el medio no le presenta al adolescente nuevas ocupaciones y exigencias, su pensamiento no llega a alcanzar estadios superiores o los alcanza con gran retraso. La vida social del niño se incrementa, participa en diversos grupos con funciones diferentes, elige los grupos que le interesan y sufre su influencia, lo que le ayuda a afirmar su individualidad.

3.2.- LA PERSONA

La etapa de desarrollo en la que se encuentran nuestros niños es la que se describirá a continuación en este apartado.

Es en los primeros comienzos de la vida psíquica y en su periodo afectivo que tiene su origen la evolución de la persona. Al principio el individuo se da totalmente a su emoción, está unido con las situaciones, es incapaz de aprehenderse a sí mismo como distinto a las situaciones y distinto a los demás.

Hacia los tres años la persona inicia un periodo de conquista de autonomía, auto afirmación y búsqueda de independencia se desarrolla un fervor por sí mismo que depende de que sea admirado para que se admire él mismo, la edad de la gracia. Inicia el gusto por la imitación y apego a las personas por las que se siente atraído.

Con la llegada de los siete a doce o catorce años , la acción del niño se vuelca hacia el mundo exterior, aparecen intereses sociales, se agrupa, se observa desde diferentes posibilidades. La pubertad será el momento de volver hacia él, hacia su propia persona, ahora no imitará al adulto sino tenderá a diferenciarse. Este estadio de orientación centrípeta, dirigido a la construcción del yo y coincide con la crisis de la pubertad. La crisis comienza con una oposición dirigida hacia los hábitos de vida, costumbres, oposición activa posibilitada por un desarrollo intelectual y la conciencia de sí mismo. Con el rechazo de lo que tiene se presenta un vacío que en un primer momento el púber no sabe cómo llenar. Ahora buscará distinguirse del adulto, su pensamiento se encausa hacia sí mismo, surgiendo dudas metafísicas y científicas y todo deberá tener una explicación.

Debe hablarse de inteligencia cuando aparece una conducta para compensar la insuficiencia de los automatismos cuando los movimientos espontáneos y simples del animal no pueden hacerle alcanzar su objetivo, la intuición variable y apropiada de las circunstancias es cualitativamente diferente a la capacidad de combinación y de invención en los animales, en los niños y en todas las edades se observan actos de carácter inmediato que responden a las situaciones del momento, sin mediar la apropiación y representación de la circunstancia, por ello se le denomina inteligencia de las situaciones, práctica o sensoriomotriz que se da en el instante presente (inteligencia que domina en la mayoría de los niños).

La inteligencia discursiva es por el contrario el modo de escapar al orden actual de las cosas, de sustituir la intuición del mundo por su representación, su doble. En lugar de fusionarse con lo real para realizar estructuras que organicen sus datos con fines utilitarios, el pensamiento le hace un doble en el plano de la representación. En lugar de ordenar entre sí los elementos concretos de una situación, opera sobre símbolos o con la ayuda de símbolos. Las características intelectuales se manifiestan en: el poder de observación; captación rápida; entendimiento cuidadoso; lenguaje claro, preciso y gráfico; pensamiento lógico; expresión directa y acertada; dicción clara y vívida.

En el trabajo con niños de esta edad debemos observar:

- Las actitudes, calidad y ahínco hacia el trabajo (conciencia y sentido de responsabilidad en el trabajo), sus reacciones ante los juicios sobre su trabajo y su conducta.
- La voluntad; actividad; perseverancia; persistencia; capacidad de superar las dificultades; iniciativa; independencia; auto control; etc.
- Su carácter; conducta hosca o cooperativa; rudeza o cortesía; sensibilidad; envidia; arrogancia o condescendencia; su progreso o fracaso.
- Sentimientos hacia sí mismo; modestia o presunción; confianza en sí mismo; timidez; ambición; etc.
- Comportamiento en situaciones sociales; comunicabilidad; simpatía; atención; franqueza; amor a la verdad; sinceridad; confianza; amistad.
- Con regularidad el niño accede a los valores sociales y morales abstractos que le permitirán adecuarse a las realidades de su mañana.

En conclusión, ésta es la persona con la que se interviene en el Programa, un menor con una historia de vida marcada por las carencias y la violencia constante. Por lo que ha desarrollado una estructura psíquica compleja, que en muchos aspectos lo diferencia de otros jóvenes de su edad. Aunque en esencia sigue siendo un niño, un ser humano en proceso de maduración, con los mismos derechos que cualquier otro individuo.

Los niños de la calle tienen derecho a una vida libre, segura, igualitaria y sana. Para asegurarles ese derecho, debemos trabajar con ellos, acompañarlos y apoyarlos en el proceso de desarrollo de su persona, procurando que dejen atrás formas de vida lacerantes, como las adicciones.

4- LAS ADICCIONES

Certecov (1985) afirma que: "la OMS de fine a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social que no consiste solamente en una ausencia de enfermedad; (...) es mentalmente sano no sólo quien no padece enfermedad mental, sino aquel que presenta un estado de bienestar o de malestar, dinámicamente cambiante, que guarda relación adecuada con sus condiciones sociales de vida. (...) La definición de la OMS ha permitido hacer hincapié no sólo en los problemas de la enfermedad mental, sino en los problemas psicosociales que afectan a los hombres y que resultan de sus condiciones sociales de existencia, impidiéndoles una vida satisfactoria y actuando muchas veces como desencadenantes de patología mental, (...) por lo que el concepto de salud mental trasciende a la psiquiatría y abarca acciones médicas y político sociales, tendientes a modificar los diferentes sectores que integran la estructura social (salud, vivienda, trabajo, educación, acceso a la cultura,, acceso al ocio y la recreación, derechos humanos, etc.) con el objeto de hacer prevención primaria de la salud y promover el bienestar bio-psico-social de los individuos que integran dicha estructura social." (p. 88-90) .

Bajo esta lógica de pensamiento se hace necesario distinguir dos tipos de fenómenos psicológicos que perturban la población; los fenómenos psicopatológicos y los fenómenos psicosociales. Los fenómenos psicopatológicos producto de una multicausalidad bio-psico-social que implican un cambio cualitativo de la actividad psíquica, manifestándose con la aparición de delirios, ideas obsesivas, demencia, etc., para estos problemas la prevención es secundaria y terciaria, de carácter psiquiátrica.

Para atender la salud mental se requiere un equipo interdisciplinario que privilegie la acción común entre psiquiatras, psicólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, educadores, juristas, arquitectos, urbanistas y todo profesional relacionado con la vida social.

La adicción tema central de este capítulo la entendemos como un fenómeno de origen psicosocial, enmarcado conjuntamente con las tres grandes enfermedades que atacan el cuerpo social, el suicidio, la drogas y la clínica de la agresividad; pero la droga participa como un elemento dentro de

estas tres enfermedades y a diferencia de aquellas, la droga se convierte en un negocio y en una situación socio – política de colonización cultural, en la medida en que la droga necesita de una cultura que la aplauda, articulada en el propio tejido económico, afectivo, productivo, educativo, de una colectividad y de una comunidad.

Así mismo Frankl (1984) afirma que las tres grandes enfermedades de la sociedad actual son la Depresión, la Adicción y la Violencia, síntomas de una vida carente de sentido. Para Fromm (citado en Schaff, 1979) estos comportamientos son patologías explicadas por el fenómeno de la alienación, forma vivencial en la cual el hombre se experimenta a sí mismo como un extraño, enajenado de sí mismo. El individuo no se concibe como el centro de su mundo, como el autor de sus propias acciones, la persona alienada ha perdido el contacto consigo misma e igualmente con todo los demás humanos. Experimenta su ser y a los demás, como se experimentan las cosas, los objetos, con los sentidos y el entendimiento, de manera superficial, sin una relación directa ni estrecha. Esta alienación es la que se conoce como alienación de sí mismo o alienación subjetiva, que se determina por la alienación objetiva que es la relación que mantiene el hombre con sus condiciones materiales de existencia (condiciones económicas, medio, educación, entre otros).

La ausencia de sentido y alienación de sí mismo son dos caras de la misma moneda, el hombre adicto. Estas dos concepciones teóricas serán el marco conceptual mediante el cual se explicará en este trabajo el fenómeno de la adicción.

4.1. LA AUSENCIA DE SENTIDO

Con base en la propuesta teórica de Frankl (1984), entendemos a la adicción como un estado de alienación del hombre carente de sentido. El sentido, es aquello que es significativo, y como la vida, el sentido cambia, es único y personal, cada situación encierra un sentido específico ante el cual debemos adoptar una actitud propia exclusiva para cada persona. El sentido se percibe a través de la consciencia, que es la posibilidad de darse cuenta de la situación o fenómeno que se presenta, para ello contamos con los límites y motivantes que nos marcan los valores. Los individuos con un perfil adictivo tienen una carencia de sentido en su vida, por lo que para poder desarrollar optimamente su potencial humano debemos incluir sus aspiraciones más elevadas y acrecentar su voluntad de sentido. Son necesariamente sus sentidos de vida los que le motivarán y concentrarán su acción en el cómo lograrlos, el realizarse a sí mismos.

El hombre descubre que es hombre cuando se pregunta por su origen, situación, su historia; su razón de estar y ser en el mundo; los misterios de la vida y los misterios de su vida. En este camino, en ocasiones ha tenido éxito en las respuestas encontradas, y en otros no ha logrado la respuesta "final" y es que encontrarla sería el fin del mundo o la reducción del mismo. Es por ello que algunos hombres han decidido, responderle a su vida en vez de responder al misterio del universo, como un primer paso para el conocimiento y acercamiento a la verdad.

Esta forma de reflexionar es esencialmente humana y la diferencia de cualquier otra forma de vida, es el preguntarse sobre sí mismo el tener conciencia de sí, lo que hace al hombre diferente y a la vez superior en responsabilidad ante cualquier otra forma de vida. El darse cuenta de sí mismo es ya un conflicto pues lo enfrenta a una responsabilidad del por qué y para qué está en el mundo, ya que no basta con estar sino que además debe ser, el deber ser parte de lo que se quiere ser y ello es una decisión trascendental que orienta y dirige la vida del hombre, ya no es respirar y latir, es responderle a la vida, es darse cuenta de que entre "yo" y "los otros" hay una relación, un vínculo y que los otros de mí esperan algo, y sobre todo yo me les quiero dar, nada simple, algo muy complicado en el tejido de la complejidad de sentimientos, impulsos y placer en el ser humano.

"Vivimos en la época del sentimiento del sin sentido en expansión. En esta época la educación debe considerar como su cometido no solamente la transmisión del saber, sino la afinación de la conciencia, de manera que el ser humano agudice lo suficiente el oído como para escuchar la exigencia que en cada situación reside "(Frankl, citado en Schaff 1990, p.256). Empezar a observar, a escuchar, a sentir, a hablar, a dialogar son formas en las que buscamos auto educarnos y formarnos conciencia de nosotros y de los otros dentro del mundo.

Es así que en algún momento de nuestra vida nos preguntamos ¿qué quiero hacer y qué quiero ser?. Si en el camino voy aprendiendo a descubrir mis respuestas encontraré energía de vida para seguir paso a paso mi camino; si por el contrario no logro verlos, entonces me quedaré estático, inamovible y ello me producirá un estado de sin razón, un estado de sin dirección, sin sentido. Cuando una persona no tiene sentido, se siente perdido en su caminar por la vida, sola y vacía.

Con perdón de la comparación, un automóvil requiere de una persona que le de dirección y lleve por caminos claramente determinados. Una persona requiere de la claridad de su espíritu para que le dé dirección y lleve por caminos contruidos de valores, éstos pueden ser de creación,

vivenciales y de actitud, de lo contrario caerá en una neurosis producto del vacío existencial, entre las cuales encontramos las neurosis de masas, depresión, angustia, adicción.

Los valores son las líneas de la carretera que demarca nuestro caminar, son ellos los que nos indican luz roja, luz verde, o amarilla; pero el ubicar o tomar conciencia de ello requiere un proceso de auto observación y de auto distanciamiento constante y disciplinado, de serenidad para aceptar y reorientar el paso.

Aprender observando y contactar con aquello que nos llena y satisface es un ejercicio que regularmente se ve atrofiado por la influencia social, las costumbres y la rutina cotidiana que muchas veces absorbe; es por ello que tenemos que empezar poniendo un alto, ponernos ante el espejo y tener la disposición de aprender a ver aquello que somos y ello es el primer paso para orientar nuestra vida.

Como en cualquier proyecto arquitectónico, primero necesitamos el plano y a partir de ello empezar a colocar el primer ladrillo, la auto observación y el auto distanciamiento son el plano que nos indica qué somos y qué queremos ser, algo así como el estudio del terreno y la proyección de la casa, con sus ventajas y desventajas, con los obstáculos y facilidades, sin embargo este primer paso es imprescindible.

Este paso sencillo en su origen, pero tan poco practicado, es el inicio de la educación del niño en el camino para construir su sentido y dar dirección a su vida. Posteriormente vendrá el diálogo, la interpelación del otro, el reflejo de lo que veo o no quiero ver y como el cincel al mármol le irá dando forma, luego entonces el contacto con el otro es el elemento educativo que modela, la imitación es el camino del modelaje hasta conformar la forma propia y única de cada ser humano.

El aprender de la experiencia, el reconocer lo significativo del placer y el dolor, el guardar una actitud positiva y constructiva ante los eventos de la vida, es otra posibilidad de encontrarle sentido a lo que pasa, a lo que me ocurre, rescatando siempre la experiencia dejando de preguntar ¿por qué a mi? reemplazándolo por la pregunta ¿para qué a mi?, este es un paso más para tomar la vida de la mano.

Construir, crecer, aportar, regalarnos a nosotros mismos, nos dá un para qué, nos une con el camino del otro, nos lleva de nosotros mismos hacia afuera; salir de nosotros mismos, trascender al

mundo es la esperanza de la transformación, del cambio, de la superación, del compartir y nadie puede negar que todo ello te da sentido.

Pero ¿de dónde sacar tanta fuerza para emprender?, no hay otra fuente más que uno mismo con la fuerza interior que es una muestra de la fuerza del universo entero, una manifestación del poder superior encerrado en cada uno, que no tiene explicación, inicio ni fin, que está ahí y que nos da la condición de ser humanos en compañía de Dios, sentido último de la humanidad.

4.2. ALIENACIÓN

En la tarea de contextualizar el fenómeno del niño en situación calle elegimos una teoría que nos permite describir el problema desde una perspectiva social e individual, ésta es "la teoría de la alienación social del hombre", de Shaff (1979)

Así, desde lo social se explica en la alienación política y cultural, de la siguiente manera: como la sociedad en global está alienada, el adicto es sólo un síntoma de la sociedad entera. Desde el individuo se explica en la alienación del "yo" y del "sí mismo" los procesos internos que vive la persona que decide su vida a través del consumo de drogas, pero lo más importante, permite tomar categorías de trabajo en ambas esferas, en lo social y en lo individual y al trabajar una de las dos esferas trabajamos simultáneamente la otra.

Es así que al trabajar categorías como conciencia - conscientización preparamos al hombre en el terreno de la acción para la lucha contra los obstáculos a la realización de sí mismo. Promover la conciencia posible superando la conciencia real es la forma en que los hombres van aumentando el campo de su percepción, reflexionando simultáneamente sobre el cómo están siendo en y con el mundo.

El desarrollo de la vida humana es la actividad que la persona tiene, la cual puede ser o no consciente. La actividad consciente puede tomar ya sea la forma de actividad creadora (tanto material como intelectual) o la del trabajo (físico o intelectual). Toda actividad está sustentada en el ser individual de cada persona, por tanto debe existir un equilibrio entre el ser y hacer del individuo.

Cuando no existe este equilibrio se presenta el fenómeno de la alienación, es decir el hacer del individuo no corresponde a su ser, luego entonces alienación es el término que nos permite describir la relación que se entabla entre la actividad del hombre y los productos de esa actividad, y que son ajenos al ser del individuo, productos que además escapan a su control, libertad y voluntad, y a veces se constituyen en una fuerza contraria a sí mismo.

Al producir sus medios de vida, el hombre produce indirectamente su propia vida material, la actividad de los individuos, coincide con lo que produce y el cómo lo produce, por tanto, lo que los individuos son en sus ideas, en sus representaciones de consciencia, en lo espiritual depende de las condiciones materiales de su producción, en conclusión, de su actividad. Al cambiar su actividad el hombre cambia su realidad y se modifica así mismo. Las circunstancias hacen al hombre en la misma medida en que éste hace a las circunstancias.

Frankl (1984), menciona que el hombre no está determinado y entiende que "hay diversos factores que pueden hacer que un individuo se encuentre alienado, pero la alienación no concierne sólo a otros, es el propio individuo alienado el que puede tener una respuesta ante sí, una actitud que lo promueva a moverse de su monotonía, de su desconocimiento de sí mismo, y a asumir una responsabilidad ante su vida. Es decir el hombre no está libre de sus condiciones, pero sí es libre de asumir una actitud frente a ellas, las condiciones no lo determinan por completo, puede igualmente superarlas y al hacerlo abrirse y entrar a la dimensión humana." (P.50). El hombre no está sujeto a las condiciones con las que se enfrenta, son más bien dichas condiciones las que se hallan sujetas a su decisión. Todas las elecciones están causadas, pero también están causadas por el que las elige.

4.2.1 Alienación del individuo respecto a las instituciones y a los otros hombres

Los hombres mantienen relación con las Instituciones y con otros hombres, esta relación se da mediante las formas de Alienación Política, Alienación Cultural y Criminalidad.

Alienación Política

La alienación Política se manifiesta cuando a la persona le es ajeno e indiferente cualquier problema, manifestación o participación política y a la vez ha internalizado el sistema dominante de

valores y normas de conducta. Así mismo también se manifiesta alienación política cuando las personas son completamente comprometidos políticamente, ya que se encuentran ajenas al orden social dominante al cual intenta derrocar.

Estas son dos formas de alienación, una es la fuga y otra la rebelión; sin embargo dentro de la rebelión es necesario precisar a aquellos que descontentos luchan por una transformación de las situaciones; de aquellos que si bien están descontentos esto se debe más a que insisten en conservar a toda costa lo existente, es aquí donde surge sus filas el fascismo.

Hasta aquí la alienación política describe la relación de los hombres con respecto a las instituciones y los valores normativos de la acción política en la sociedad, ya sea de fuga o rebelión; sin embargo en los demás aspectos el individuo está en la sociedad y acepta el sistema dominante de valores y normas, con algunas excepciones.

Alienación Cultural

La alienación cultural rechaza toda la estructura cultural de la sociedad, y en ella encontramos la anarquía; extremistas que se dedican al asesinato; a personas que se dedican a lesionar tabúes de la moral sexual; a rechazar costumbres de vestimenta en vigor, rompiendo con todas las convenciones de la época; a la negación de cualquier tipo de autoridad y disciplina (con un régimen riguroso en su propios medios) y por último, entre otras y que tiene mayor relación con el tema aquí tratado *"la huida" en el olvido: alcoholismo y adicción a las drogas. No rebelión , sino precisamente huida ante los problemas que oprimen a los hombres (especialmente a los jóvenes) un retirarse ante el conflicto que existe objetivamente entre el sistema de valores en vigor y la posibilidad social de ser, cuando la persona no está dispuesta a rechazar ni ha aceptar la estructura cultural ni la estructura social.*

En esta forma de la enajenación el "adormecimiento" de la conciencia es un remedio probado: la droga y el alcohol "curan" esta enfermedad, sólo que el paciente sucumbe ante la "terapia", se trata de una alienación cuya superación es posible tan pronto los supuestos y las condiciones de la enfermedad hayan sido superadas es decir: también en este caso es necesario recurrir a sus causas sociales, y desde el individuo combatir el adormecimiento con la invitación a través del trabajo para que adopte una postura participativa y activa ante sus circunstancias de vida.

La Criminalidad

La Criminalidad está estrechamente ligada a la alienación cultural, principalmente en el sector juvenil. Es la lesión a las normas de la convivencia social y las de comportamiento y no necesariamente la negación de valores, ya que se observa dentro de la subcultura criminal patrones de lo "correcto" dentro de los patrones de su subcultura en relación a lo que para la cultura general es lo incorrecto, así mismo los criminales pueden ser buenos padres amigos o caritativos por lo que la criminalidad se define por su acción que va en contra de las normas.

4.2.2- Alienación de sí mismo

"Alienación de sí mismo es el término para designar la alienación del ser humano de las instituciones sociales, de los otros hombres y del propio yo" (Schaff, 1979, p.207), luego entonces, consideramos al niño consumidor de drogas como una persona en estado de alienación cultural y de sí mismo, a causa de la falta de educación de conciencia, la falta de motivación, y de medios para realizarse a sí mismo. La alienación del sí mismo tiene tres ejes: la alienación del yo, de la propia vida y de la propia acción.

Alienación de sí mismos es otro fenómeno que abordaremos en tres ejes

- A. Alienación del yo
- B. Alienación de la propia vida
- C. Alienación de la acción

A. Alienación del "yo"

La alienación del yo es el experimentar la propia personalidad como algo ajeno, algo con lo cual la persona no se identifica, es algo que está fuera de ella misma como objeto pensable de contemplación y juicio. La pérdida de identidad en relación con la propia persona, presenta su extremo en la esquizofrenia y en su forma benigna en la lucha que consigo mismas presentan algunas personas.

El enfermo no hace ni siente, en las mayoría de los casos, lo que quería hacer y sentir, sino que tiene la sensación de verse obligado a ello, como si fuera otro y no él quien lo hiciera, tiene la sensación de la propia extrañeza; la vida deja de ser para él vivencia, esta sensación de extrañeza conduce a una pérdida del "yo" y a consecuencia de la progresividad de la enfermedad se vuelve incapaz de tomar una decisión, pierde su voluntad y, el acto de voluntad es como la piedra de toque del "yo", si el ser humano es incapaz de tomar decisiones propias, pierde su propio "yo", deja de ser él mismo. Del "yo" depende el sentimiento de la identidad" (Kepinski, citado en Schaff, p 245). La alienación del "yo" tiene tres manifestaciones, auto anestesia, auto idealización, y auto eliminación.

Auto anestesia: Así como en el enfermo en el sano se presenta esta situación de extrañeza ante sucesos acontecidos, un estado de confusión este alejarse del "yo" no es solamente un problema de enfermedad sino que puede ser un mecanismo determinado de defensa, una fuga de una situación vital que depara dificultades y dolor, con la salvedad que el enfermo se aferra a él y el sano hace uso de ello, pero ambos, inconscientemente quieren permanecer en ese estado.

Auto idealización: Las personas enfermas se apropian del yo ideal para huir del propio y las personas sanas parten de su propio yo aunque lo niegan y lo consideran ajeno al yo ideal que quisieran alcanzar.

Auto eliminación: Las personas enfermas renuncian a su propio "yo" para dejar paso al "yo ideal" en un mundo de fantasías y apariencias, las personas sanas se esfuerzan en parecerse a un ídolo, se niegan así mismas esforzándose en imitar en todo a un modelo idealizado, o se avergüenzan de su yo físico o espiritual, llegándose a odiarse así mismos; otra forma de auto eliminación ocurre cuando por algún estigma corporal (poliomielitis, sordomudos, etc.) o social (origen social, clase, negros, judíos, etc.) las personas se ven señaladas y forman un grupo específico separada de la sociedad, lo que conduce a la alienación con respecto a la sociedad y a veces con respecto de sí mismos.

Luego entonces la alienación no es producto de la enfermedad mental, ni los enfermos son los más enajenados, existen sanos más enajenados que los enfermos y enfermos en los que su enfermedad responde a una forma de seguir sobreviviendo. El modelo ideal de la personalidad que se conforma socialmente mantiene una interacción con la individualidad de cada ser humano, la forma de esta interacción produce un ser "enfermo" o "sano" con mayor o menor alienación. La desalienación es el retorno del hombre a sí mismo en su propia realización.

B. Alienación frente a la propia vida

Es la presentación de extrañeza en confrontación con un modelo socialmente interiorizado y la contradicción entre lo que se es, lo que se quisiera ser y lo que se hace en el interior y en el exterior, lo que promueve en el individuo una serie de autocríticas, no siempre constructivas y constantes. El individuo no tiene alternativas para accionar, existiendo una brecha entre lo ideal, el hacer y las posibilidades reales de alcanzarlo produciéndose insatisfacción, desilusión y conflicto con el sistema de valores aprehendido.

Según Fromm (en Shaff, 1979) "toda neurosis puede considerarse como consecuencia de la alienación, puesto que el hombre que es víctima de una pasión que sojuzga toda su personalidad se convierte en esclavo de una parte de su yo." (p. 251) La causa de sus acciones es el deseo de sobreponerse de su vacío interior y a su impotencia, esto nos introduce a una nueva dimensión de la enajenación, el vacío interior, el vacío existencial, la falta de sentido a la vida, la ausencia de una meta; vacío que lleva a las personas a refugiarse en el alcohol y las drogas, en la fijaciones sexuales, en el gamberrismo y en el crimen.

El hombre percibe aquello que hace sin otorgarle valor, sin sentido, como algo ajeno en comparación con lo que en su opinión debiera ser la vida, es decir la persona tiene un sistema de valores, que se confrontan con su propia vida, lo que puede agudizarse a causa de la pérdida de sus seres queridos; de la guerra; las persecuciones; la tragedia en sus vidas; la derrota en sus ideales o la claudicación a ellos por haber calculado mal el esfuerzo requerido; por vivir bajo condiciones tales que de partida les quitan la fe en metas vitales socialmente valiosas; y entonces ¿qué sigue?, la búsqueda de metas de sustitución, como un sucedáneo de sentido para la vida: alcohol, drogas, sexo etc.

Viktor Frankl (1984) nos dice que, quien experimenta su propia vida como carente de sentido, no solamente es desdichado, sino apenas capaz de vivir, el hombre sólo puede sobrevivir cuando vive para algo, y no sólo para el hombre individual sino también para la supervivencia de la humanidad. "La sintomatología del vacío existencial, aquello que yo denominaría "triada de la neurosis de masas", y que comprende depresión, agresión y adicción". (p.26)

C. Alienación de la propia acción

Se produce cuando el individuo considera sus propios dotes y su propia actividad y los frutos de ésta como mercancía y adopta ese rol como forma de vida de tal manera que se automatiza convirtiéndose en objeto de observación y juicio de otros y exteriormente a su propia conciencia, terminando por regirse por las leyes del mercado.

El desarrollo de una vida humana, es entre otras cosas, la actividad que esta persona tiene, su actividad consciente puede tomar ya sea la forma de la actividad creadora (tanto material como intelectual) o la del trabajo (físico o intelectual). La creatividad del hombre es toda actividad emprendida voluntariamente, con una motivación interior que depara satisfacción y placer.

El trabajo es la actividad que el hombre acepta como consecuencia de la compulsión física o económica, para obtener de ella sus medio de existencia, esta actividad se convierte en mercancía, sometida a las leyes del mercado; la mecanización de la producción y la progresiva especialización del trabajo trae consigo la enajenación.

• En conclusión

Observando estas formas de alienación, encontramos una constante: la enajenación se manifiesta con respecto o en comparación a un modelo que, "existe" en el individuo, y en base al cual se compara. Este modelo ideal de la personalidad humana se conforma histórica y socialmente se interioriza y en base a este ser se elaboran juicios entre determinados modelos del "yo" y el patrón social. El grado de alienación está determinado por la medida en la cual la realidad se aparta del modelo aprehendido.

Para este trabajo es importante señalar que bajo las condiciones de existencia de los niños y adolescentes que viven o han vivido en la calle, el individuo está muy lejos de las condiciones que le permitan desarrollarse íntegramente como persona, menos aún del poder alcanzar el modelo ideal. En los individuos puede existir un gran potencial para desarrollar, pero se requieren las condiciones para que puedan manifestarse, y no sólo las económicas, sino también el equilibrio armónico de la cultura, de los valores y una correlación estrecha entre lo que la sociedad le exige y al mismo tiempo le brinda. En esas circunstancias la manifestación del poder de obstinación del espíritu es una tarea difícil de alcanzar con esta niñez.

No hay correlación cuando se habla de los derechos del niño y al mismo tiempo se le niegan las mínimas condiciones para alimentarse, tener una vivienda y educarse o bien la posibilidad de tener la protección de sus padres o un adulto que conforme su estado afectivo, no hay correlación entre las habilidades que desarrolla un niño bajo un proceso de educación formal y estimulación intelectual y afectiva, y las habilidades de las que tiene que hacer uso un niño para poder sobrevivir, habilidades que pueden ser aceptadas, o no por la sociedad.

El pasar de este estado en que se destruyen, al estado de hombres en el que se auto reconstruyen, no se realiza *a posteriori*. La lucha por esta reconstrucción se inicia con su auto reconocimiento de hombres destruidos con la posibilidad de volver a nacer, de ser hombres nuevos, de tener conciencia y libertad para crear, construir y liberarse.

Este mismo fenómeno lo observamos desde un nivel conductual. Cuando hablamos de una conducta nos referiremos a una unidad integrada por dos elementos:

- Una percepción, un sentimiento y una acción
- Una conducta tiene una dirección, está orientada hacia un fin. Ese fin es buscar el placer y/o evitar el dolor, o como señala Frankl (1984) encontrar los valores de la vida.

Ejemplo: *"percibo algo, siento, algo agradable y voy en busca; a la inversa, percibo algo, siento algo desagradable y huyo. La sensación de peligro es la anticipación a un dolor. Ante el peligro se siente miedo y la acción es de alejarse, huir, o ante el peligro se siente rabia y la acción es luchar intentando eliminar la fuente del peligro. Veo fuego, siento miedo y huyo o veo fuego siento miedo y busco un extintor para apagarlo". (...) Hasta aquí observamos conductas adaptativas "normales"; pero hay una tercera forma de reacción no adaptativa, frente a la posibilidad de sentir displacer, frente a una fuente de peligro, la persona se retrae, se bloquea, no siente nada, el sentimiento es la indiferencia, el no sentir". (Goti, 1990, 27-28).*

Sin embargo la realidad sigue ahí, ¿cómo lograr ese estado de indiferencia ? - utilizando cápsulas. Existen diferentes tipos de cápsulas, la delincuencia, el alcoholismo, el juego, las drogas y hasta el trabajo. La persona que quiere seguir evitando la realidad seguirá encapsulándose, reforzándola cada vez más en un proceso sin fin que demanda cada vez más la sofisticación de cada cápsula.

Lo anteriormente expuesto abre la oportunidad para fundamentar que la adicción, es un estado que responde a un tipo de adaptación que los individuos implementan para seguir existiendo, evadiendo el camino doloroso de enfrentar su propio "yo" con el "yo ideal" que ha asimilado de la sociedad, pero como todo proceso de evasión, de *auto anestesia* que se adopta de una manera estática termina por alejar al individuo de la realidad, primero con la fuga, después con la pérdida de valores y finalmente con la destrucción de sí mismos, creando un colapso entre él y la sociedad lo que termina por destruirlos a ambos, de manera paulatina, hasta que la sociedad como gestadora de todo el proceso no encuentre las formas de integrar a los individuos sin menguar sus capacidades y habilidades para realizarse a sí mismos.

"En el momento en que se instaura la percepción crítica en la acción misma, se desarrolla un clima de esperanza y confianza que conduce a los hombres a empeñarse en la superación de las situaciones límite" (Freire, 1970, p.117), nuestros niños viven en una situación límite, pero creemos que es superable con trabajo que empape a los niños y educadores de la necesidad de ser libres dentro de la realidad misma sin huida hacia el vacío que conduce a la autodestrucción, aprendiendo - enseñando a encarar al mundo creemos que es el camino para dejar la adicción. Lo anterior promoverá conciencia posible superando la conciencia real. Conscientización que prepara a los hombres en el terreno de la acción para la lucha contra los obstáculos a su humanización. En la medida en que los hombres van aumentando el campo de su percepción, reflexionando simultáneamente sobre sí y sobre el cómo están siendo en el mundo.

4.3. EL CONSUMO DE DROGAS EN EL NIÑO DE LA CALLE

4.3. 1. El modelo de riesgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

"De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), farmacodependencia (drogadicción) es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación." (CONADIC; 1992 a, p.15).

La adicción es un enfermedad que se ha transformado en rentable y el joven es parte del negocio. En los países latinoamericanos el niño queda habitualmente abandonado a su suerte ya que el padre y la madre están directamente incorporados a la producción. Entre los derechos del niño y la cultura contemporánea existe una gran distancia, analizar la cultura es analizar la economía legal e ilegal, los que manejan la economía ilegal saben que uno de los negocios más rentables que tiene la droga es que necesita ser establecida con fiereza antes de los 16 años. Yaria (1988) menciona que en los Estados Unidos hay estudios donde se muestra que el ingreso de los niños más jóvenes al uso de la droga genera una adicción que no tiene casi posibilidades de salida al llegar a adulto, por eso se incita desde los 11, 12 ó 13 años.

Entre la sociedad y los jóvenes existe una relación llena de ambigüedades y contradicciones, que con regularidad se explican en la vulgaridad de que el joven es el único culpable de su mal ya que él tiene la "libertad" de escoger. La libertad que se ofrece cuando no existen los medios para ejercerla se torna tan sólo discurso propagandístico. Otro aspecto sumamente grave es que la estructura educativa, mantiene una cultura que aplaude y estimula por medio de la propaganda, la adicción, de tal manera que ésta funciona como una enfermedad de masas que sigue los mismos criterios de la moda.

El inicio precoz del consumo y el uso continuado aparecen estrechamente asociados a otros comportamientos, como la precocidad sexual, la delincuencia y el fracaso escolar. Están asociados también a factores ambientales: desintegración familiar, pobreza, falta de actividades recreativas accesibles y útiles, falta de alojamiento idóneo cuando el niño no puede permanecer en casa, cambios de lugar, opresión y discriminación, disponibilidad de drogas y en algunos casos presiones de los traficantes.

La familia tiene severas alteraciones en su constitución y los padres mantienen sistemas extremadamente abiertos y no integrados en su interior, con fronteras generacionales que no existen, son indiferentes al consumo de drogas; aprueban su uso (explícita o implícitamente); no tienen una relación estrecha con los niños ni interés por sus actividades; tienen pocas aspiraciones en materia de educación; imponen escaso control y disciplina; y maltratan física o emocionalmente a sus hijos o llegan a cometer algún tipo de abuso sexual contra ellos.

"Es obvio que los niños que crecen en esos ambientes deben tender a desarrollar lazos débiles o negativos con su familia y desean encontrar pertenencia, bienestar y apoyo en compañía de otros

con los que puedan identificarse, lo que fomenta un desarrollo emocional precoz, una tendencia a la personalidad de acción y una pseudo madurez o pseudo independencia." (OMS,1994, p.7).

En algunos países los adolescentes llevan consigo una historia de vida en calle, desde la niñez trabajan fuera de su hogar, mendigan y se exponen al abandono, la enfermedad y las drogas. "Los jóvenes encuestados en los países desarrollados o en desarrollo señalan a menudo que las principales razones que los llevan a usar drogas son el aburrimiento, la curiosidad y el deseo de sentirse bien. Las drogas se pueden usar también funcionalmente para aliviar el hambre, para expresar rebeldía, para mantenerse despierto o para conciliar el sueño y para soñar " (OMS, Op. Cit.).

No todos los jóvenes y/o niños que sufren de abuso por parte de la familia y de la sociedad acaban teniendo problemas o consumiendo drogas a niveles disfuncionales o nocivos, muchos sobreviven y salen adelante, habría que observar su capacidad de resistencia, su nivel de conciencia. Para tratar de explicar esto, la Organización Mundial de la Salud propone el Modelo de Riesgo que trata de *conceptualizar y explicar* el problema del abuso de las drogas en los jóvenes y se resume en la siguiente fórmula:

$$\text{RIESGO DE USO DE DROGAS} = \underline{\text{Angustia y Estrés} + \text{Normalización del uso de drogas} + \text{Efectos de la droga}} \\ \text{Vínculos} + \text{Estrategias de Adaptación} + \text{Recursos}$$

- **El estrés** puede ser causado por vicisitudes graves (muerte, abandono, desastres naturales, lesiones personales, etc.); problemas cotidianos (discusiones, problemas domésticos, escolares, de sobrevivencia, de evitación de la violencia, etc.); Tensiones permanentes (privaciones económicas, falta de empleo, de medios recreativos, etc.); Periodos de transición (cambio de vivienda, de relaciones, de escuela, de comunidad, etc.); Cambios asociados a la adolescencia (cambios físicos, identidad sexual, independencia, planeación del futuro etc.).

- **La Normalización** del uso de drogas se debe fundamentalmente a la accesibilidad para adaptarse al precio de la droga, aunque para ello haya que incurrir en el delito; a la disponibilidad de ella en la comunidad; a la publicidad; a la tolerancia del uso de drogas en algunas subculturas como forma de pertenencia grupal.

- **Los efectos** con la droga pueden incrementar el consumo, por la experiencia subjetiva que provoca, que puede ser o no placentera, al parecer cualquier alteración del estado de ánimo o de consciencia brinda la anhelada escapatoria frente al aburrimiento o la miseria de la realidad.

- **Los vínculos.** Los jóvenes desvinculados de la familia corren más riesgo de caer en la droga por la falta de vínculos afectivos y positivos que satisfagan su necesidad de afecto, y si encuentran mayor vínculo con jóvenes que consumen droga más probabilidad habrá de que ellos también la consuman. Es así que las influencias y oportunidades, el rol y las recompensas que el grupo proporcione al individuo serán decisivas para que éste se le incorpore o abandone.

- **Estrategias de Adaptación.** Para afrontar una situación de riesgo eficazmente y saber qué hacer ante la posibilidad de consumo de drogas las personas necesitan un amplio repertorio de aptitudes sociales y de adaptación que pueden ser cognitivas y conductuales. Las aptitudes cognitivas comprenden la confianza en sí mismo, la reestructuración cognitiva, la distracción positiva y el auto control. Las aptitudes conductuales comprenden la resolución de problemas, la acción directa basada en la negociación y el compromiso, la retirada mediante el abandono o la evitación de la situación, las dotes de la comunicación, la tenacidad, el establecimiento de relaciones sociales, la dedicación a otras actividades y la relajación. (Rhodes y Jason citado en OMS,1994,P.13). Si los individuos carecen de ellas la probabilidad del consumo de drogas aumenta.

- **Los Recursos.** La falta de recursos que promuevan educación, salud, recreación, entre otros; es común en las comunidades marginadas o de existir no tienen una adecuada planeación para incidir en la población y menos aún en los niños de la calle, ya que la imagen, lenguaje y contenidos están dirigidos por lo regular para adolescentes bajo otras condiciones o para público en general. Estas circunstancias tienen serios efectos en la comunidad que pueden ser caldo de cultivo para la producción de jóvenes adictos.

4.3.2. Drogas de consumo entre los niños de la calle

Las drogas que usan los niños que viven en la calle suelen ser las más baratas y accesibles, los disolventes; diversas formas de inhalables; alcohol; nicotina; marihuana y productos farmacéuticos. Según datos publicados en "La Jornada" (9 de marzo de 1993), existen un millón de niños mexicanos que inhalan solventes, 80 mil de ellos son escolares entre las edades de 8 a 17 años, e insiste que la inhalación de los disolventes es considerada como la drogadicción infantil por los defensores de la infancia. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), los inhalables son la segunda droga de inicio (después de la marihuana) entre adolescentes de 12 a 17 años, así mismo, son los amigos los primeros que inducen el consumo y es en el hogar donde se consume por primera vez.

Los datos recabados en Fundación Casa Alianza (2000), muestran los siguientes datos en cuando al índice de consumo de las diferentes drogas entre los niños de la calle:

Tabla 1. Porcentaje del consumo de cada droga entre niños de la calle.

Droga	Porcentaje de consumo %
Inhalables	81.9
Marihuana	50.0
Cocaína	30.8
Alcohol	8.8
Tabaco	20.3
Rohypnol	3.4
Refractil	3.4
Alucinógenos	2.5
Heroína	2.2
Tranquilizantes	0.0
Basuco (cocaína/marihuana)	1.3
Anfetaminas	0.6
Barbitúricos	0.4
Cristal	0.4

Población:
950
individuos

Fuente: estudio de población: Fundación Casa Alianza (1998-1999) Casa Alianza-Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA) Secretaría de Salud.

La información obtenida a través de las Cédulas de SISVEA, muestran que las drogas con mayor índice de consumo entre los niños encuestados son en este orden los inhalables, la marihuana y la cocaína. A continuación se expone, de manera breve, la clasificación de dichas drogas, así como sus efectos y consecuencias de uso.

INHALABLES

Los inhalables están considerados como Psicodislépticos (depresores del sistema nervioso central) aunque son igualmente alucinógenos. Los inhalables son sustancias empleadas normalmente en la industria, sin otra utilidad para el hombre. Inhaladas o aspiradas, penetran rápidamente en el torrente sanguíneo a través de los pulmones, y llegan a los órganos más irrigados como el hígado, los riñones, el corazón y el cerebro. (Massùn, 1991, p.16)

Los inhalables son disolventes volátiles, que disuelven materiales resinosos, adhesivos, tintas de impresión o recubrimientos orgánicos. Dichas sustancias utilizan en gran cantidad y variedad en la elaboración de múltiples productos. Todos éstos productos son tóxicos, por lo que las personas que los inhalan, en forma accidental o voluntaria, presentan daño a su salud.

En Barroso (1988) se menciona que: Glaser y Massengale del Departamento de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Colorado en E.U.A., consideraron la importancia que tiene la inhalación deliberada que hacían de los vapores de cementos plásticos, los niños, adolescentes y jóvenes entre seis y los dieciocho años de edad. Estas inhalaciones producían desde euforia inicial hasta cambios de personalidad, pasando por la pérdida de memoria, desorientación, alteraciones auditivas y visuales, hasta el coma terminal, según las cantidades aspiradas y el tiempo de habituación, que oscila de cinco meses a dos años. En los diferentes estudios efectuados a estos pacientes se encontraron alteraciones en el funcionamiento hepático, renal, medula ósea y sistema nervioso central.

En México desde 1970 a la fecha el abuso de los inhalables y cementos se extiende cada día más a la población infantil, púberes, adolescentes y jóvenes en promedio entre 8 y 18 años. Datos obtenidos en nuestro país, en áreas de la población con pocos o medianos recursos económicos revelan que en la actualidad el 1% de niños y púberes usan o han usado inhalables y de ellos el 80% son de sexo masculino.

CONCECUENCIAS DE SU USO

Torres Ruiz (1975) señala que el thinner provoca reacciones de euforia inicial y alucinaciones por acción sobre el complejo amigdalino y disfunción del sistema límbico y estimula el Sistema Nervioso Central. Al principio la inhalación produce hiperactividad y si la dosis es pequeña crea un estado de inquietud y euforia. Si se continua la inhalación, se reduce la actividad motora y la intensidad de las respuestas a los estímulos ambientales, llegando a veces al estado catatónico, con aumento del tono muscular y de la actividad refleja somática, desarrollo de crisis mioclónicas pasando por una etapa de ataxia. Además las drogas alucinógenas producen a largo plazo alteraciones de la conducta emocional que se manifiesta por cuadros depresivos y paranoides. Así mismo Romero Mendoza y Cols., mencionan que el uso de disolventes produce efectos que provocan actos violentos, todo esto en relación con el tipo de subcultura donde ciertos tipos de interacción social esperan o requieren una respuesta violenta y agresividad física.

La misma fuente menciona que, los síntomas clínicos de la intoxicación aguda por inhalantes y por orden de aparición tenemos los siguientes: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, trastornos de la coordinación del lenguaje y pensamientos con juicios menoscabados, conducta errática, zumbidos de oídos, estupor después de la fase de excitación, midriasis, diplopia, babeo, mucosa nasal abundante acompañado de estornudos y tos a veces en excesos, náusea, vómito, diarrea, dificultad para ejecutar movimientos musculares coordinados, ataxia, taquicardia, delirio con alucinaciones auditivas y visuales, convulsiones, inconsciencia, coma y al final de unas horas muerte por paro respiratorio o por ahogo por aspiración del contenido vomitado. Todos estos síntomas condicionados con la edad, resistencia física, cantidad y tiempo de inhalación y susceptibilidad de cada individuo.

Cada una de estas fases de la intoxicación aguda puede durar aproximadamente entre cinco a diez minutos o más. Además de los síntomas anteriores se muestran trastornos de la conducta como confusión, irritabilidad con agresividad. Muchos inhaladores aprenden a no sobrepasarse manteniendo el nivel deseado de somnolencia o de alucinaciones, convirtiéndose en inhaladores crónicos, logrando cierta tolerancia ante la droga y aunque es discutido si esta sustancia produce dependencia Torres Ruiz menciona que sí se produce aun cuando de poca consideración. Si se suspende la inhalación se desencadena un síndrome de abstinencia caracterizado por signos de excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea, dolores abdominales y musculares entre otros.

Los signos y síntomas más frecuentes en el uso crónico de volátiles inhalables son: fatiga, depresión, disminución del apetito, pérdida de peso, temblores, trastornos de la memoria, irritación de la piel, cuadros neurológicos y psiquiátricos. La mayoría desencadena cuadros paranoicos, delirio de persecución, violencia, tendencia a la violación, al robo, asalto, asesinato o suicidio, problemas de homosexualidad determinados por la promiscuidad, a la que se agrega lesión en las glándulas endocrinas, especialmente en los testículos y ovarios, destrucción de las células nerviosas en la forma difusa y progresiva en diferentes lugares del cerebro, cerebelo, medula espinal, degeneración de fibras nerviosas periféricas.

Un estudio realizado con ratas expuestas a diferentes períodos de inhalación concluye:

1. Conforme aumenta el tiempo y la dosis de thinner inhalado las lesiones se agravan, son progresivas, al principio focales y después difusas.
2. Se alteran las células y estructuras de todos los órganos.
3. Las lesiones son parcialmente reversibles en algunos órganos si se suspende la inhalación.
4. Después de que los animales inhalan 5ml. de thinner en 30 días y se recuperan por 120 días se sacrifican y se observa recuperación en miocardio, hígado, bazo y riñón. Son irreversibles después de inhalar 67.5ml. de thinner en 45 días, aunque se suspenda la inhalación. Se presentan lesiones de atrofia y destrucción neuronal de fibras nerviosas centrales, periféricas, vainas de mielina, gliosis, ceguera, fibrosis de vasos capilares pulmonar, hepática y renal, lleva a la esclerosis y atrofia.
5. Los órganos linfohematopoyéticos (bazos, ganglios linfáticos y médula ósea roja) además de que cambian su estructura y se atrofian disminuyen considerablemente la producción de células que intervienen en los procesos de auto inmunidad.
6. Las gónadas presentan profundas alteraciones en la ovogénesis y la espermatogénesis, así como el resto de las glándulas endócrinas modifican su secreción de hormonas por alteración de sus células que pueden atrofiarse o llegar a la necrosis (tiroides, paratiroides, páncreas en los islotes de Langerhans y suprarrenales).

Observaciones en humanos realizadas por Knox y Nelson (en Torres Ruiz, 1975) hablan de atrofia cerebral difusa corroborada por estudios neuroencefalográficos y un EEG anormal, con presencia de ondas lentas y difusas; degeneración cerebelosa; depresión de la medula ósea; neuritis retrobulbar y periférica probablemente secundaria a la utilización de metil- etilcetona ; daño en el nervio óptico por consumo de metanol; polineuropatía por uso de hexano; trastornos hematológicos, presencia de anemia plástica asociada a pancitopenia; metaplasia mieloide; trastornos hepáticos y renales y la muerte cuando hay sobre dosis que producen inconsciencia y evita que la persona respire

aire fresco, regularmente por tener la bolsa pegada a boca y nariz lo que evita la respiración de aire fresco y por recibir los vapores en estado de inconsciencia, o por paro respiratorio al producirse depresión de los centros nerviosos ; otros casos son atribuidos a la aspiración del vómito, paro cardíaco directo y probable daño pulmonar.

El control de disolventes inhalables está comprendido por lo tocante a México, en la Ley General de Salud en materia de control sanitario, establecimientos, productos y servicios; el reglamento de la mismas y también el que comprende el control de sustancias psicotrópicas por inhalación; los requisitos sanitarios en la etiquetación; instructivo sobre condiciones de seguridad e higiene en centros de trabajo.

“Para evitar y prevenir el consumo de sustancias inhalables que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, la Ley General de Salud en su Artículo 254, que la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia se ajustarán a lo siguiente:

- I. Determinarán y ejercerán medidas de control en el expendio de sustancia inhalables, para prevenir su consumo por parte de mores de edad e incapaces,.
- II. Establecerán sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de dichas sustancias, para evitar el empleo indebido de las mismas;
- III. Brindarán atención médica que se requiera a las personas que realicen o hallan realizado el consumo de inhalables, y
- IV. Promoverán y llevarán a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de sustancias inhalables.

En el capítulo VI, relativo a los delitos, establece en su Artículo 467, que al que induzca o propicie que menores de edad o incapaces consuman, mediante cualquier forma, sustancias que produzcan efectos psicotrópicos, se le aplicará de siete a quince años de prisión” (En CONADIC, 1992 b. p. 46).

Pese a las normas jurídicas que regulan o prohíben su venta y distribución, los inhalables siguen siendo la droga de mayor consumo entre los niños de la calle, por su fácil consecución y efectos. Después de los inhalables, con un margen de diferencia en el índice de consumo muy pequeño se encuentra la marihuana.

MARIGUANA

La marihuana se obtiene de las hojas de la planta *Cannabis indica*, *Cannabis ruderalis* o *Cannabis sativa*, está clasificada dentro del grupo de los Psicodislépticos (perturbadores del sistema nervioso central), aunque es una droga ambivalente, a la vez estimulante y tranquilizante, pero puede también provocar trastorno sensorial e incluso alucinaciones. (Massün, 1991, p.18).

"De la cannabis derivan la marihuana y el hashish. Esta planta contiene una resina capaz de producir efectos sobre el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y el estado de conciencia. La marihuana contiene más de 400 ingredientes químicos activos, de los cuales 70 son cannabinoides. Tales sustancias son los elementos químicos de la planta que poseen propiedades psicotrópicas que varía dependiendo de la forma de preparación, dosis, vía de administración y personalidad de quien la consume. Las sustancias psicoactivas de la marihuana, principalmente el Delta 9 Tetrahidrocanabinol (THC) No solamente afectan al consumidor directo, sino a cualquier persona que aspire el humo, por estar cerca de él. El THC tiene propiedades analgésicas, antieméticas, anticonvulsivas y musculorelajantes. (...) El THC actúa fundamentalmente sobre el cerebro, especialmente en la corteza frontal, el complejo amigdalino temporal, los ganglios basales y otros núcleos profundos. Como no se conocen todos los mecanismos de acción de estas sustancias, es probable que exista más de un mecanismo ya sea, a través de la inhibición de la síntesis del RNA y de las proteínas, lo cual debe tener efecto en las bases neuroquímicas del almacenamiento mnésico del cerebro o a nivel de la recaptura de los neurotransmisores, particularmente de la serotonina, alterando posiblemente la transmisión simpática y la actividad enzimática". (C.I.J, 1997, p. 145-146).

CONSECUENCIAS DE USO

En el cerebro el THC produce un estado de analgesia debido probablemente al bloqueo en la biosíntesis de la prostaglandina E2. En dosis elevadas la administración de marihuana produce alteraciones cognitivas, perceptuales y mnésicas que varían desde una percepción alterada del tiempo y la distancia y deficiencias para la evocación de hechos recientes, hasta cambios en el tiempo de reacción. Por tanto el individuo se vuelve lento y torpe en sus reacciones, tanto de lenguaje como motrices. Otros efectos en el SNC incluyen una alteración del estado afectivo que puede consistir indistintamente en euforia o ansiedad. En el aparato respiratorio produce relajación de la musculatura bronquial, así como una intensa irritación de la mucosa bronquial, la cual, es muchas veces superior

(25 veces más) a la producida por la aspiración del humo del tabaco. También provoca alteraciones en el sistema cardiovascular, pues genera taquicardia. (C.I.J., 1997).

En conclusión: el consumo de marihuana produce varias complicaciones a la vez; se conoce la afectación simultánea en varios aparatos y sistemas del organismo, entre los que destacan los de tipo respiratorio, neoplástico, endocrinológico, cardiovascular e inmunológico.

COCAÍNA

La cocaína o clorhidrato de cocaína es una sustancia blanca e inodora, derivada de las hojas de la planta de la coca, *Erythroxylon coca*, que crece principalmente en las regiones montañosas de América Central y Sudamérica.(...) Está clasificada dentro de los psicoanalépticos o psicotónicos (estimulantes del sistema nervioso central). Respecto a los efectos de la cocaína sobre el sistema nervios central, tiene principalmente dos acciones farmacológicas: es un anestésico y un estimulante del sistema nervios central (SNC), es la única droga conocida que posee estas dos cualidades. (...) Los efectos estimulantes de la cocaína sobre el SNC están mediatizados, ante todo, por sus efectos sobre los neurotransmisores cerebrales, como la noradrenalina y la dopamina. (...) El mecanismo de acción de la cocaína que causa esos efectos no se conoce completamente, pero se cree que la cocaína incrementa la liberación de estos neurotransmisores en las terminales nerviosas (sinapsis) y prolonga sus efectos. Estimula, también, la actividad simpática de los nervios periféricos, dando lugar a un incremento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea, de la frecuencia respiratoria, de la temperatura corporal y de la glucosa sérica. (...)También produce dilatación de las pupilas. Además de este efecto estimulante cerebral directo, estos cambios proporcionan al consumidor un fuerte sentimiento de estar más alerta y de mayor alegría.(Washton, 1995 p.26 -28) .

Por su estructura química se trata de una base aminoalcohólica cercanamente relacionada con la atropina. La cocaína es un éster del ácido benzoico y está formada por nitrógeno. Su estructura básica es la misma que la de los anestésicos sintéticos, de ahí que comparte con ellos algunas propiedades de ese tipo; a pesar de esto, en la actualidad la cocaína prácticamente no tiene uso terapéutico y en la mayor parte de los países del mundo se considera un psicotrópico de producción e uso ilegal. (C.I.J., 1997).

CONSECUENCIAS DE USO

La cocaína provoca efectos inmediatos como: sensación de bienestar, euforia; aumento de la vigilancia y de la alegría (la persona experimenta una sensación de poder y de capacidad intelectual increíbles que le dan sentimiento de exaltador de superioridad, pero de igual modo puede volverla agresiva. También son frecuentes la impresión de tener una gran potencia sexual; la hiperactividad y la locuacidad. El uso prolongado causa sobre excitación, temblores, insomnio y pérdida de apetito crónicos; alucinaciones aterradoras, psicosis, depresión intensa (que sólo se calma con una nueva dosis de droga), violencia y pérdida de potencia sexual. (Massün, 1991, p. 21)

La cocaína y sus derivados estimulan el funcionamiento cerebral durante una o dos horas, acelerando la actividad de los centros receptores, pero simultáneamente bloquean ciertos mecanismos de adaptación, inhibiendo la conducta moral del sujeto y propiciando conductas agresivas, delirios, paranoia y cuadros psicóticos que pueden llegar a ser permanentes . El síndrome de abstinencia provocado por la cocaína presenta síntomas tan intensos que pueden llevar al crimen o al suicidio por falta de droga.

Los daños al organismo que provoca son: pérdida de peso rápidamente, debilidad física, palidez extrema de la cara, mareos y vómitos constantes, destrucción de las membranas nasales y destrucción del aparato respiratorio.

4.4. PERFIL DEL ADICTO

Al ir describiendo a lo largo del trabajo lo que es la adicción, a la par se han ido mencionando las características de un adicto, es por ello que en éste espacio sólo se mencionaran algunos elementos, de una manera esquemática, que nos permita guiar nuestra observación en el momento de la entrevista o diagnóstico de la persona.

Según Goti (1990) existen cuatro categorías o síndromes de drogadicción:

- Drogadicción Traumática: En éstos casos la drogadicción se instaló al enfrentar el joven con un trauma serio, alguna violación, etc.

- Drogadicción por neurosis actuales: Se caracteriza por la existencia de un conflicto activo del sujeto, y alrededor del cual se construye la adicción.

- Drogadicción de Transición: En éste tipo de adicción el mecanismo de defensa del adicto tiene una forma de "transición" típica, entre componentes neuróticos y psicopáticos, especialmente obsesivos, depresivos o paranoicos.

- Drogadicción por problemas sociales: Los adictos de ésta categoría son personas despojadas económica y socialmente, que han sido abandonados en instituciones estatales, hijos de familias con muchos problemas de los suburbios de las grandes ciudades.

Aún tomando en cuenta lo anterior se encuentran ciertos rasgos comunes en todos ellos y que los mismos se ubican el nivel de la conducta. El drogadicto llega "huyendo", sucio, despersonalizado, culpabilizado, golpeado, cansado. En ocasiones ya ha pasado por varios tratamientos, hospitales, anexos; y en todo ellos ha fracasado; no tiene familia cerca de él y en caso e existir la familia también está cansada, desalentada, frustrada el único lugar que le asignan es entre los "locos".

"Antes en la calle, cada vez que la sociedad le impuso castigos o sanciones sólo le sirvieron para reforzar sus conductas anteriores y para confirmarle que era una "víctima" del medio... medios que conoció en general le confirmaron que era un incomprendido y sólo le ayudaron a volcarse aun más entre sus pares, quienes no lo juzgaban y lo justificaban." (Goti, 1990, p26)

La persona adicta "es una persona en crisis, en conflicto consigo misma, con la familia, con la sociedad, emotivamente frágil, moralmente débil, extremadamente miedoso ante cualquier responsabilidad, incapaz de sentirse amado e incapaz de amar. Actúa continuamente bajo el impulso de los sentimientos, de las emociones y de los miedos. Intenta esconder su inadaptación y falta de

respeto hacia si mismo detrás de una falsa imagen, busca seguridad en signos externos y artificiales, de endurecimiento e indiferencia." (Ruiz 1983,p.269)

El crecimiento emocional del mismo se ha estancado, en sus primeras etapas de desarrollo. La confianza que es básica para que las etapas subsiguientes se desarrollen es prácticamente inexistente, no logra experimentar seguridad. No tiene idea de cómo enfrentar los problemas del diario vivir pues carece de la comprensión y los conocimientos para hacerlo, no es que no tenga inteligencia , sino que su estado emocional influye en sus razonamiento y su inteligencia se desvía hacia el rechazo de normas sociales, culturales y hacia crear sistemas marcados por una negatividad total.

En los aspectos temperamentales la persona adicta refleja fuertes impulsos. Este es un problema natural en todos los seres humanos pero en el adicto es considerablemente mayor, no existe control de carácter, tiende a ser egoísta, con embotamiento en la afectividad, no desarrolló capacidad de amar pues no se le enseñó, al negársele la oportunidad de sentirse amado. Es manipulador, desconocedor de los problemas de los demás y sus necesidades, los otros son un medio para alcanzar sus fines, puede diferenciar el bien del mal, pero escoge aquello que lo daña, se evade de la realidad, vive enajenado en un mundo propio, ignora el transcurso de una vida diaria, vive al margen de la misma, puede experimentar sentido de culpa, pero la droga le provoca el bienestar necesario que lo hace olvidarse de todo y así va conformando un círculo vicioso. La introspección no aparece en la vida del adicto, elude este proceso, él mismo constituye la fuente de angustia y la rehuye, no enfrenta la destrucción a la que lo ha llevado la droga.

La autoridad supone para él un enfrentamiento hostil y su rechazo hacia la misma es evidente. Todo aquello que representa norma, sistema, es desafiado abiertamente por él. Sus deseos deben satisfacer al momento, la gratificación debe ser instantánea o pierde el control actuando de manera irreflexiva e irracional.

Es un ser orientado por la emoción jamás por la razón. Se siente inútil y fracasado. No terminó nada de lo que emprendió, con regularidad las metas a largo plazo tienden a desesperarlo, abandonándolas a poco de haberlas establecido. Las metas que establece son a corto plazo y de corto alcance y para conseguirlas usa cualquier medio, los fracasos escolares, laborales, peleas familiares, choques con la autoridad, con la ley, es mentiroso y manipulador. El adicto confunde la identidad con la imagen. El perfil del joven adicto nos obliga a adoptar una postura sumamente cuidadosa y responsable al momento de intervenir en busca de su tratamiento, en el cuadro No. 1, se detallan los diversos elementos que deben ser tomados en cuenta la momento de intervenir.

Cuadro No. 1.

ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL ADICTO

Elementos	Descripción
Conciencia de enfermedad	Reconocimiento de la adicción como problema y la consecuente aceptación de ayuda. Identificación de las necesidades que cubre o satisface el consumo de la sustancia
Edad	El uso de drogas antes de los 16 años complica el pronóstico de curación.
Etapas en el ciclo vital de la familia	Tipo de crisis que vive la familia; en que momento evolutivo se encuentra, es la etapa de desprendimiento del adolescente, es el momento de la crisis madurativa de los padres, hay alguna separación encubierta por parte de los padres, etc.
Tipo de estructura familiar	Cismática.- disgregados, con escaso poder de orientación de los padres hacia su hijo adolescente Simbiótica.- la adicción como imposibilidad de diferenciarse de la familia. Excesivamente abierta.- familia típica de paciente adictos, delinquentes. No hay control desde la infancia de las conductas. Niño de la calle. El niño es el padre de sí mismo. Familia inexistente.- la persona no tiene familia.
Actividad	El observar las responsabilidades y habilidades de los individuos nos marcarán los factores protectores y los factores de riesgo que se tendrán que abordar. Así mismo estarán proyectando su tipo de expectativas y forma de vida. Conductas antisociales asociadas a la adicción.
Estado de salud	El examen médico y toxicológico es de primera instancia, lo mismo que un tratamiento de desintoxicación en los casos necesarios. Identificación de daño orgánico causado por el uso de la sustancia.
Factores de Influencia	Hambre, dolor por enfermedad, violencia física, soledad, por auto medicación, aburrimiento, insomnio, por carencia de medios de recreación, búsqueda de emociones, aumento de energía, miedo, para mayor vigilia, aislamiento social, requerimiento de valor, como agente distractor, vergüenza, depresión, desesperación, necesidad de olvido, agente promotor de la socialización.
Sustancia de consumo	Sustancia, edad en la que comenzó a usar alguna sustancia, tiempo de consumo, última vez de consumo, forma de consumo, veces a la semana, veces al día, cantidad, tolerancia.

Cuadro No. 1. Continuación.

Elementos	Descripción
Tipo de Consumo	Experimental: uso por exploración, curiosidad, búsqueda de identidad, patrón de consumo variable.
	<p>Funcional: la droga tiene un objetivo, sabe cuándo y cómo consumirla, no hay percepción de daño. De fin de semana .no hay alteración en la vida afectiva, escolar, laboral, de pareja. habitualmente la droga es relajada o compartida. No hay episodios de intoxicación. Se busca el giro de estado de ánimo, de las sensaciones de las percepciones, ésta es la primera señal de cronicidad de la droga.</p> <p>Disfuncional: Funciones psicológicas y sociales deterioradas, relaciones personales deterioradas. Uso regular durante la semana. Episodios de Intoxicación. Compromiso escolar y afectivo. Inicio de deterioro de la vida de pareja y familiar. Aparece la vida dual, por un lado el mundo adictivo y por otro un compromiso forzoso con la sociedad, ésta es la segunda señal de cronicidad de la droga. Hay una fuerte presión del grupo.</p> <p>Dependiente: Poco control de consumo, No hay regla para conseguir la droga. No hay familia, pareja , escolaridad o trabajo. Búsqueda compulsiva de la droga. Impulsividad absoluta ante la abstinencia. Compromiso orgánico con la droga (trastornos neurológicos, hepáticos, cardiocirculatorios). Riesgo de destrucción del sistema Inmunológico: SIDA y hepatitis infecciosa B. Aparición de robo, conductas tramposas, mentiras, cambio absoluto de amistades, participación en la venta de drogas.</p>
Vínculos	Amigos, relación de pareja, escuela, familia, religión, educadores, compañeros de la calle, trabajo entre otros.
Habilidades	Confianza en sí mismo, analiza opciones, sabe cuando retroceder, tiene auto control, puede reinterpretar las cosas desde un lado más positivo, busca apoyo de los demás, busca solución a los problemas, hace negociación y compromiso, sabe trabajar, es asertivo, asume conductas alternativas, sabe relajarse, expresa lo que le pasa.
Tratamientos en los que ha participado	Causas que manifiesta fueron las causas que lo motivaron a consumir drogas. Actitud , sentimientos o sensaciones que le causa drogarse, cómo percibe su consumo (es un problema, un gusto, una necesidad, etc.), quiere dejar su consumo, ha tenido algún tipo de tratamiento (opinión, lugar), deseo de participar en algún programa que le ayude a dejar el consumo. Expectativas frente al tratamiento (suspensión temporal o permanente del consumo de la sustancia), alivio de síntomas o un cambio integral.
Características psicopatológicas	Personalidades de tipo acción impulsivos: toxicómanas de tipo sociopático con delitos, viven en medios marginales. Observar la existencia de patología psiquiátrica. Crisis de identidad adolescente: toxicomanías de tipo neurótico, con buen pronostico. Patologías de tipo depresivo por duelo: con pocas redes sociales de sostén, con buen pronostico con grupos de auto ayuda y psicoterapia individual intensiva, se dan riesgos por sobre dosis que pueden ocasionar la muerte. Patologías psicopáticas: en familias psicopáticas, mal pronostico. la droga es solo un síntoma más. Funciones familiares alteradas.
Clase social	La ubicación del individuo en su contexto, ayudará a planificar la intervención de acuerdo a los recursos con los que se cuente y la influencia de patrones culturales comunitarios.

5. PREVENCIÓN EN ADICCIONES

5.1- ENFOQUES EN LA PREVENCIÓN

En la historia de la humanidad siempre ha existido el consumo de algunas sustancias psicoactivas en lugares, momentos y circunstancias específicas permitidas y asumidas por el sistema social y familiar, esto circunscribiéndose el uso en celebraciones sociales, místico - religiosas.

Es en el desarrollo industrial y el asentamiento en grandes ciudades cuando este uso se hace más generalizado iniciándose los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas, es cuando emerge la alarma social y se empieza a ver los trastornos (individuales, familiares , sociales...) relacionados con el consumo, como un problema de salud pública, dando inicio la etapa de prohibiciones, leyes reguladoras y formas de tratamiento que permitan la "normalización". En una primera época funcionaron las cárceles o psiquiátricos como centros de reclusión, en una segunda época centros terapéuticos alejados como centros de readaptación social. La demanda de atención se institucionaliza, para que la " enfermedad" no altere la vida comunitaria, confundiendo la acción terapéutica con la acción de control social.

Sin embargo actualmente la OMS (1993) establece que la función de los servicios de salud en la Prevención del abuso de drogas debe considerarse en tres niveles:

- * Prevención Primaria que tiene por objeto evitar la aparición de un trastorno, proceso o problema.
- * Prevención Secundaria que tiene por objeto reconocer y poner término o remedio a un trastorno, proceso o problema lo antes posible.
- * Prevención Terciaria que tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas aun cuando persista la afección - básica.

Como se observa la Prevención es atender una problemática determinada. La atención a estas problemáticas se da desde diferentes enfoques.

A. Los enfoques más comunes se centraron en la presentación de información concreta sobre los peligros del uso de sustancias y en la educación afectiva. Sin embargo, no fue suficiente la información para evitar el consumo y en torno a la educación afectiva no tomó en cuenta los factores psicosociales y no pone suficiente énfasis en la enseñanza de habilidades.

Los enfoques de prevención más prometedores contra el abuso de sustancias hoy día se centran en los factores psicosociales que fomentan la observación del inicio en dicho abuso. Sus estrategias se dividen básicamente en dos: las estrategias que se centran primariamente en las influencia sociales que se suponen fomentadoras del uso de sustancias y las estrategias diseñadas para aumentar la competencia personal y social por medio de la enseñanza de habilidades más amplias que permitan afrontar la vida.

B. Sánchez Martos (en Los Profesores.... s.f.) propone otra clasificación:

Los modelos tradicionales y los modelos críticos. En los modelos tradicionales se hace responsable al individuo de la conducta que ha adoptado, resultando como determinantes, la salud, los factores individuales, biológicos o de conducta; por lo tanto la intervención se dirige exclusivamente al individuo.

Entre estos modelos encontramos los modelos Biomédicos, Conviccional, Informativo, Educativo, Persuasivo-KAP. En los modelos críticos la intervención se dirige al medio ambiente social y a los factores externos e internos del individuo. Ejemplo de estos modelos encontramos los de Desarrollo Personal, de Participación y Compromiso, Pragmático e Integrador.

C. La OMS propone cinco modelos conceptuales en la elaboración de programas preventivos; el Modelo Médico - Sanitario, el Psicosocial, el Sociocultural, el Ético Jurídico y el Integral.

D. En la actualidad el Consejo Nacional Contra las Adicciones (1994) y Landabaso (1983) mencionan que existen gran variedad de programas asistenciales que describen de la manera siguiente:

- Aquellos que apartan al adicto de consumo de sustancias tóxicas a través del análisis de la causa efecto, bajo un sistema cerrado, donde el usuario se convierte en objeto de curación.

- Programas basados en elementos místicos - religiosos que identifican la pérdida de valores y de un dios con objetivos a alcanzar, con un enorme sentimiento de culpabilidad, eliminando la transgresión mediante la auto represión y el adicto objeto de curación.
- Programas educativos con representaciones cuasi- exactas del sistema social y siendo el usuario objeto de curación.
- Modelos organicistas que basan su actuación en criterios organistas y emplean el uso de nuevos tóxicos, pero institucionalizados e intenta adaptar al individuo a criterios sociales dominantes.
- Enfoques psicologistas que a través de la búsqueda intrapsíquica y modificación de la conducta intentan curar a su paciente.
- Modelos familiares en las que el usuario es visto como un elemento en un sistema familiar disfuncional, viéndose el consumo como un síntoma de una patología relacional. Convirtiéndose el sistema familiar en sujeto y objeto de su propia curación.
- Aquellos que utilizan varios aspectos de los abordajes anteriormente expuestos, haciendo énfasis en algunos de forma concreta, siendo el resto recursos colaterales.

Si observamos, finalmente todas las clasificaciones proponen un Modelo de Atención Integral que desarrolla actividades como:

- Informar y orientar a la población.
- Promover la organización y la participación de los involucrados.
- Impulsa el aprovechamiento del tiempo libre.
- Aprovecha recursos humanos y materiales de la comunidad.
- Impulsa grupos de Auto Ayuda
- Forma recursos humanos.
- Delimita un campo de trabajo.
- Hace concertación interinstitucional
- Atiende médico, terapéutica y educacionalmente.

El enfoque de Prevención de este Modelo se distingue por desarrollar una intervención a nivel terciario, es decir, tenemos por objeto detener o reducir el daño y la evolución del problema a través de estrategias que fomenten la atención en las siguientes áreas: educación, clínica, salud e investigación.

Se parte de que el enfermo es el responsable de su recuperación y se comparte la responsabilidad de desarrollar conjuntamente con él habilidades que le permitan tener un estilo de vida alterno a la calle.

Observamos factores individuales y sociales que influyen en la presencia y sostenimiento de la enfermedad.

Nos apoyamos en una Red Social que brinda sostén, desarrollo e integración del niño en la sociedad.

Por tanto Institución y Red Social brindan servicios de atención a necesidades básicas en salud, educación y terapéutica al niño.

5.2. ALGUNAS EXPERIENCIAS EN PREVENCIÓN

En México las Instituciones del sector Salud que atiende el problema de Farmacodependencia son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), y los servicios coordinados de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación.

“Con objeto de establecer las reglas científicas y técnicas de carácter obligatorio, que contengan los requisitos que deben satisfacerse en la organización y presentación en la organización y prestación de servicios de atención médica a farmacodependientes, y con la finalidad de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias, la Secretaría de Salud expidió la Norma Técnica No. 198 para la prestación de servicios de atención médica a farmacodependientes, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 21 de agosto de 1987. Esta Norma Técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país”.(En CONADIC, 1992 b, p.54).

En años recientes las Instituciones privadas, diversas ONG's también se han avocado a atender ésta problemática sin dejar de lado la Comunidad de ex adictos que se dedican a atender a la población consumidora a través de Grupos de Auto Ayuda, tradicionales y de 24 hrs.

Revisando las formas de trabajo de estos organismos encontramos que su método y perfil de atención no correspondía a las necesidades y problemáticas del niño de calle, por ello retomamos algunas experiencias de modelos de tratamiento en adicciones entre los que encontramos:

❖ **El Programa Terapéutico – educativo “Proyecto Hombre”** consta de tres fases en las cuales se intenta dar a la persona todo un proceso educativo y de crecimiento.

- La primera fase es la Acogida donde se pretende que las personas encuentren motivaciones para cambiar, que se den cuenta que su problema no es la droga sino él mismo y, que sepa que él va a ser el protagonista de su recuperación.
- La segunda etapa, es la Comunidad Terapéutica que es un grupo de personas que sobre la base de algunos conceptos interpersonales, han sido capaces de superar el dolor y el erróneo comportamiento “antidolor”, que se ayudan así mismas con un claro sentido de solidaridad comunitaria y una fuerte transmisión de valores. Requerir ayuda del otro supone la disposición de ayudar, de pedir y de dar, intensifica las relaciones y unifica objetivos. Ayuda a madurar afectivamente y comportamentalmente y asimismo ayuda a que el otro lo haga.

En la Comunidad existen dos normas fundamentales; rechazo de cualquier tipo de droga y rechazo a cualquier violencia física con un trabajo basado en tres dimensiones:

* **Aspecto comportamental.-** A través del comportamiento expresamos todo lo que hacemos. El cambio del comportamiento se realiza por medio de la estructura y las normas comunitarias, la persona tiene la posibilidad de descubrir el sentido de la responsabilidad consigo mismo y con los demás y el sentido de solidaridad como contraposición a la gran soledad que él ha vivido. En resumen se trabaja el interés por sí mismo y el interés por los demás, a través de la estructura externa se introyecta una estructura interna y propia.

* **Aspecto emotivo.-** Se trata de promover el conocimiento de sí mismo a través del conocimiento de los propios sentimientos, por lo que la persona llega a saber la razón de su malestar y toma la capacidad de obtener un comportamiento maduro sobre sus propios sentimientos por medio del trabajo sobre la frustración y el control de sentimientos. Con la expresión de los sentimientos nos conocemos mejor y al expresarlos descargamos energías y podemos razonar serenamente, hacerse

escuchar, en los grupos dinámicos asegura el respeto al otro y procura el sentimiento de que se le tiene en cuenta como persona.

* **Aspecto histórico.**- Es recogido a través de la Anamnesis que se hace en la Acogida donde se trata de ir hacia atrás en la historia personal, para descubrir los acontecimientos del ayer, pueden estar influyendo en el comportamiento de hoy. Este aspecto se trabaja a través de unos grupos denominados sondas y estáticos. En un primer grupo extenso se habla de un problema y en los restantes se habla del cómo se está afrontando el problema día a día.

- La tercera etapa es la Comunidad Terapéutica de Reinserción. La Comunidad le ha llenado de valores pero tiene que construirse su espacio, tiene que resocializarse y construirse nuevas amistades, crearse un estilo de vida e intentar llenarlo de razones, motivos y valores, para que no vuelva a perderlo por medio de la droga. En todas las etapas se trabaja con la familia , pero en la tercera se le prepara para que puedan dar el adecuado soporte a la persona.

❖ **El Hogar CREA**

(García, 1983)

Los aspectos de temperamento y carácter son centrales a nuestro modelo terapéutico. Los residentes aprenden a reconocer los aspectos temperamentales que pueden ser problemáticos. Catorce modelos distintos de terapia utilizados prácticamente a diario en los hogares CREA son los instrumentos terapéuticos tanto para el desarrollo del carácter como también para ayudar a controlar el temperamento.

Para el desarrollo de la confianza utilizamos la terapia individual y para la generatividad utilizamos la terapia familiar y capacitación de líderes. La terapia de movilización y pase puede emplearse para el desarrollo de cualquiera de las capacidades.

Dentro de los programas de tratamiento sobresale el de comunidad terapéutica, por lo cual le dedicamos un apartado.

Regularmente los programas constan de varias etapas por ejemplo el Hogar CREA divide su tratamiento en estructura programática en cuatro fases: Inducción (oficina de contacto y seguimiento,

sala de desintoxicación y compromiso existencial); Introspección - Identificación, Crecimiento Intensivo y Seguimiento. Los programas de prevención (Aguirre, 1993; Baldivieso, 1993; Oñate, 1987; CONADIC, 1992 b y 1994; Gutiérrez 1983; Marandú 1991) por lo general atienden procesos por etapas, en cada etapa se pretende un cambio de actitud y de valores, el "residente" aprenderá a mirarse a sí mismo a hacer una reflexión personal para reconocerse como único responsable de su vida, que de muestra de responsabilidad, tolerancia, controles internos, amor por los demás y un deseo profundo de ayudar al desarrollo de la humanidad. Al integrarse a la comunidad el programa continúa ofreciéndole servicios en el área de estudio, empleo, adiestramientos vocacionales por espacios de cinco años.

- ❖ **Los programas de prevención** ofrecen orientación, adiestramiento y consejería en el área de la adicción a las drogas; desarrollo y conocimiento de la personalidad para contribuir a prevenir y detener el alza de la adicción y su efecto inmediato, la criminalidad.
- ❖ **Los modelos de tratamiento** constan de un proceso de reeducación en términos de aprendizaje, cambio de actitudes, reconocimiento del bien y el mal y aceptación de que la última palabra en términos de actos y libertad para que esa voluntad sólo lleve a actuaciones positivas y constructivas.

5.3. COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Glaser (cit. en Goti,1990) menciona que la Comunidad Terapéutica (CT) tiene sus orígenes en una observación retrospectiva en Alcohólicos Anónimos (Akron, Ohio 1935), el Grupo Oxford en 1900, la Asociación Cristiana de Jóvenes (siglo xix), la Reforma protestante en el siglo XVI y ciertos grupos cristianos primitivos hasta llegar a los Esenios A.C.

La denominación actual de Comunidad Terapéutica es tomada por el Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés quien la utilizó por primera vez en el campo de la salud mental en 1952 para atender a los excombatientes de la Segunda Guerra Mundial. Maxwell derribo los muros de los antiguos hospicios psiquiátricos, niveló las estrictas jerarquías entre médicos y pacientes, entre sanos y enfermos e introdujo las asambleas, lugar donde todos los integrantes del hospital, en situación de igualdad participaban en la organización diaria de actividades.

La Comunidad de Jones enseña :

- El papel de la compañía humana en un sistema planificado de asistencia con leyes, normas y reglamentos que todo miembro debía de acatar y asumir.
- Una redistribución del poder médico.
- Surge lo interdisciplinario como estructura social.
- Una crítica a la psiquiatría tradicional.
- Una visión Holística del Hospital.
- Una actitud permisiva.
- Incremento en la participación del paciente
- Ampliación de la base de la terapia y rehabilitación.

En el campo de las adicciones todas las CT son descendientes del Programa Synanon. Dicho programa es fundado por Charles Dederich alcohólico rehabilitado que empezó a reunir a un grupo de alcohólicos y de heroínómanos; aplico el modelo de alcohólicos anónimos pero al no funcionarle, introdujo elementos de aislamiento o residencial; elimino la estructura religiosa y fue así que en 1958 se fundó la primera CT de atención a drogadictos la que fue evolucionando hasta convertir la CT en culto.

Egresados de Synanon fundaron Daytop en 1963 en la ciudad de Nueva York, a partir de aquí se conforman diversas CT. El proyecto Hombre en Italia que retoma elementos propios de la cultura europea y latina.

Es a partir de estos dos programas que se expande la modalidad de tratamiento de CT a drogadictos conformándose redes que se reproducen en diversos países del mundo, así tenemos la red que conforma el Proyecto Hombre en Italia, América latina, Asia y Europa. La red de Daytop que tiene redes en Italia, América Latina, Asia, Europa, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

Con el surgimiento de la CT para adictos se marcan características distintivas a las anteriores:

- Se pone énfasis en el papel de la compañía entre pares como la sustancia misma de la tarea terapéutica.
- Para los adictos la CT se llama programada
- La CT responde a necesidades del adicto, objetivos claros, límites y mucho diálogo .
- La CT es acompañamiento planificado y sistematizado con la esencial ser "un sistema social, un entorno de simbolización, un análisis y vivencia de lo familiar, una critica del poder, una comunidad de trabajo, una comunidad preventiva, una comunidad de juego." (Yaria, 1988 p.51)

La Comunidad Terapéutica es una alternativa para un determinado perfil de drogadicto, pero no adecuada para otros. Es necesario proceder a una estricta selección del candidato que entrará en una CT, para lo cual deben establecerse criterios claros de admisión que deben estar ligados con los criterios de integración y con el código de valores y criterios de la comunidad.

Las personas deben llegar por su propia voluntad y deberá cubrir el perfil que determine el centro. Hoy en día se acepta en general que las personas con trastornos psiquiátricos previos a la drogadicción no pueden ser sometidos a la fuerte presión de una CT, tampoco se admiten oligofrénicos, personas muy violentas o con importantes deficiencias físicas.

La CT es un sistema social; este sistema social debe facilitar un aprendizaje que en sí mismo es terapéutico; existe un orden mediatizado a través de las normas de convivencia y del encuadre de la tarea. El encuadre y la normatividad se base en el no uso de drogas y en la voluntariedad de estar.

El trabajo concreto es base de la disciplina y en algunas comunidades criterio para movilidad social que adquieren los residentes dependiendo de sus logros y grado de responsabilidad alcanzados. Lo anterior ha dado lugar a que en algunas CT se abuse del poder.

En la actualidad se conocen diferentes CT para diferentes problemáticas; adictos a la cocaína, madres solteras, psiquiátricas, obesos, anorexias, alcohólicos; poblaciones de niños inhaladores, funcionarios, jóvenes delincuentes, y de diferentes estratos sociales y lugares de acción, cárceles, colonias populares y lugares ex profeso.

Existen diferentes tipos de CT:

- ❖ Por el propietario de la institución pueden ser privadas o públicas
- ❖ Por el lugar donde se encuentran ubicadas pueden ser urbanas o rurales
- ❖ Por el personal que las operan pueden ser profesionales, de adictos recuperados y mixtas
- ❖ Por el tipo de valores fundacionales pueden ser religiosas o no religiosas
- ❖ Por la forma de su toma de decisiones pueden ser jerárquicas o democráticas.

Actualmente el modelo de atención que más seguidores tiene, es la CT de Rehabilitación para Adictos es la jerárquica, mixta, sea estatal o privada.

"La CT debe reproducir en sus estructuras la sociedad externa dentro en la cual está inmersa ya que de otra manera sería imposible la posterior reinserción de sus residentes" (Goti,1990 p. 58). Esta es una característica que hay que trabajar ya que, como lo marca Freire (1970) no se puede reproducir la misma sociedad externa , ya que en ella hay una serie de valores que promovieron la auto devaluación de la persona, por, lo cual la persona de integrarse a la sociedad será de una manera crítica, liberadora, que le permita seguir creciendo y humanizándose cada vez más.

En la CT hay dos normas cardinales: no a las drogas (se quita la cápsula) y no a la violencia (no puede destruirse la fuente del displacer). Esto pone a la persona frente a dos opciones: huir (las puertas están siempre abiertas) o quedarse a enfrentar todos sus miedos. ¿Por qué se habría de quedar la persona, si trae una historia de venir huyendo? es por el amor que percibe de sus pares, que están pasando lo mismo que él, que sufren lo mismo y que lo comprenden. Deberá confiar, entregarse e identificarse con los miembros de la comunidad y progresivamente se irá quitando las diversas cápsulas que trae consigo cuando llega a la CT. En las CT se respira, se siente, se vive, se trasmite amor, se mantiene un clima afectivo. Con fe en los hombres y en la creación de un mundo en el que sea menos difícil amar.

Entendemos el amor como la capacidad de aprender a dar; para darse a sí mismo y para dar a los demás, el amor por uno mismo esta en la capacidad de dar amor. El amor es un acto de valentía nunca de temor; el amor es compromiso con los hombres, el amor no puede ser identificado con un sentimentalismo ingenuo, como acto de libertad no puede ser pretexto para la manipulación sino que debe generar otros actos de libertad, si no es así no es amor. El amor responsable es aquel que pone límites. Al ejercer el amor responsable yo le haré al otro lo que es bueno para él no necesariamente lo que el otro me pida; a su vez el otro me dará lo que es bueno para mí y no necesariamente lo que yo exija; *yo estaré dispuesto a dar y me prepararé para recibir.*

No encubrimientos, no mentiras , no falsas ayudas; el amor responsable me obliga a pedir ayuda cuando lo necesite, a evitar ocultar mis sentimientos, a abrirme a participar. Todos los integrantes de la comunidad vienen de vivir experiencias muy traumáticas que no se atrevían a sentir. En el medio arropado de la comunidad van poco a poco sacando afuera sentimientos durante mucho tiempo negados y esto provoca que los afectos dentro del grupo sean de un alto nivel emocional. "Cuando un residente use el amor responsable estará listo para iniciar su proceso de reinserción" (Goti 1990 p 47).

La Comunidad Terapéutica tiene una cultura grupal que consiste en:

- Alto nivel de estructura

En la CT los roles están bien establecidos, los afectos bien identificados, las jerarquías claramente definidas, los límites bien fijados, todo ello dará al adicto que con regularidad es rebelde y anárquico una nueva visión de lo que puede acontecer dentro de un espacio y del lugar que el puede ocupar en él.

Las actividades están ritualizadas todos los días a las mismas horas ocurren las mismas cosas, no los mismos contenidos, nada es dejado a la improvisación ni la espontaneidad, esto no implica rigidez mecánica del actuar cotidiano, dentro del ambiente debe regir la serenidad y la posibilidad de manifestarse, no confundiendo esto con la imposición de un determinado estado de ánimo de algún miembro de la comunidad.

Existe planeación de horarios y actividades, cuidado de pertenencias, limpieza de la institución. El trabajo es de entrada un valor importante a asimilar.

- Manejo de crisis

"Habitualmente las crisis tienen que ver con transgresiones a la normatividad sexual, al uso de drogas o alcohol. En estos casos no se controla al que violó la ley, sino la ley en la comunidad. Esto es clave en el proceso terapéutico institucional y del adicto. Por ejemplo el drogarse es una ofensa al grupo" (Yaria, 1988, p.20).

- Sistema de presión

Todos los movimientos, los gestos, las actividades de cada residente son controlados por 24 horas del día hasta el más lejano rincón de la Comunidad. No hay ninguna posibilidad de escapar a este sistema de control destinado a ejercer presión continua y constante sobre el residente. Por ejemplo si el residente habla, si no lo hace, si lo hace poco, si habla mucho, en qué ocasiones lo hace, para qué, cómo, dónde, cuánto, etc., todo será tomado en cuenta e incorporado en su legajo terapéutico.

El residente es continuamente confrontado con la realidad de que está en un programa terapéutico, a donde ha venido pidiendo ayuda para cambiar de vida y no en un lugar que le permita olvidar la realidad de la que vino. No se le permite ni la más mínima fantasía que lo exima de sus responsabilidades actuales para consigo mismo y para los que lo rodean.

La presión se hará en sus aspectos positivos y negativos, siendo sobre éstos últimos sobre los que se trabajará, cuando logre superar alguna actitud negativa modificándola,

recibirá la aprobación instantánea de toda la Comunidad, si por el contrario persiste en su antiguo sistema de funcionamiento, que lo llevo a la destrucción, se le señalará, sin posibilidad de esconderse ante la comunidad, sin posibilidad de auto engañarse.

- El papel del grupo

La curación es definida como un aprendizaje de lo Comunitario, con regularidad las CT funcionan como sustitutas de una familia. Cada acción, cada actitud, cada gesto de un miembro del grupo es observado por el resto, quien le señalará a cada instante que efecto produce en su entorno.

Es una retroalimentación social continua y permanente enfrentándose con que sus actos pueden afectar a los demás y que tendrá que ver cómo puede reparar lo hecho y sobre todo cómo no volver a incurrir en lo mismo. Es un aprendizaje social hecho en la realidad y con la realidad. Cada miembro de la comunidad esta porqué así lo decide, porque es su voluntad quedarse y soportar la presión y el *feed-back* de sus demás compañeros con el firme deseo de cambiar su vida. La presión de los pares en un sentido positivo alentando a los miembros a ser positivos, con alto grado de participación e interacción.

- No suministro de drogas.

Es condición elemental que del tratamiento terapéutico sea sin drogas de ningún tipo. En los casos en que se necesite una "deshabitación" física progresiva y porque se pone en riesgo la vida de la persona, se dará el tratamiento adecuado y en lo posible este periodo deberá transcurrir fuera de la comunidad.

- Sin uso de rejas.

El tratamiento está en la posibilidad de ser interrumpido , traiga o no consecuencias negativas; pero nunca obligar a la persona a participar.

- No hay profesionales que curan.

En el sentido tradicional, el profesional no "cura", la persona es responsable de su propia cura, se responsabiliza de su tratamiento; recibirá el apoyo y ayuda que esté dispuesto a recibir, si la comunidad no cubre sus expectativas siempre habrá la posibilidad de que regrese al lugar de donde vino. No existen pacientes, cada miembro participa de un rol y funciones que llevan al adicto a ser un miembro útil ,productivo, realizado en sí mismo, de tal manera que después esto mismo lo traslade a la sociedad donde habrá que integrarse.

La CT tiene una filosofía:

Es un conjunto de valores que se vivencian y dan sentido a la vida del otro, compartiendo experiencias que enriquecen su cosmos; ya que para el último sentido de la vida humana, la respuesta no puede ser ya intelectual, tiene que ser existencial: no respondemos con palabras sino que toda nuestra existencia es la respuesta.

Los valores deberán ser explicados y se tendrá un control para que éstos se respeten y se evite el abuso de poder. A continuación exponemos brevemente los principales valores que procuramos formar e incrementar en la vida diaria y en el esquema psicológico de los niños.

Humildad.

El diálogo como encuentro de los hombres para la tarea común de saber y actuar, se rompe si sus polos (o uno de ellos) pierde su humildad, la pronunciación del mundo no puede ser un acto arrogante, donde no se observe la ignorancia propia, la virtud, la grandeza, la aceptación y el reconocimiento del otro. La autosuficiencia es incompatible.

Honestidad.

Conmigo, con los demás, con lo que siento, con lo que hago, con lo que me permito hacer con las relaciones que emprendo. Es fundamental emplear este valor en relación a lo agradable o lo desagradable, evitar los "permisos" para los desvíos si lo hago así solo se estará produciendo el auto engaño.

Responsabilidad.

Asumida no porque me lo exijan, sino contemplándose el individuo en su relación con los demás. Su objetivo es la reinserción social, ó la integración a la sociedad, ya que partimos del hecho de que el individuo siempre estuvo dentro de la sociedad, es más es producto de ella, por lo que nosotros nos proponemos integrarlo activamente en ella, ya que aunque en sociedad, permanecía ajeno a ésta.

Se debe organizar el tiempo diario del residente y éste debe dar razones de la organización de su tiempo. El tiempo de permanencia en la CT, dependerá de los logros previos que haya tenido el residente (logros escolares, laborales, grupos de contacto, etc.,) y de la familia como grupo de referencia

La recaída

Un abandono debe ser motivo de una investigación a manera de auto evaluación de la Comunidad y no tan sólo desvalorizando a la persona que lo abandona.

Ventajas y desventajas

Ofrece la posibilidad de concentrar en un tiempo bastante breve y en un espacio relativamente reducido, muchos instrumentos terapéuticos, durante la 24 horas, abarcando varias áreas social, educativa, laboral, legal, psicológica, recreativa ,artística y familiar.

El factor de aislamiento es importante para este tipo de problema, ya que el corte con la entorno anterior favorece la adquisición bastante rápida de una identidad comunitaria que sirve de marco para desarrollar una identidad propia que le permita construirse una vida mas humana ; pero hay que tomar en cuenta que el factor de aislamiento puede ser o convertirse en una fuente de desarraigo del medio social y familiar; se puede caer en el institucionalismo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Con base en el Marco Teórico anteriormente descrito se retoman como elementos básicos:

- a. El Modelo se aplica en Fundación Casa Alianza, por lo cual retoma su Misión y Filosofía como propios.
- b. Partimos del estudio del fenómeno del niño de la calle y de acuerdo con sus problemáticas y necesidades delineamos nuestros objetivos de intervención, por tanto:

Creemos imprescindible conocer y estimular las etapas de desarrollo psicológico del niño (a).
- c. Entendemos el fenómeno de las adicciones como un problema de alienación de sí mismo y producto de la ausencia de sentido.
- d. Retomamos el Modelo de Modelo de Modificación de Estrés Social de la OMS, que nos permite observar el consumo de sustancias en particular con nuestros niños.
- e. Para Análisis de las circunstancias cotidianas de la vida del niño en calle retomamos como esquema de observación el Modelo de Estrés Social de la OMS.
- f. Nuestra intervención es a nivel de prevención terciaria, es decir tenemos como objetivo detener o retardar la evolución del problema, en este caso la adicción al consumo de sustancias psicoactivas, para lo cual nos basamos en el modelo de Comunidad Terapéutica.

Capítulo 2

MODELO OLLIN

MÉTODO
DE TRABAJO

EL MÉTODO

"El método es la teoría puesta en movimiento, materializada como instrumento de investigación, es decir el paso de lo abstracto a lo concreto (...) los pasos del método constituyen la forma que reviste al proceso de investigación cuyo contenido se lo dan los postulados técnicos que sirven de fundamento metodológico". (Tecla, 1980, p.22).

Para fines de este trabajo, lo abstracto fue el Marco Teórico, ahora viene lo concreto, el Modelo de Atención para nuestros niños, que representa un proceso metodológico basado en los contenidos de cuatro estrategias de trabajo: Educativa, Clínica, de atención a la Salud, e Investigación.

La estrategia de trabajo retoma los postulados teóricos antes expuestos pero ahora con el sentido de llevarlos a través de intervención Educativa y Terapéutica a la práctica.

Las Estrategias se aplican dentro de un programa. Según Del Olmo (1994) un programa es un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí y metódicamente diseñadas, para la consecución de una meta. Un programa de prevención se elabora siguiendo los siguientes criterios:

- Se tiene que diagnosticar el ámbito concreto en el que se aplicara y las características del problema.
- El programa tiene que adaptarse a las personas a las que se aplicara, al entorno en el que viven y a la meta concreta que se piensa alcanzar.
- Tiene un plan concreto de acción con actividades diseñadas para abordar el problema en cuestión

El Diseño del programa tiene básicamente los siguientes pasos:

- Supuestos o filosofía del Programa.
- Análisis o diagnóstico de la situación problemática.
- Determinación de metas, u objetivos, previstos como solución a los problemas detectados.
- Líneas diferenciadas de actuación para alcanzar cada una de las metas previstas.
- Contenidos, estrategias de acción y medios que han de emplearse en cada una de las líneas de actuación.
 - Tiempo asignado para la realización de cada una de las líneas de actuación y para todo el conjunto del programa.
 - Criterios de Evaluación para verificar si cada una de las líneas de actuación alcanza o no la meta propuesta y si las diversas líneas alcanzan la meta general preventiva que se intenta.
 - Propuestas de retroalimentación , para subsanar las diferencias.
 - Planificación de acciones futuras, que garanticen la permanencia de los efectos producidos por el programa.

Para la estructuración del programa se toma como guía la propuesta que hace la Secretaría de Salud a través de Consejo Nacional Contra las Adicciones (Guía para...1994) que mencionan como Elementos Necesarios para la Elaboración de un Programa Preventivo los siguientes puntos:

- a. Datos de identificación
- b. Diagnostico
- c. Justificación
- d. Objetivos
- e. Estrategias
- f. Metas

1. DIAGNÓSTICO

Fundación Casa Alianza México atiende diariamente a 200 niños en residencia y anualmente a 470 en sus diferentes hogares. En su programa de Educadores de Calle, la institución atiende a 700 niños diferentes en todo el año. A lo largo de esta labor (desde 1994) Casa Alianza observó que un 90% de los niños que han vivido en la calle han consumido alguna vez inhalables o alguna otra droga, de ese 90%, el 70% son usuarios experimentales y el 30% restante tienen un consumo funcional o disfuncional.

Debido a la importancia fundamental de ayudar al niño o niña a abandonar las adicciones, en Casa Alianza, iniciamos con un grupo de Auto Ayuda (A.A.) era el año de 1992, la atención a la infancia con consumo de drogas se daba en el ámbito de atención psiquiátrica y por parte de grupos de Auto Ayuda, de existir algún otro tipo de atención nosotros la desconocíamos, pero aun de conocerla, para los niños de la calle era inaccesible. Podíamos llevar al niño a una consulta psiquiátrica, pero después ¿qué hacer?, el fármaco suministrado nunca fue suficiente para el logro de objetivos educativos y formativos, o bien, tras estar un mes o tres en un Anexo ¿qué continuidad en la atención del niño se debía dar?, las terapias del grupo de A.A., que básicamente eran sesiones de catarsis ¿cómo vincularlas a la vida cotidiana del niño, donde se manifestaba violento?

Muchas preguntas se hicieron, más tarde nos enteramos de la violencia ejercida en algunos Anexos, fue entonces cuando la necesidad de diseñar un modelo propio se hizo apremiante. Hicimos un diagnóstico de las necesidades de la población atendida y de nuestra intervención, y se concluyó que debíamos diseñar un modelo de intervención que partiera de la siguiente tesis: "La atención brindada a niños de la calle debe ser a mediano y largo plazo, promoviendo estilos de vida alternativos a su vivencia cotidiana en la calle, con estrategias de atención a su adicción".

Ante esta situación y considerando que por sí misma la adicción a las drogas es una enfermedad que altera el equilibrio físico, psicológico y espiritual de la vida de estos niños y adolescentes, Casa Alianza México, estableció como prioridad la creación de un programa para atender este problema. El criterio básico fue ofrecer una atención personalizada, profesional y terapéuticamente especializada. Así nació, bajo el nombre de "Ollin" (voz nahuatl que significa movimiento) nuestro programa de atención a niños que consumen sustancias psicoactivas

En el tiempo que lleva el Programa Ollin operando, se han recabado datos que refuerzan y orientan las actividades del mismo, así, los datos arrojados por la aplicación de las Cédulas del Sistema de Vigilancia Epidemiológico en Adicciones (SISVEA) organismo perteneciente a la Secretaría de Salud, muestran los siguientes datos en cuanto a características generales demográficas y de consumo de drogas entre la población atendida en el Programa (950 niños) de 1998 a 1999.

** Predomina el sexo masculino con el 82.7% y con una edad de 15-18 años: Se observa que abandonaron la escuela tempranamente, ya que, el 51.6% cuenta con primaria incompleta. El 96.1% son solteros y el 7.0% tiene hijos.*

** La mayoría se dedica a pedir dinero 44.1%, el 22.4% trabaja en diferentes tipos de servicio, sobre todo en lugares públicos abiertos 60.2%. El 12.3% es indígena y la mayoría no tiene contacto con su familia 55.8%.*

** El 44.5% tiene de 4 a más años de vivir en la calle y el motivo por el cual salieron de su casa fue fundamentalmente por maltrato físico recibido en su familia (31.9). Cabe señalar que el 62.9% acudió a la institución de forma voluntaria.*

** Patrón de consumo de drogas (basado en la droga de Impacto en el niño, es decir la droga con la que estableció proceso de adicción), los inhalables son la droga más utilizada, 27.6%, siguiendo la marihuana con 27.4% y en tercer lugar la cocaína con 18.5% y un poco más abajo el alcohol con 4.8% y el tabaco con 3.8%.*

** El tipo de consumo más frecuente es el experimental con 36.8%; el 8.9% declaró que a usado drogas por vía intravenosa y un 78.9% declaró que el consumo de drogas les provoca sensaciones agradables. Así mismo que los motivos por los cuales usan drogas son por distracción, curiosidad, gusto soledad, imitación 92.4%.*

** El 42.3% ha recibido algún tratamiento. El 61.2% tiene una opinión favorable del centro donde recibieron el tratamiento y 32.2% expresaron que acuden a sus amigos cuando tienen algún tipo de problema.*

2. PROCEDIMIENTO

A.- POBLACIÓN

El programa atiende a niños que han vivido en las calles y/o espacios públicos de la ciudad, que aceptan vivir en la Institución y dejar el consumo de drogas, con edades entre los 12 y 17 años de edad que son usuarios de drogas en fase experimental, funcional y disfuncional y que tienen la voluntad y cooperación necesarias para integrarse activamente al proceso terapéutico del Programa.

B.- OBJETIVO

Mejorar gradualmente la salud física y mental del niño* consumidor de sustancias psicoactivas, brindándole atención educativa, terapéutica y de rehabilitación que le permita integrarse activamente a la sociedad.

C.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS	NIVELES DE ATENCIÓN
1. Detectar niños que consumen drogas	Fase de Ingreso
2. Sensibilizar al niño para que acepte participar en alguna opción de tratamiento a su consumo de sustancias psicoactivas.	Fase de Inducción
3. Rehabilitar y dar tratamiento a niños consumidores de sustancias psicoactivas en Comunidad Terapéutica	fase Comunidad Terapéutica

D.- NIVELES DE ATENCIÓN

El Programa consiste en 3 Niveles de Atención:

I.- Ingreso

II.- Inducción

III.- Comunidad Terapéutica.

* Por política de la Institución se le llama "niño" a todo individuo que se tenga como población a atender, aunque por su edad y/o apariencia física sean ya adolescentes.

I. Ingreso

Nivel De Detección

OBJETIVO:

Detectar niños consumidores de drogas que podrían ser atendidos en el programa de Ollin

DESCRIPCIÓN:

El equipo de calle invita al niño a participar en Casa Alianza, a partir del principio de opción y voluntad de cada niño, ya que depende de su voluntad el éxito en su tratamiento, esto lo deben tener consciente tanto los niños como el equipo terapéutico.

ACTIVIDADES DE INGRESO

OBJETIVO	NIVEL
Detectar niños que consumen drogas	INGRESO

OBJETIVOS PARTICULARES	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS
Detectar niños consumidores de drogas	1.-Llenar Registro de Ingreso	Trabajador Social	Formato: Registro de Ingreso
Valorar el estado de Intoxicación	2.-Aplicar Revisión Médica Inicial	Enfermera	Formato: Historia Médica Inicial
Detectar cuáles son los niños que podrían ser atendidos en el programa de Ollin	3.-Aplicar Entrevista Inicial	Psicólogo	Formato: Entrevista Inicial
Iniciar la elaboración de historia de vida del niño	4.-Conformación del Expediente	Trabajador Social	Formatos: Registro de Ingreso, Hoja de Ingreso, Datos Informativos, y formatos de: Salud, Psicología, Trabajo Social y Reintegración Familiar.

Criterios de Inclusión al Programa:

Al llegar los niños a algún centro de Casa Alianza son registrados, en este proceso se detectan a los niños que han usado drogas y los que no las han usado. A los niños que sí han consumido drogas se evalúa su nivel de consumo de sustancias psicoactivas, para lo cual se les realiza un estudio con base en un instrumento que denominamos "Perfil de Adicción" (consultar anexo), y dependiendo de los resultados de éste se incorporarán a un seguimiento de Prevención o Tratamiento, según corresponda.

De la valoración del Perfil de Adicción (ver anexo página 166) se pueden derivar cuatro resultados:

- Consumo Experimental: uso por exploración, curiosidad, búsqueda de identidad, patrón de consumo variable.
- Consumo Funcional: la droga tiene un objetivo, sabe cuándo y cómo consumirla, no hay percepción de daño. De fin de semana, no hay alteración en la vida afectiva, escolar, laboral, de pareja. habitualmente la droga es relajada o compartida. No hay episodios de intoxicación. Se busca el giro de estado de ánimo, de las sensaciones de las percepciones, ésta es la primera señal de cronicidad de la droga.
- Consumo Disfuncional: Funciones psicológicas y sociales deterioradas, relaciones personales deterioradas. Uso regular durante la semana. Episodios de intoxicación. Compromiso escolar y afectivo. Inicio de deterioro de la vida de pareja y familiar. Aparece la vida dual, por un lado el mundo adictivo y por otro un compromiso forzoso con la sociedad, ésta es la segunda señal de cronicidad de la droga. Hay una fuerte presión del grupo.
- Consumo Dependiente: Poco control de consumo, No hay regla para conseguir la droga. No hay familia, pareja, escolaridad o trabajo. Búsqueda compulsiva de la droga. Impulsividad absoluta ante la abstinencia. Compromiso orgánico con la droga (trastornos neurológicos, hepáticos, cardiocirculatorios). Riesgo de destrucción del sistema Inmunológico: SIDA y hepatitis infecciosa B. Aparición de robo, conductas tramposas, mentiras, cambio absoluto de amistades, participación en la venta de drogas.

Los niños con un perfil Experimental o Funcional tendrán un seguimiento por parte de Prevención y los niños con un perfil Disfuncional o Dependiente, pasarán a formar parte del Programa de Tratamiento, por lo que iniciarán actividades en el nivel de Inducción.

En el caso de los niños con un perfil Funcional de alto riesgo (aquellos que además de su consumo disfuncional están pasando por un momento de cambio y crisis, con pocas habilidades intelectuales y/o sociales, y/o situaciones que pongan en riesgo su estabilidad emocional) deberán tener un mayor acompañamiento, con un programa de trabajo que fortalezca factores protectores, ubique y reduzca factores de riesgo en el estilo de vida del niño. Paralelamente se deberán hacer seguimiento periódico para ubicar si tiene necesidad o no de participar en algún tratamiento especializado en adicciones.

Criterios de Exclusión del Programa

Son niños que no podrán participar del programa:

- Niños que presenten problemas graves de visión, audición, o trastornos en el lenguaje que impidan su comunicación.
- Niños que presenten alteraciones de tipo motor que impidan valoración y participación.
- Niños con intoxicación aguda por cualquier sustancia, los que serán canalizados a servicio de urgencia hospitalaria, para posteriormente valorar su participación en Programa.
- Niños con cuadros orgánicos cerebrales agudos o crónicos de tipo Psiquiátrico como esquizofrenia, retraso mental cuadros depresivos severos, delirios, etc.
- Niños que requieren prioritariamente atención de especialidad médica neurológica, pediatría, cirugía, etc.
- Niños que están siendo atendidos por su problema de adicción en otras instituciones.

Todos éstos niños no podrán ser atendidos por nuestro modelo de Comunidad Terapéutica de manera directa y serán atendidos por Casa Alianza, buscando la mejor alternativa de canalización de caso.

Modalidades de Egresos

De acuerdo a la experiencia una cantidad considerable de niños que forman parte de la población que atiende Casa Alianza son niños que llevan varios ingresos, esto da lugar a crear criterios de reingreso, por lo general éstos se concretan a marcar algunas actividades guías de carácter general que se deberán realizar antes de que un niño reingrese, estas actividades son propuestas de acuerdo a la conducta observada por el niño la última vez de su egreso, tomando en cuenta los aspectos que se describen a continuación:

Las salidas voluntarias tienen que ver con: a) la adaptación del niño al Programa, b) su manejo de la abstinencia, c) su integración con sus compañeros, d) el grado de identificación que haya logrado con el programa y, e) el acompañamiento por parte de los consejeros. Por tal motivo a su regreso se tendrían que evaluar estos aspectos en el análisis de su caso.

Existen egresos por falta a la disciplina. La asimilación de normas requieren de tiempo y una adecuada atención por parte del programa y del niño por lo que a su reingreso tendrá que realizarse la evaluación anterior y establecerse un compromiso de respeto, colaboración y tolerancia. De mantenerse un comportamiento de falta de respeto y/o agresión hacia educadores, compañeros o destrucción de las instalaciones, el niño será canalizado a otra institución de egresar de ésta, no podrá reingresar.

- Hay egresos por un estado de crisis o por apatía y desinterés en su recuperación, dependiendo el caso serán las condiciones de reingreso del niño, pero en estos casos siempre deben plantearse actividades al niño previamente a su reingreso.
- Hay egresos planificados (canalizaciones hacia otras instituciones) , por una constante destrucción de la propiedad, por atentar contra la seguridad de los niños o algún miembro del personal o por observarse que el programa no está ayudando al niño en su proceso de recuperación.
- Hay niños que son dados de alta del Programa por haber concluido su participación en este nivel de atención. Estos niños pasan a Transición o a Hogares Grupales.

II. Inducción

Nivel de Sensibilización

OBJETIVO:

Sensibilizar al niño para que acepte participar en el Programa Ollin.

DESCRIPCIÓN:

Una vez que se detectaron los niños que consumen algún tipo de droga se les invita a participar de las actividades de Inducción que consisten de manera general en recibir y sensibilizar al niño a participar en un proceso educativo y terapéutico que le ayude y acompañe en el doloroso alejamiento del consumo de drogas a la vez se observan las posibles causas que generaron y mantienen el consumo de drogas, motivando la reflexión en el niño.

ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN

OBJETIVO	NIVEL
Sensibilizar al niño para que acepte participar en Ollin	INDUCCIÓN

OBJETIVOS PARTICULARES	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FORMATO
Informar al niño sobre lo que es Casa Alianza y en particular sobre el programa de Ollin	1.-Presentación de Casa Alianza y de Ollin.	Consejero	Ver actividad
Atender las necesidades básicas del niño	2.-Satisfacción de necesidades básicas, alimentación, albergue, vestido.		Ver actividad
Diagnosticar el estado de salud del niño	3.-Aplicar Historia Médica	Enfermera	Historia Médica
Conocer la historia de consumo de sustancias psicoactivas del niño.	4.-Aplicar Perfil de Adicción	Psicólogo	Perfil de Adicción
Promover motivación y disposición en el niño para que participe en Ollin.	5.-Actividades de sensibilización.	Trabajador Social o Responsable de Prevención	Ver Actividad
Vincular al niño a la Comunidad Terapéutica.	6.-Proceso de inmersión en Comunidad Terapéutica.		
Brindar atención a la salud	7.-Seguimiento Médico	Enfermera	Formatos de Seguimiento Médico

III. Comunidad Terapéutica (C.T) Nivel de Intervención

OBJETIVO:

Rehabilitar y dar Tratamiento a niños de calle consumidores de sustancias psicoactivas, con un perfil de adicción funcional de alto riesgo y/o disfuncional.

DESCRIPCIÓN:

La CT es un espacio de tipo residencial del Programa, es el lugar donde se reúne a un grupo de veinte niños con edades entre los doce y diecisiete años y que tiene adicción a algún tipo de droga. Es la etapa de crecimiento y de cambio, la etapa de reconocimiento de sí mismo, en ella el niño podrá participar o retirarse si no está dispuesto a emprender un camino que necesariamente implica un esfuerzo y voluntad.

En la CT se mantienen los niños que así lo deciden, siempre acompañados por la exhortación, la invitación, y la confrontación consigo mismos y con el grupo.

Se considera necesario un mínimo de cuatro meses para concluir con los objetivos de este nivel.

La CT en su estructura tiene cuatro fases:

Primera Fase

Semicerrada

El niño permanece aproximadamente un mes (a partir del analizar cada caso en lo individual esto puede incrementarse) sin salir solo de las instalaciones del hogar, en caso que desee salir es acompañado por un consejero, participa en la Comunidad descubriendo y *construyendo su consciencia y fortaleciendo su voluntad*.

Segunda Fase

Grupos de contacto individual

En esta fase se prepara al niño para que empiece a *conciliar su libertad y responsabilidad*. Sale acompañado y decide sobre sus grupos de contacto a nivel individual, diferenciando y reconociendo las personas que son, o no sus amigos o la inexistencia de ellos, tiene que decidir sobre el qué hacer en su tiempo libre y enfrentar la calle con lo que ello representa. En esta fase se le inscribe en un curso deportivo.

Tercera Fase

Grupos de contacto social

Aquí la red grupal del niño crece, además de sus grupos de contacto individuales, adquiere responsabilidades escolares, laborales o solidarias según corresponda. Se le preparará al niño para que en *contacto con su realidad*, él aprenda a decir no a las circunstancias y motivos que le promueven el uso de la droga e iniciar un proceso de *integración en la sociedad*. En esta fase se inscribe al niño a la escuela

Cuarta Fase

Integración

En esta fase se le prepara al niño para que aprenda a resolver los problemas prácticos con la familia, el trabajo, la escuela, la vivienda, la capacitación, manejo de dinero, tiempo libre, etc., para que sepa qué hacer con la *responsabilidad de su vida*.

Una vez que el niño ha alcanzado un nivel de *independencia, integración y autosuficiencia* se le integra al resto de la comunidad de Casa Alianza, Transición o un Hogar Grupal donde convivirá con niños que no han vivido su proceso, que no han sido dependientes de las drogas y que muy probablemente tendrán un tipo de concepciones y vivencias muy diferentes a las del grupo de donde sale.

Mientras permanezca en Hogar de Transición y Grupales acudirá periódicamente a CT para sanear situaciones conflictivas que requieran apoyo.

Para pasar de una fase a otra se hará una Evaluación del niño en CT, en base a su Plan de Vida que contiene los objetivos específicos que cubren con la intervención individual, (ver anexo página 146) y con su Participación en actividades, que contiene los objetivos del CT que se cubren con las atenciones a nivel grupal organizadas en la planeación de actividades.

ACTIVIDADES

Las actividades en la C.T. se basan en los contenidos conceptuales organizados en las cuatro estrategias antes mencionadas:

- 1.-Estrategía Educativa
- 2.-Estrategia Clínica
- 3.-Estrategia de Salud
- 4.-Estrategia de Investigación.

A. ESTRATEGIA EDUCATIVA

Pensamos en una educación donde resurjan las conciencias, que tendrá como resultado la inserción crítica en la realidad, no en el mundo sino con el mundo y consigo mismo; por ello identificamos la vida del niño como una situación límite, sabiendo que no son la "situaciones límite", en sí mismas, generadoras de un clima de desesperanza, sino la percepción que los hombres tengan de ellas en un momento histórico determinado, como un freno para ellos, como algo que ellos no pueden superar. "En el momento en que se instaura la percepción crítica en la acción misma, se desarrolla un clima de esperanza y confianza que conduce a los hombres a empeñarse en la superación de las "situaciones límite" (Freire, 1970, p.117). La superación solo puede verificarse a través de la acción de los hombres sobre la realidad concreta en que se dan las situaciones límites, nuestros niños viven en una situación límite, pero creemos que es superable con trabajo que empape a los niños y educadores de la necesidad de ser libres dentro de la realidad misma sin huida hacia el vacío que conduce a la autodestrucción, aprendiendo - enseñando a encarar al mundo creemos que es el camino para dejar la adicción.

En este sentido tenemos dos principios: primero observar lo que los niños necesitan, observar las necesidades que llena el tóxico y no lo que nosotros imaginamos que necesitan; y segundo, observar lo que los niños están dispuestos y decididos a hacer, y no lo que nosotros estamos dispuestos a hacer en beneficio de ellos, sabiendo que, el animal no puede comprometerse, su condición histórica no le permite asumir la vida, pero el hombre sí puede hacerlo, en medida que desde niño se le cimienten la bases para ello, a través de la transmisión de valores, de la formación de

expectativas de vida y conciencia de realidad. Los temas educativos no deben ser ni demasiado explícitos - digeridos ni demasiado enigmáticos incomprensibles, inabordables, deberán tener apertura hacia otros contenidos y, basados en la necesidades que presenta, lo que promoverá sensibilidad y razón hacia ellos. Lo anterior promoverá conciencia posible superando la conciencia real. Concientización que prepara a los hombres en el terreno de la acción para la lucha contra los obstáculos a su humanización.

En la reeducación el niño aprende cómo vivir activa y creativamente en sociedad lo que requiere de la adquisición de nuevas habilidades. Toda educación depende de la lectura de realidad que se haga e interviene en un segmento de ésta, por eso en los siguientes párrafos se describen aspectos a intervenir particularmente sobresalientes de la problemática del niño por lo que se convierten en objetivos de trabajo.

CONTENIDOS

1.1 LA CONCIENCIA

"El hombre se halla en constante interdependencia con el medio ambiente. Numerosos objetos y fenómenos de la realidad circundante actúan sobre sus órganos sensoriales y son reflejadas por el cerebro en forma de sensaciones, representaciones, ideas, sentimientos y aspiraciones, provocando como reacción determinados actos del sujeto. El mundo real reflejado por el cerebro humano en forma de fenómenos psíquicos constituye el mundo subjetivo del Hombre, reflejo o imagen del mundo objetivo." (Smirnov. 1960.p17).

El niño, al nacer, tiene una familia y una sociedad que lo protege y apoya en el desarrollo de su vida. Al ir creciendo va adquiriendo determinadas concepciones sobre el mundo que lo rodea y actúa en consecuencia. Pero, ¿qué pasa cuando un niño nace y no tiene la protección adecuada de una familia, ni el apoyo pertinente de la sociedad ?. Obviamente este niño tendrá una concepción sobre el mundo que lo rodea muy diferente a el niño anterior y por lo tanto actuará en consecuencia, según lo aprendido. Si una persona llamada educador pretende influir en estos niños tendrá que tomar en cuenta que la conciencia de realidad del primer niño es muy diferente a la del segundo y por tanto su forma de acercamiento tendrán que ajustarse a partir de los elementos propios de cada uno.

Luego entonces, nuestra percepción y asimilación del mundo, está intrínsecamente ligada con el mundo real en que se vive y ello crea la conciencia. La Conciencia es la forma superior de reflejo de la realidad y es específicamente humana porque tiene la particularidad de efectuarse por medio del lenguaje, forma especial de relación entre los hombres que comunica sus pensamientos y que influye sobre los otros y que permite denominar verbalmente (con ayuda del idioma) los objetos y los fenómenos, permitiendo al hombre darse cuenta del contenido de sus impresiones, es decir hacerlos conscientes.

Hay reflejos conscientes y reflejos no conscientes todo depende de la significación, utilidad o motivación que tenga el individuo a la presencia del estímulo. En el hombre no todos los fenómenos se hacen conscientes, pero sí todos los fenómenos tienen la posibilidad de hacerse conscientes, esto dependerá del significado o motivación que puedan tener para él. Sin embargo como regla general el reflejo consciente aparece cuando el hombre necesita aislarlo para resolver alguna tarea cognoscitiva o práctica.

Estas tesis nos apoyan para afirmar que podemos enseñar al hombre a hacer conscientes los fenómenos que lo rodean y formarle un proceso de reflexión sobre la realidad, siempre y cuando partamos de los elementos que el percibe directamente en su contexto social.

La toma de conciencia de realidad, permite al individuo conocer el terreno donde se mueve o moverá, previniéndolo de las habilidades, aptitudes y actitudes que tendrá que desarrollar para poder sobrevivir.

En el caso del adicto encontramos que el individuo a elaborado todo un mecanismo que lo aparta de su realidad de la cual no quiere y/o no puede tomar conciencia, porque ello implicaría aceptar una serie de condiciones dolorosas, de responsabilidad y trabajo para las cuales carece de elementos que le permitan enfrentarias.

En el proceso de conscientización del hombre (es decir crearle conciencia de realidad y provocar que se de cuenta de "algo"), en este caso del niño adicto, tenemos que retomar una serie de características que particularizan nuestro campo de trabajo:

- Trabajaremos con un sector marginal de la población
- Esta población son niños y adolescentes

- Son usuarios de drogas

- Las posibilidades de "integración", (o reinserción social, como le llaman algunos) son en la gran mayoría de los casos limitadas a las posibilidades reales de cada individuo al cumplir la mayoría de edad. Cada una de estas características determina la línea que debe seguir el proceso de conscientización que se debe seguir en el programa y que de manera general podemos señalar de la siguiente manera:

- El trabajar con una parte de población marginal nos habla de cualidades a tomar en cuenta para cumplir con nuestro objetivo; enfermedad, desnutrición; nulo o retrasado nivel escolar, temprana presencia de habilidades de sobrevivencia que conllevan al individuo a reducir su acción en el mundo al solo comer, dormir y a una pseudo libertad; alienación cultural y un deficiente nivel de maduración psicológica entre otras.
- El que nuestra población sean niños y adolescentes implica, conscientizar tomando cuenta que, nos encontramos ante un individuo que está en proceso de formación de su personalidad; que cuenta con una área afectiva en proceso de maduración; con una inteligencia a nivel concreto y con un bajo nivel de estimulación en su desarrollo y que además están impregnados e una cultura de "callejerización" que los seduce.
- El conocimiento psicológico de las personas, así como su educación y enseñanza están estrechamente unidos entre sí. Solamente conociendo la psicología de los individuos se les puede educar, enseñar, formar su psiquis, su conciencia y su personalidad.

El ser adictos implica la evitación de la realidad misma, ¿cómo lograr que la enfrenten?, pues partiendo del hecho de que el conocimiento de la realidad que los orillo a alejarse de ella es parcial y que esa parcialidad es la causa fundamental de la huida, el hombre, y con mayor razón el niño, al conocer tan solo una parte hace conjeturas que se alejan de la realidad misma y pone responsables, culpas, complejos, miedos en donde no corresponden, en este caso en la individualidad de la persona, en el niño.

Luego entonces, enseñar al niño a conocer el mundo, acercarlo a él de manera analítica, propositiva y actuante es el medio y la forma para crearle un proceso de conscientización que lo acerque a su realidad próxima, no tan sólo para conocerla , sino también para cambiarla, de inicio, en su persona misma, pero siempre en relación e interacción con el medio.

Al orientar a los hombres en el mundo objetivo, la actividad psíquica (es decir el reflejo de la realidad objetiva en la corteza cerebral por medio del lenguaje) les permite transformar a su vez el medio que influye sobre ellos. Si el hombre no refleja la realidad no puede tampoco actuar sobre ella. En la medida en que transforma su realidad, se transforma así mismo.

Las posibilidades de integración del niño al mundo, al mundo que lo excluyo, se tornan complicadas , no solo por la posibilidad de que el niño quiera integrarse, sino por el hecho de el como se va a integrar, que va a hacer, que lugar va a ocupar, con quien va a compartir o de quien o que va a ser acompañado, en fin para que integrarse, que valor tiene. Todo ello y seguramente más implica el proceso de integración a la sociedad, para ello habrá que vivir los valores de la humanidad en comunión con el niño, que lo orienten en el encuentro de una razón para su vida, proceso delicadamente doloroso que el individuo debe sufrir, en el cual deberemos estar preparados para brindarle acompañamiento, orientación, sentido de realidad, libertad y responsabilidad.

Características de la conciencia

- Capacidad de tener consciente algo.- que es la cualidad de tener conocimiento sobre el mundo que la rodea, para ello se sirve de procesos cognoscitivos más importantes como son las sensaciones y las percepciones; la memoria; la imaginación y el pensamiento.
- Diferenciación de yo.- Es la cualidad que nos permite diferenciar el yo, del no yo , proceso que se lleva a cabo en la formación de la autoconciencia del hombre.
- Dirección de la actividad.- que nos permite dirigir la actividad hacia fines determinados, basados en motivos bajo los cuales se forman resoluciones volitivas, vías para ejecutar la acción, conexiones necesarias, etc.
- De relación.- La conciencia determina la relación del hombre con la realidad que lo rodea y consigo mismo donde se incluyen los sentimientos , emociones y relaciones interpersonales.

1.2. EL DIÁLOGO

Nuestro papel no es hablar con el niño sobre nuestra visión del mundo, o intentar imponérselo, sino dialogar sobre su visión y la nuestra, partiendo de que su visión del mundo se manifiesta en las diversas formas de su acción, lo que refleja su situación en el mundo y el mundo que lo constituye.

A fin de que haya comunicación eficiente es preciso que el educador conozca las condiciones estructurales en que el pensamiento y el lenguaje de las personas se constituyen dialécticamente. Hay formas de dialogo e interacción que llevan más fácilmente a la reflexión que otras. Cualquier cosa que lleve al niño a distanciarse de sus propios actos, a girar en torno a su propia actividad, es probable que le conduzca a comprensiones súbitas y a ganar en perspectiva...nuestro sistema educativo debe basarse en un modelo de enseñanza de dialogo, rehabilitación y socialización.

Empezar a observar, escuchar, sentir, hablar, dialogar son formas en las que buscamos auto educarnos y formarnos conciencia de sí y de los otros dentro del mundo combatiendo el sentimiento del sin sentido, de la sin razón para vivir.

1.3. FORMACIÓN DE CONCEPTOS

Freire (1970) nos dice, la educación auténtica no se hace de A para B o de A sobre B, sino A con B, con la mediación del mundo. Mundo que impresiona y desafía a unos y a otros originando visiones y puntos de vista en torno de él. Entonces, el conocimiento que tengamos de la psiquis del un niño , nos permitirá y determinará el grado de influencia que tengamos sobre el. Es decir la base de conceptos y puntos de vista que tenga el niño serán los que puedan o no, dar pauta a un nuevo aprendizaje o asimilación de representaciones o conceptos nuevos.

Cuando los conceptos, ideas y puntos de vista con que se encuentra el individuo al relacionarse con los demás están de acuerdo con las influencias que él ha experimentado directamente, entonces, estos conceptos, ideas y puntos de vista se asimilan fácilmente, se hacen parte de su conciencia y lo arman para la vida. Pero sí contradicen la experiencia directa del individuo, incluso cuando en virtud de su conexión con lo que sabe los pueda comprender, tales conceptos ideas y puntos de vista siguen siendo extraños para el, no tienen efectividad, no se asimilan y, en realidad , no se transforman en ideas y conceptos propios. Los conceptos , las ideas y los puntos de vista que actúan sobre el hombre son una gran fuerza motora en su vida , pero solamente bajo la condición de que en ella misma encuentra base para su asimilación y fijación.

Sírvanos lo anterior para confirmar que si queremos que el niño aprenda a amar él debe haber tenido la noción de qué es el amor, haberlo experimentado, haberlo interiorizado en algún momento, si no es así le estaremos hablando en el vacío; por tal motivo tendremos que en la vía de la práctica, en la vía de los hechos, darle amor al niño y a su vez enseñarlo a dar, que en el dar descubrirá lo que tiene dentro.

Cuando a un niño lo queremos mantener en el hogar, a partir de la creencia nuestra y no la de él, de que es lo mejor para el desarrollo e su vida, nos enfrentamos al fracaso. Tendremos que empezar desde lo elemental, que el aprenda a observar ambos medios, de tal manera que se pueda forjar un juicio y entonces elegir lo que él concluya más adecuado.

Para realizar esta tarea, comencemos conociendo sus conceptos, sus experiencias , sus valores, sus principios y tal vez, por que no, el motor de su vida y vayamos recreando en comunión y dialogo con él, elementos que le permitan abrir su campo perceptual, ubicarse en su contexto, siendo crítica de su vida, de las circunstancias que le rodearon y observar las posibilidades de cambio. Cuando hacemos una pregunta al niño, iniciamos un proceso de aislamiento de estímulos que lo llevan a la respuesta. De tal manera orientamos la dirección de la observación, motivando la reflexión que puede hacer consciente lo que probablemente no lo era.

En términos de conciencia, tendremos que empezar a enriquecer el vocabulario del niño recreando nuevas palabras, que serán nuevos conceptos, que en su asimilación darán un giro a su vida.

1.4. LA VOLUNTAD.

Creemos que en el trabajo con las personas es preciso partir de las necesidades de éstas, y no de nuestros propios deseos, por buenos que éstos sean; en ocasiones se necesitan objetivamente algunos cambios, pero la conciencia subjetiva de ellos no ha madurado aún por lo que las personas no se muestran dispuestas ni decididas llevarlas a la práctica, en éstos casos tenemos que esperar con paciencia e introducir la reforma sólo cuando, gracias a nuestro trabajo, haya madurado la necesidad, es decir dentro del trabajo que debemos realizar con el niño está el generar las condiciones para la reflexión que promueva disposición y decisión para cambiar su práctica, porque de lo contrario quedaremos aislados.

Para facilitar el que una persona pueda darse el placer de decidir sobre sí mismo requiere de las condiciones que se lo permitan y estimulen, y el niño de la calle tiene carencia de ello, lo que nosotros haremos es acercarlo a estas condiciones y promover que él observe y descubra de sí mismo todo su potencial.

El hombre descubre que poco sabe de sí mismo y de su lugar en el cosmos y se preocupa por saber más y liberarse, pero los oprimidos, los marginados tienen una carga de opresión que los limita y los hace dependientes de esa opresión, dependen de esa sombra y comienzan a tener ánimo de superar esa dependencia cuando se da cuenta de ella. Expulsar esa dependencia implica que ese espacio debe ser llenado por ellos mismos, por su autonomía, su responsabilidad y por el reconocimiento crítico de tal situación. Lo anterior implica una lucha entre desalienarse o mantenerse alienados, entre ser espectadores o ser actores, entre actuar y tener la ilusión de que actúan, entre decir la palabra o no tener voz, castrados en su poder de crear y recrear en su poder de transformar el mundo....este dilema es el dilema que la pedagogía debe enfrentar.(Freire, 1970, 39)

Desde el punto de vista de Freire (1970), la liberación es un parto, un volver a nacer y éste es el punto de partida para iniciar la educación de la persona adicta a las drogas, es el inicio de una nueva oportunidad a partir de una educación que emerja de sus propias necesidades y conceptos, no haciéndolos objetos de tratamientos humanitarios o promocionales sino con el trabajo educativo que debe ser realizado para y con ellos.

Siguiendo el concepto de educación de Freire (Op. Cit.) retomaremos dos momentos en el proceso educativo, que él menciona: el primero en el que los oprimidos van descubriendo el mundo de la opresión y se van comprometiendo, en la praxis, con su transformación y; el segundo en que una vez transformada la realidad opresora, esta pedagogía deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación. Quienes lo realizan deben asumir una nueva forma de estar siendo, ya no pueden actuar como actuaban, ya no pueden permanecer como estaban siendo, ni tener la auto desvaloración que habían introyectado (de tanto escuchar, que no saben nada que no pueden saber, que son enfermos indolentes, que no producen, terminan por convencerse de su "incapacidad", lo que los orilla a no confiar ni en sí mismos).

1.5. INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD

La socialización es el apoyo directo que se le brinda a los niños para su integración a la sociedad. Es característico que los niños inhaladores y/o que se drogan con otras sustancias, sean vistos por nuestra sociedad como delincuentes o como si no fueran seres humanos. El modelo de atención tiene como uno de sus objetivos fundamentales la integración del niño a la sociedad, como un alguien pensante y que aporta a la misma, como alguien que se considera dentro de ella activa y propositivamente, por ello la educación para el trabajo se vuelve eje central.

ACTIVIDADES DE ESTRATEGIA EDUCATIVA

OBJETIVO	NIVEL
Rehabilitar y dar Tratamiento a niños de calle consumidores de sustancias psicoactivas, con un perfil de adicción funcional de alto riesgo y/o disfuncional.	COMUNIDAD TERAPÉUTICA (C.T.)
Intervención Educativa	Estrategia Educativa

OBJETIVOS PARTICULARES DE LA ESTRATEGIA	INDICADORES DE CAMBIO	DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS
Educar la conciencia	*Busca afirmarse como individuo autónomo y responsable. * Participa en actividades. * Acepta la disciplina.	1.-Educación para el trabajo	Terapeuta Consejero de Plan de Vida y/o Trabajador Social.	Taller de Educación para el Trabajo.
	*Conoce los sucesos de la vida política y social lo que le permite contactarse y ubicarse en su entorno.	2.-Contacto con el mundo	Terapeuta	Breviario
	*Identifica elementos de su personalidad, actitudes, y aumenta el campo de su percepción reflexionando sobre sí y el cómo está siendo en y con el mundo.	3.- Autoobservación	Terapeuta	Breviario
Fomentar el diálogo con el niño	* Se Distancia de sus propios actos. *Propone objetivos de Proyecto de Vida. *Dialoga y escucha diferentes puntos de vista. *Cumple con objetivos y actividades de Plan de Vida.	4.-Plan de vida	Consejero de plan de Vida.	Manual de Plan de Vida
Formación de conceptos	* Aprender a nombrar sus sentimientos y valores. * Elige y describe situaciones que le llaman la atención. * Enriquece su forma de compartir en tribuna..	5.-Concepto del día	Consejero Operativo	Breviario
Educación de la voluntad	* Cumple tareas concretas para la etapa presente y futura. * Toma decisiones,	6.-Actividades de voluntad	Terapeuta	Breviario

	<p><i>*Tiene actitud consciente e interesada hacia sus tareas.</i></p> <p><i>*Supera las contradicciones y los conflictos.</i></p> <p><i>* Resuelve nuevas tareas.</i></p> <p><i>*Desarrolla habilidades de concentración, procesos de memoria, comprensión verbal, etc.</i></p>	7. Resolución de Problemas.	Terapeuta	Breviario
	<p><i>* Cumple compromisos.</i></p>	8.-Proposito del día	Consejero Operativo.	Breviario.
	<p><i>* El niño colabora con cuidado y calidad en las tareas asignadas de manera constante.</i></p>	9.-Formación de hábitos	Consejero de Plan de Vida	Breviario
	<p><i>*El niño toma en sus manos el ritmo de su proceso.</i></p>	10.-Cuadernillo de fases	Consejero de Plan de Vida	Cuadernillo de Fases
Integración a la sociedad	<p><i>*Se responsabiliza de su aprendizaje.</i></p> <p><i>*Se enumeran cosas aprendidas.</i></p> <p><i>*Asiste a la escuela.</i></p>	11.-Actividades escolares formales	Trabajador Social	Breviario
	<p><i>*Participa en educación formal con responsabilidad</i></p>	12.-Capacitación	Trabajador Social	
	<p><i>*Analiza, planea y se compromete con el grupo.</i></p>	13.-Asamblea	Terapeuta	
	<p><i>*Intercambia y acepta al otro.</i></p> <p><i>*Tiene y cumple con su actividad o lugar de colaboración.</i></p>	14.-Servicio	Trabajador social	
	<p><i>*Se integra a la cultura y estructura propia de otro hogar.</i></p> <p><i>*Forma vínculos con otros compañeros o consejeros.</i></p>	15.-Proceso de Inmersión Transición Hogares	de a y/o	

B. ESTRATEGIA CLÍNICA

Al niño hay que curarlo de la vida, que le tocó vivir en la repartición, y que le cierra los caminos, para ello se requiere un clima social de seguridad psicológica y de compromiso afectivo, que actúa creando un territorio libre de paranoia y celos.

2.1. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Haciendo una revisión de modelos de atención a adictos, fundamentalmente los modelos de aplicación en América Latina (Programa de atención a niños usuarios de inhalantes y drogas en Casa Alianza Guatemala, Casa Alianza Honduras, Comunidad Popular Peña Carlos Gardel y Comunidad Terapéutica Gradiva en Buenos Aires Argentina y tomando referencias del modelo Europeo llamado Proyecto Hombre, del modelo estadounidense Daytop y la pedagogía de A.S. Makarenko) se concluyó la necesidad de brindar una atención basándose en la filosofía y método de una Comunidad Terapéutica, que proporciona las formas organizativas de la atención terapéutica en grupo.

Existen diferentes tipos de Comunidades Terapéuticas, por su origen ésta es de carácter privada; por su ubicación, urbana; por su forma de operación es mixta ya que esta operada por un equipo terapéutico interdisciplinario, compuesto por profesionales de distintas áreas y personas que alguna vez fueron usuarios a alguna droga que están rehabilitadas y que cubren el perfil solicitado para trabajar como educador en el programa; de carácter laico y respetuosa de las creencias de tipo personal con respecto a alguna religión y por su estructura esta organizada a diferentes niveles de participación en la ejecución, supervisión y evaluación de la misma.

Nuestro modelo requiere:

- Que se rescaten de él sus vivencias afectivas y culturales positivas, rescatando su historia , escenario de lo que él es ahora, ya que de lo contrario se puede producir un desajuste cultural, una carencia de pertenencia, lo que lo lleva a incrementar su sentimiento de inadecuación y extrañamiento.

- Reconstruir su sistema de realidad que requiere lectura de realidad y sus formas de integración al medio, enseñándolo a codificar el mensaje en términos de acción y recreando problemáticas que el niño pueda vivencia y re elaborar, para ello podrían servirnos los psicodramas; la

asignación de roles en base a la necesidad de cada niño, procurando que encaje con el rol interiorizado para que éste logre manifestarse (los tristes, los alegres, los que bailan, los que observan), representación de temas simbólicos y/o conmemorativos significativos para el niño.

- Promover en el motor del cambio, ya que un punto central del desarrollo y de la cura es la resistencia al cambio vinculándolo a un proceso de liberación.

- Contención psicológica a través del diálogo, método que consiste en una cooperación tendiente a devolver y resolver síntesis dentro de un sistema de contradicciones y un ir y venir de lo concreto a lo abstracto

- *El grupo debe poseer tres principios básicos: pertenencia, cooperación y pertinencia lo que conformara un grupo fuerte , con la ausencia de éstos habrá un grupo débil, donde la violencia sea lo que se respire. El grupo tiene como finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas (la tarea) y manifestadas en el campo colectivo y no tan solo en el de cada uno de sus integrantes, todo ello de manera paulatina ascendente y constante.*

- En el momento del contacto en terapia grupal la distribución de los asientos debe ser en círculo, observando el lugar elegido por cada miembro, su posición , entradas, salidas , su posición desde afuera; promover la apertura del grupo, el calentamiento de los ánimos; diagnosticar cómo está la situación, violenta, alegre, destructora; identificar qué roles están jugando los líderes; observar la acción a emprender; ejecutar lo que se trae programado o derivarlo de la situación cuando esto sea necesario; cerrar dejando al mismo tiempo la semilla de que continuará.

2.2. REHABILITACIÓN

Se entiende por rehabilitación un proceso contrario a tratamiento, porqué al niño no se le trata como enfermo o paciente, sino como persona activa que tendrá que desarrollar responsabilidad personal y autodeterminación. Para ello requeriría de habilidades que le permitan un manejo y control de emociones , un repertorio de comportamientos y un compendio de conocimientos que le permitan una adecuada resolución de problemas de la vida cotidiana.

El proceso de rehabilitación implica:

- Que se promueva en el niño autonomía y autodeterminación. Es de suma importancia indicar al niño su lugar y función en sociedad y prepararlo para ello, anticipando sus crisis y angustias, lo que es característico en el adolescente, para ello debemos tener presente su maduración sexual, su maduración afectiva, capacidad de elegir, la organización en su personalidad, el qué se asuma así mismo frente a su familia y frente a la sociedad.

- Que se distribuya el "problema", no haciéndolo depositario del mismo, es decir tener la sensibilidad para observar qué de mi depósito en el otro, cuándo le nombro su problemática y hacerme responsable de lo que a mi persona corresponde. Bajo esta lógica todos conformamos la Comunidad, todos somos parte del proceso. Toda la habilidad del terapeuta está en no absorber la problemática, sino en devolver al niño el conflicto elaborado para que él pueda volver a proyectar su destino desde su individualidad. Metámonos en su problema para después salir juntos, siempre dentro aunque desde afuera bien cimentados, meterse en los zapatos del otro, en ambos sentidos, favorece la empatía.

- Evaluación que utilizamos para medir los cambios en el proceso enfermarse - curarse, sino que también proporciona material para la construcción de interpretaciones que nos permiten observar el miedo a la pérdida y el miedo al ataque coexistentes en el individuo y que le provocan ansiedad, a la cual deberemos estar alertas, dándole nuestra propuesta, un aquí- ahora- conmigo y en la tarea.

- El aquí y el ahora define la situación grupal, la interacción, la adjudicación y asunción de roles, las formas de comunicación, fantasías que generen la interacción, los vínculos entre los integrantes, los modelos que orientan la acción, los objetivos y la tarea prescrita.

- Conmigo, porque se promueve la auto observación, la adquisición de identidad, la valía personal, la diferenciación de los demás como sujeto individual, cada quien tiene definido su papel a partir de lo que es, la auto estima, el proyecto de vida, conmigo, por qué me rescato a mi mismo.

- En la tarea realizada el individuo adquiere o recupera un pensamiento discriminativo social, por el que progresivamente y a través del aprendizaje se produce la experiencia correctora, logra conciencia de su propia identidad y la de los demás en su nivel real, además la tarea puede servir para recrear el objeto perdido, elaborar la situación perturbadora y promover el *insight*- un aprendizaje de la realidad.

2.3. ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Por sus condiciones generales de vida, el niño, no logró consolidar procesos de maduración psicomotriz, cognoscitivos y afectivos por lo que dentro de esta estrategia se contempla la estimulación del desarrollo psicológico del niño en las áreas afectiva e intelectual. Para consolidar procesos de maduración es necesario proporcionar al niño un ambiente sano, equilibrado y estimulante, que ofrezca los elementos indispensables para los cambios, el aprendizaje, el manejo de las crisis y la búsqueda del sentido de la vida.

2.4. SENTIDO DE VIDA

Se trabaja el vacío existencial que el niño trae consigo y que tiene como sintomatología desde la perspectiva de Frankl (1978), depresión, agresión y adicción, producto del sentimiento del sin sentido, de la sin razón para vivir, por lo que formarse una razón para vivir y desarrollar una actitud que le permita enfrentarse a sus condiciones de vida son objetivos de ésta estrategia.

Al niño hay que curarlo de la vida, de la vida que le toco en la repartición, y que le cierra los caminos, cambiar su percepción inconsciente de la vida es fuente que puede enriquecerle para que genere su Proyecto de Vida "vivir sin objetivos personales, sin desafío personal, la vida del consumidor pasivo, es una injuria constante a la libertad, un mal de espíritu" (Certecov, 1985, p88) y luego de que se decida a vivir se le podrán atender todos los complejos, somatizaciones e interpretaciones que se requieran.

2.5. ATENCIÓN INDIVIDUAL

En la atención individual se realizan estudios e investigación a nivel médico, psiquiátrico, psicológico y social del niño, que ubique en el tipo de abordaje y objetivos a alcanzar con él, conociendo su desarrollo psicológico, su perfil adictivo, consumo y características actuales de su consumo de drogas, dinámica familiar, relación social, habilidades de socialización.

5.6. ATENCIÓN GRUPAL

En la atención grupal se trata de formar grupos operativos, cultura colectiva que exige la comunidad terapéutica para formar grupos cohesionados que fomenten el auto crecimiento y la presión entre sus miembros; paralelamente se brindarán seminarios y actividades terapéuticas, de hábitos, capacitación, rehabilitación, generación de conocimientos escolares, artísticas, recreativas, y de operatividad.

En un modelo comunitario, se requiere de un clima social de seguridad psicológica y de compromiso afectivo, que actúa creando un territorio libre de paranoia y celos en cada uno de sus integrantes, todo ello de manera paulatina ascendente y constante.

ACTIVIDADES DE ESTRATEGIA CLÍNICA

OBJETIVO	NIVEL
Rehabilitar y dar Tratamiento a niños de calle consumidores de sustancias psicoactivas, con un perfil de adicción funcional de alto riesgo y/o disfuncional.	COMUNIDAD TERAPÉUTICA (C.T.)
Intervención Clínica	Estrategia Clínica

OBJETIVOS PARTICULARES DE LA ESTRATEGIA	INICADORES DE CAMBIO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FORMATOS
Organizar la vida del niño en el hogar con el modelo de C. T.	*Conoce los valores y reglas de convivencia en la C.T. *Es honesto, reconoce errores,	1.-Cultura grupal	Terapeuta	Ver actividad
	*Conoce la filosofía y principios de Casa Alianza.	2.-Filosofía y principios de Casa Alianza		
Rehabilitación	*Reconoce su problema de abuso de sustancias. *Identifica situaciones de estrés, necesidades, actitudes, comportamientos, cambios orgánicos, etc., como señales de riesgo.	3.-Enseñanza de Habilidades para enfrentar la abstinencia.	Psicólogo	Ver actividad
	*Identifica situaciones de riesgo. Sabe pedir ayuda.	4. Prevención de Recaídas.	Terapeuta.	
Estimulación del desarrollo psicológico del niño	*Analiza, clasifica, establece semejanzas y diferencias. *Observar lo específico de un objeto, cualidades y propiedades de las cosas, representaciones y causalidades. *Adquiere mayor lenguaje, conocimiento, madurez y experiencia práctica.	5.-Programa de Estimulación del Desarrollo	Psicólogo Terapeuta.	Taller de estimulación del Desarrollo
Promover que el niño identifique razones para vivir. Sentido de la vida.	*Mantiene una actitud positiva y de esperanza. * Cree en un poder superior. * Cree en sí mismo, en todo aquello que le da valor.	6.-Taller de Espiritualidad	Terapeuta.	Documentos de Talleres de Espiritualidad y de Motivación
	*Reconoce sus valores de creación, vivenciales y de actitud. *Da sentido a su sufrimiento. *Resignifica el placer y el dolor. *No amenaza con dejar el tratamiento.	7.-Taller de Motivación		
Brindar atención	*Etapa diagnóstica.	8.-Entrevista Inicial		Plan de Intervención

Individual al niño	*El niño identifica aspectos a trabajar consigo mismo: síntomas y desórdenes que le causan sufrimiento.	9.-Terapia Individual	Psicólogo	Psicológica Entrevista Inicial Historia Clínica de Psicología Entrevista Individualizada a Formato Único de Reintegración Pruebas Psicométricas Formatos de Atención a la Salud En caso necesario Formatos de Plan de Vida
	*Se obtiene un marco referencial sobre la problemática del niño.	10.-Elaboración de Historia Clínica Psicología		
	*Se analiza el momento actual del niño. *Se diagnostican factores de protección.	11. Aplicación de Entrevista Individualizada	Psicólogo	
	*Se observa la dinámica familiar y la posibilidad de ser reintegrado.	12.-Estudio Familiar	Psicólogo	
	*Se valora daño en funciones psicológicas.	13. Aplicación de estudio psicométrico.	Psicólogo	
	*Se evalúa daño orgánico.	14. Valoración Neurológica.	Psiquiatra. Médico	
	*Se atiende daño orgánico.	15. Valoración Psiquiátrica y tratamiento farmacológico.		
	*Se reconoce el estado de salud del niño.	16. Valoración pediátrica.		
Atención Grupal	*Se crea conciencia en el grupo acerca de la importancia que tiene la participación de todos en la C.T., en el proceso terapéutico de cada uno.	17.-Terapia de grupo	Psicólogo y Consejero	Terapia de grupo Terapia de Confrontación Ronda de Señalamientos Liberación de Sentimientos Terapia de Confrontación Especial Terapia de Confrontación de Pares Grupo de Auto evaluación y <i>Feedback</i> Encuentro de la Mañana Taller de Auto Estima
	*Mejora su conducta en el grupo con apertura y asertividad hacia las críticas y observaciones. *Adquiere autocontrol, serenidad, trascendencia y capacidad de enfrentar con responsabilidad las implicaciones de sus actos.	18. Terapia de Confrontación		
	* Se incrementa la conciencia de grupo, de pertenencia y responsabilidad común.	19. Ronda de Señalamientos		
	*Reduce su estrés y las tensiones propias de la convivencia en la C.T. *Mantiene el equilibrio emocional y afectivo, tanto individual como colectivamente.	20. Liberación de Sentimientos		

<p>*Se ubica como elemento importante dentro de una comunidad, asume las consecuencias de sus actos que afectan a los demás. *Analiza la actitud de otro, que haya sido errónea y es capaz de emitir una crítica y autocrítica..</p>	<p>21. Terapia de Confrontación Especial</p>			<p>Estima Talleres de Sexualidad Seminarios Actividades artísticas Grupo de Ayuda mutua Taller de Relajación.</p>
<p>*Desmonta sus mecanismos de defensa.</p>	<p>22. Terapia de Confrontación de Pares</p>			
<p>*Se conscientiza de su responsabilidad con la realidad que lo hace sufrir y toma una posición frente a su existencia. Verbaliza sus angustias, nombra lo que le pasa, recapitula su presente y su pasado.</p>	<p>23. Grupo de Auto evaluación y <i>Feedback</i></p>			
<p>*Comparte alegría y tiene sentido del humor. *Tiene una actitud propositiva y constructiva ante los eventos de la vida.</p>	<p>24. Encuentro de la Mañana</p>			
<p>*Fortalece su identidad. *Fortalece la autoobservación y el autoconocimiento.</p>	<p>25. Fomentar la auto estima</p>			
<p>*Conoce y nombra las partes de su cuerpo. *Identifica emociones y sentimientos. *Tiene conocimiento y manejo de medidas de protección sexual.</p>	<p>26. Talleres de Sexualidad</p>			
<p>* Identifica factores que dificultan su abstinencia.</p>	<p>27. Seminarios</p>			
<p>*Inicia y termina una actividad creativa.</p>	<p>28. Actividades artísticas</p>			
<p>*Concluye los seis primeros pasos de A.A.</p>	<p>29. Grupo de Ayuda mutua</p>			
<p>*Sabe relajarse. *Conoce formas de hacerlo.</p>	<p>30. Actividades de Relajación</p>			

C. ESTRATEGIA DE SALUD

La salud es el estado de homeostasis en que se encuentra el individuo en su relación con su mundo físico, psicológico, social y espiritual; por lo que la atención debe tener claros los componentes que se exponen a continuación:

3.1. CUIDADOS BÁSICOS

Se definen como todas aquellas acciones que el Médico y /o equipo encargado de la salud y con apoyo de los miembros de la comunidad terapéutica deben ofrecer y garantizar.

Dentro de este que hacer se realiza lo siguiente:

- * Una primera - evaluación médico - psicológica que permita identificar los problemas de salud física y mental que afectan inmediatamente al niño y que es necesario corregir a tiempo para evitar daños mayores a su salud .
- * Brindar la atención inmediata en las áreas de alimentación, vestido, sueño - reposo y seguridad personal.

3.2. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

En el nivel primario de prevención se deberá ofrecer educación permanente y realización de acciones participativas que promuevan la toma de conciencia y de decisiones oportunas que conduzcan a fomentar, proteger y garantizar la salud. En el nivel secundario de prevención se atienden todos aquellos problemas orgánicos y psicológicos que se presenten con el fin de minimizar mayores problemas a la salud a través del tratamiento. El nivel terciario es el de la rehabilitación que deberá de proveer todo un marco de actividades terapéuticas que favorezcan el desarrollo psicomotor, el adecuado crecimiento corporal del niño a través de una nutrición balanceada y seguimiento médico especializado.

3.3. CUIDADOS PSICOSOCIALES

Son todas aquellas actividades encaminadas a reconstruir el equilibrio emocional del niño y que le proveerán de habilidades necesarias para su adecuada integración a la sociedad. Además son todos aquellos cuidados que contribuyen a promover un ambiente terapéutico de tipo interdisciplinario.

ACTIVIDADES DE ESTRATEGIA DE SALUD

OBJETIVO	NIVEL
Rehabilitar y dar Tratamiento a niños de calle consumidores de sustancias psicoactivas, con un perfil de adicción funcional de alto riesgo y/o disfuncional.	COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Intervención en salud	Estrategia De Salud

OBJETIVOS PARTICULARES	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FORMATOS
Dar cuidados básicos	1.-Conservación de oxigenación, alimentación hidratación adecuadas. 2.-Higiene personal. 3.-Regular la eliminación. 4.-Favorecer el reposo y el sueño. 5.-Control de constantes vitales.	Enfermera Médico y Consejero	Revisión Médica Inicial Historia Médica
Brindar prevención y tratamiento	6.-Estudios rutinarios de laboratorio. 7.-Elaboración de Dx. Médico 8.-Seguimientos y aplicación de tratamientos médicos. 9.-Realización de curas. 10.-Evaluar y reducir los síntomas del Síndrome de abstinencia.		Formatos de Seguimiento a la Salud. Formatos de Especialidades Médicas
Proporcionar cuidados psicosociales.	11.-Estudio de caso 12.-Promoción de ambiente seguro. 13.-Promoción de relaciones adecuadas. 14.-Educación para la salud. 15.-Apoyo terapéutico. 16.-Rehabilitación física 17.-Intervención en crisis. 18.-Apoyo a la investigación. 19.-Organización 20.-Actividades deportivas.		Ver actividad.

D. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

En esta estrategia se define a la investigación como el proceso a través del cual se produce conocimiento. La producción de conocimiento debe marchar paralela a la acción de cambio, la cual, cuando se refiere a procesos sociales, debe ser, a su vez, consciente y colectiva, lo que sólo se logra a través de mecanismos "participativos". A nuestro juicio, esos tres conceptos, (investigación, acción y participación), deben marchar estrechamente concatenados a modo de trípode sobre el cual se soporta el andamiaje completo del proceso.

El investigador debe inmiscuirse y meterse a la población, en su vida cotidiana, para tener la posibilidad de asimilar su organización interna, su problemática y necesidades al mismo tiempo que sentir el clima afectivo del ambiente, evaluando su efectividad.

ACTIVIDADES DE ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO	NIVEL
Rehabilitar y dar Tratamiento a niños de calle consumidores de sustancias psicoactivas, con un perfil de adicción funcional de alto riesgo y/o disfuncional.	COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Intervención de Investigación.	Estrategia De Investigación

OBJETIVOS PARTICULARES DE LA ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FORMATO
Diseño de Instrumentos	Elaborar formatos que permitan organizar los datos.	Coordinador	SISVEA
Sistematización	Organizar la información que se genere.		Informes y planes de trabajo de Psicología Trabajo Social y Coordinación
Estudio de población	Realizar censo sobre características de la población atendida.		Estadísticas varias
Evaluación	Organizar y analizar los datos obtenidos.		Formatos de Evaluación

Capítulo 3

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

La Evaluación que se describirá a continuación se divide en dos partes, Evaluación Cuantitativa y Evaluación Cualitativa.

La Evaluación Cuantitativa es fundamentalmente los Datos estadísticos recabados en Cédulas diseñadas para tal propósito dentro de las tareas de la Estrategia de Investigación.

La Evaluación Cualitativa se basa en la Observación directa, Observación participante, Análisis de contenido, Análisis de documentos y Reuniones de grupo.

La información está organizada en tablas que permiten observar la información de manera esquemática y de fácil comprensión.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA

A. ATENCIONES BRINDADAS POR NIVEL

TABLA 1
NIÑOS ATENDIDOS

NIVEL	No. DE NIÑOS PROMEDIO POR MES	
	AÑO 1	AÑO 2
INGRESO	16	19
INDUCCIÓN	16	3
PREVENCIÓN 1	7	16
PREVENCIÓN 2	5	5
COMUNIDAD	22	25
COLECTIVO	SIN DATO	32

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

En los Niveles de Ingreso, Prevención 1, Comunidad y Colectivo se observa un ascenso en el número de niños atendidos

En el nivel de Inducción se observa un descenso del número de niños atendidos.

En el nivel de prevención se mantiene el mismo número de niños atendidos.

De los datos anteriores observamos que en materia de atención el programa se mantiene estable a excepción del nivel de Inducción lo que permite prever los efectos que esto podría tener en el número de niños atendidos en la Comunidad Terapéutica, ya que es el nivel de Inducción el que promueve niños hacia la Comunidad.

TABLA 2
ATENCIÓNES BRINDADAS EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

TIPO DE ATENCIÓN	AÑO 1	AÑO 2
TERAPIAS INDIVIDUALES	8	323
TERAPIAS GRUPALES	669	925
ATENCIÓNES MÉDICAS	613	435
VESTIDO	247	342
ACT. EDUCATIVAS	-	864
ACT. DE SALUD	-	988
ACT. RECREO	-	319
ACT. DEPORTIVAS FORMALES	578	179
ACT. ESCOLARES FORMALES	586	707
ACT. LABORALES	-	181
LABOR FAMILIAR	22	-
VISITAS FAMILIARES	58	61
REINT. FAMILIAR	1	8
TERAPIA EXTERNA	345	706

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

En este cuadro observamos que en el segundo año se definieron más el tipo de actividades que se ejecutaron en el programa, a diferencia del primero en donde se cayó en tan sólo un activismo sin una clara dirección. Y esto lo compruebo porque fue hasta el segundo año que se establecieron y organizaron las actividades conforme las estrategias de atención.

También observamos que atenciones como Terapia Individual y Terapia Externa se ven muy fortalecida, esto fundamentalmente porque se fortalece el área de Psicología en el programa.

Al mismo tiempo actividades de Integración como son las escolares y laborales aumentan.

B. RESULTADOS

**TABLA 3
RESULTADOS**

SITUACIÓN DE LOS NIÑOS	AÑO 1 GRUPO 1		AÑO 2 GRUPO 2		OBSERVACIONES
	No.	%	No.	%	
POBLAC. TOTAL EN C.T.	64	100	77	100	
INGRESOS	64	100	54	70.1	
EGRESOS	20	20.6	36	46.7	
REINGRESOS	0***	0	5	6.4	***NO EXISTE EL DATO POR SER EL PRIMER AÑO
PRESENTES EN EL PROGRAMA	18	23.3	8	10.3	
REINTEGRACIONES FAMILIARES	1	1.5	8	11.6	
CANALIZADOS	13	26	7	32	9.09
PROMOVIDOS A TRANSICIÓN	10	15.6	6	7.7	
PROMOVIDOS A HOGAR GRUPAL.	2	3.1	12	15.5	

DATOS GLOBALES	AÑO 1	AÑO 2
NIÑOS QUE NO TERMINARON PROCESO	20 20.6 %	36 46.7%
NIÑOS QUE SÍ TERMINARON PROCESO	26 40.6 %	33 42.8 %
NIÑOS QUE CONTINUAN EL PROCESO	18 23.3 %	8 10.3 %

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

El dato más relevante es el que se concluye en la fila de los globales y que nos orienta sobre el nivel de éxito del Programa y que hace referencia a el número de niños que sí terminaron el proceso y niños que continuaban participando.

En el año 1 es el del 40.6% más 23.3% = 63.9

En el año 2 es el del 42.8% mas 10.3% = 53.1

Tomando en cuenta que "El porcentaje de curaciones en las mejores comunidades terapéuticas es del 30 % al 40 %de todos los ingresados al programa, esta estadística decrece con la iniciación antes de los 16 años a la droga o prueban al alcohol." (Yaria 1988. p.113) entonces podemos deducir que hasta el momento el programa lleva un buen nivel de éxito. Lo anterior lo corroboramos con los datos de la Tabla 4.

TABLA 4
SEGUIMIENTO ANUAL

SITUACIÓN	AÑO 1				AÑO 2	
	1er. SEGUIMIENTO GPO 1		2o. SEGUIMIENTO GPO. 1		1er. SEGUIMIENTO GPO. 2	
	No.	%	No.	%	No.	%
POBLACION TOTAL	64	100	64	100	77	100
NIÑOS EN LA CALLE	9	14	24	37.5	25	32.4
NIÑOS EN OTRA INSTITUCIÓN O REINTEGRADOS CON FAMILIA Y VIDA INDEPENDIENTE	21	32.8	8	12.5	13	16.8
NIÑOS PRESENTES EN CASA ALIANZA	32	50	14	21.8	26	33.7
SE DESCONOCE SITUACIÓN	2	3.2	18	28.12	13	16.8

NIÑOS GRADUADOS	AÑO 1				AÑO 2	
	1er. SEGUIMIENTO GPO 1		2o. SEGUIMIENTO GPO. 1		1er. SEGUIMIENTO GPO. 2	
	No.	%	No.	%	No.	%
NIÑOS QUE PASARON A TRANSICIÓN Y HOGARES	12	100	12	100	18	100
NIÑOS EN ALIANZA, FAMILIA, VIDA INDEPENDIENTE, EN OTRA INSTITUCIÓN.	-----	-----	9	75	-----	-----
NIÑOS EN CALLE	-----	-----	3	25	-----	-----

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Podría objetarse el paralelismo entre "niños que se mantienen y terminaron el proceso" con "curaciones" pero observemos los siguientes datos:

A dos años de seguimiento del Gpo. 1 de los 64 niños que participaron en el programa 22 el 34.3 % se mantenía fuera del consumo de drogas y de los 12 niños que habían pasado a Transición y Hogares sólo 3 habían vuelto a la calle es decir el 75% seguía sin drogarse.

Lo anterior quiere decir que el índice mayor de recaídas se encuentra en los casos de niños que fueron canalizados o reintegrados a su familia.

A un año de seguimiento del Gpo. 2 de los 77 niños que participaron en el programa 39 el 50.5% se mantenía fuera del consumo de drogas y los 18 niños que pasaron a Transición y a Hogares Grupales aún se encontraban en abstinencia.

C. MOVIMIENTO DE LA POBLACIÓN

**TABLA 5
PERMANENCIA EN FASES**

POR FASES	AÑO 1		AÑO 2	
	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 1	GPO. 2
FASES	No. de NIÑOS	%	No. DE NIÑOS	%
1	26	40.6	39	50.6
2	15	23.4	9	11.6
3	11	17.1	11	14.2
4	12	18.7	18	23.37

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Recordemos que en el Nivel de Comunidad Terapéutica existen cuatro fases, en los datos de ésta tabla se hace una revisión de los tiempos que duran los niños en el proceso.

- La tabla nos dice que el 40.6% (GPO. 1) y el 50.6% (GPO. 2) de los niños que inician el proceso del Programa sólo llegan a la fase 1, lo que significa que la gran mayoría logra un periodo de abstinencia promedio de un mes, presentándose después la recaída y por ende el egreso del programa.

Este dato es muy relevante porque nos obliga a pensar estrategias de intervención que favorezcan la estancia del niño, contrarrestando el síndrome de abstinencia y la habituación a la calle.

- Otro dato importante: el 18.7 % (GPO. 1) y el 23.37% (GPO. 2) de los niños que terminan la cuarta fase, pero además es en el segundo año cuando el número de niños que terminan su cuarta fase se incrementa.

TABLA 6
ESTANCIA DEL NIÑO

INTERVALO DE ESTANCIA	AÑO 1		AÑO 2	
	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 1	GPO. 2
No. DE DIAS	No de NIÑOS	%	No de NIÑOS	%
16-30	11	17.1	19	24.6
31-45	12	18.7	12	15.5
46-60	5	7.8	5	6.4
61-75	8	12.5	6	7.7
76-90	6	9.3	4	5.1
91-105	4	6.2	8	10.3
106-120	2	3.1	4	5.1
121-135	5	7.8	3	3.8
136-150	7	10.9	5	6.4
151-165	1	-	1	-
166-180	0	0	2	2.5
181-195	1	1.5	1	1.2
196-210	0	0	2	2.5
211-225	0	0	1	1.2
226-240	1	1.5	1	1.2
241-255	1	1.5	0	0
271-285	0	0	1	1.2
-	-	-	-	-
301-315	0	0	1	1.2
-	-	-	-	-
391-405	0	0	1	1.2

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

- El dato anterior se complementa con el dato de la estancia de los niños en el programa.
- 16 niños en el Gpo. 2 tuvieron una estancia en el programa de 4 a 13 meses de lo que se deduce que los procesos en la rehabilitación están tendiendo a ser más prolongados.

D. DATOS GENERALES DE POBLACIÓN

TABLA 7

	AÑO 1		AÑO 2	
	No. NIÑOS	%	No. NIÑOS	%
SEXO				
FEM.	0			
MASC.	64		77	
ORIGEN				
DF	29	45.3	25	32.46
EDO. MEX	3	4.6	6	7.7
PROVINCIA	32	50	46	59.7
ESCOLARIDAD				
NO SABE LEER	7	10.9	8	10.3
PRIMARIA	46	71.8	40	51.9
SECUNDARIA	11	17.1	29	45.3
OCUPACIÓN				
MENDIGAR	11	17.1	11	14.2
SUBEMPLEO	32	50	24	37.5
ROBAR	15	23.4	3	3.8
SUB. Y ROBO	4	6.2	33	42.8
NADA	2	3.1	6	9.3
CONTACTO CON LA FAMILIA				
SÍ	33	51.5	40	51.9
NO	28	43.7	37	48
VIA REFERENCIA				
LLEGA SOLO	26	40.6	41	53.2
EDUC. CALLE	-	0	9	11.6
OTRA	38	59.3	27	35
TIEMPO EN CALLE				
MENOS DE 3 M.	8	12.5	13	16.8
MAS DE 6 M.	12	18.7	10	12.9
1 AÑO O MAS	44	68.7	54	70.1

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Observemos sólo los porcentajes mayores:

- Los niños son de provincia, su nivel escolar es de primaria, su ocupación es el subempleo y el robo, tienen algún contacto con su familia y tienen más de un año en la calle.
- Cada una de éstas características deberá ser un objetivo a trabajar en el proceso de rehabilitación del niño en los próximos planes de trabajo.

E. DATOS SOBRE EL PERFIL DE ADICCIÓN

TABLA 8

	AÑO 1		AÑO 2	
	NO. NIÑOS	%	NO.NIÑOS	%
PERFIL				
EXPERIMENTAL	11	17.1	5	6.4
FUNCIONAL	13	20.3	23	29.8
DISFUNCIONAL	15	23.4	35	45.4
ADICTO	25	39	14	18.1

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

Observemos los porcentajes mayores.

- La droga predominante son los inhalantes, tienen un año o más de consumo , su tolerancia es alta, tienen un consumo disfuncional y son poliusuarios.

Las tareas que se describirán derivan de la observación de las fallas o necesidades que se tuvieron en el transcurso de aplicación del Programa y conformarán el próximo plan de trabajo a emprender.

EVALUACIÓN CUALITATIVA

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

I. INGRESO: Nivel de Detección.

OBJETIVOS PARTICULARES	INDICADORES	DATOS RELEVANTES
Detectar niños consumidores de drogas	Número de detectados que consumen drogas.	<ul style="list-style-type: none"> Se detectan niños, pero no se le atiende a tiempo por lo que hay que reorganizar los equipos para brindar la atención requerida.
Valorar el estado de Intoxicación	Actividades Realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> Se valora el nivel de intoxicación, pero se requieren centros hospitalarios que atiendan las Intoxicaciones por inhalantes con un protocolo especializado en el tema.
Detectar cuáles son los niños que podrían ser atendidos en el programa de Ollin		Se requiere reforzar el equipo de Psicología, para atender a la población. El detectar la problemática del niño a tiempo, propiciaría una estabilidad mayor del niño en el Hogar.
Iniciar la elaboración de historia de vida del niño		<ul style="list-style-type: none"> Se inició conformando el expediente Clásico, pero en el camino se observó la necesidad de reducir las expectativas, resumiendo la obtención de datos e intervención a la estrictamente necesaria. De aquí derivó el plan de vida para los niños de Nuevo Ingreso.

II. INDUCCIÓN: Nivel de Sensibilización.

OBJETIVOS PARTICULARES	INDICADORES	DATOS RELEVANTES
<p>Informar al niño sobre lo que es Casa Alianza y en particular sobre el programa de Ollin</p> <p>Atender las necesidades básicas del niño</p> <p>Diagnosticar el estado de salud del niño</p> <p>Conocer la historia de consumo de sustancias psicoactivas del niño. Promover motivación y disposición en el niño para que participe en Ollin. Vincular al niño a la Comunidad Terapéutica. Brindar atención a la salud</p>	<p>Número de niños que aceptaron participar en Ollin.</p> <p>Actividades Realizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario elaborar propaganda que promueva una mejor imagen del Programa, trabajando el estigma de "drogadictos". • Se requiere precisar más rápidamente el perfil de adicción de los niños, antes que se contaminen más. • - Implementar plan de acción con los Reingresos. • - Promover en especial que los niños acepten Ayuda. • - Incrementar las visitas a C.T.

III. COMUNIDAD TERAPÉUTICA: Nivel de Intervención.

A. ESTRATEGIA EDUCATIVA

OBJETIVOS PARTICULARES	INDICADORES	DATOS RELEVANTES
<p>Educación de la conciencia</p> <p>Fomentar el diálogo con el niño</p> <p>Formación de conceptos</p> <p>Educación de la voluntad</p> <p>Integración a la sociedad</p>	<p>Actividades Realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para lograr este objetivo es necesario reforzar las actividades de Educación para el Trabajo y Contacto con el Mundo. • Es necesario reforzar la capacitación de los consejeros en la realización de los planes de vida. • En relación a estos objetivos es necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad en la realización de las actividades • Crear conciencia en el niño sobre los objetivos de las actividades. • Evaluar por qué algunas actividades se hacen más que otras. • La formación escolar de los niños se basa fundamentalmente en el sistema de INEA, dado que el nivel escolar del niño de origen es muy pobre, la calidad del aprendizaje al término de su certificación de Primaria o Secundaria se mantiene igual.

B. ESTRATEGIA CLÍNICA

OBJETIVOS PARTICULARES	INDICADORES	DATOS RELEVANTES
<p>Organizar la vida del niño en el hogar bajo el modelo de Comunidad Terapéutica</p> <p>Rehabilitación</p> <p>Estimulación del Desarrollo Psicológico del niño</p> <p>Promover que el niño identifique razones para vivir</p> <p>Brindar Atención Individual al niño</p> <p>Atención Grupal</p>	<p>Actividades Realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan más actividades de carácter grupal que de Atención Individual, por lo que se requiere fortalecer todas las intervenciones de Atención Individual. • En relación a las actividades grupales es necesario sistematizarlas, prioritariamente los Talleres de Estimulación para el Desarrollo, Espiritualidad, Actividades de Rehabilitación y Motivación. <p>Se hace necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el ambiente terapéutico. • Capacitar al personal en la atención a crisis y conductas de violencia. • Reforzar la Cultura Grupal , particularmente en la marcación de Límites.

D. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS PARTICULARES	INDICADORES	DATOS RELEVANTES
Diseño de Instrumentos	Actividades Realizadas	Se elaboraron formatos que permitan organizar los datos.
Sistematización		Se necesita sistematizar las actividades.
Estudio de población		Es necesario adecuar los formatos de recolección de datos del censo sobre características de la población atendida.
Evaluación		Se organizaron los datos obtenidos. Se necesita personal de apoyo para realizar las funciones de Investigación.

ANÁLISIS

Ollin es un programa de intervención con estrategias indicadas para una población de alto índice de riesgo en el consumo de drogas.

La historia del programa ha planteado diferentes momentos, con sus respectivas metas para cada uno.

El primer momento marco como metas:

- La investigación sobre diversos programas de atención a adicciones.
- Diseño e Implementación de un Programa a fin a las necesidades de la población.
- Ejecución y Monitoreo del Programa.
- Evaluación y Retroalimentación del Programa.

Estas metas son la guía de la evaluación que en éste documento se presenta.

De esta misma evaluación se deriva un segundo momento: observar de manera explícita los cambios que el programa promueve en los niños, para ello se plantean nuevas metas:

- Investigar el Impacto del Programa en el cambio de actitudes de la población atendida.
- Conocer la permanencia de los efectos producidos por el programa y su influencia en los proyectos de vida del niño.
- Elaborar protocolos de investigación que evalúen las líneas de acción.

En términos generales puedo decir que el sólo hecho de que Ollin se mantenga en función ya casi cuatro años, dice que el Programa está como su nombre lo dice " en Movimiento".

El análisis e interpretación de los datos mejora las prácticas del Programa, ajusta sus objetivos y brinda elementos para los próximos planes de trabajo.

LA DEMANDA


Como respuesta al problema de consumo de drogas de nuestra población trabajamos en la construcción de un Método que nos permita avanzar en el doloroso camino de la Rehabilitación del niño adicto a sustancias psicoactivas, particularmente el adicto al consumo de disolventes, la droga de los olvidados.

En Casa Alianza, iniciamos con un grupo de Auto Ayuda, era 1992, la atención a la infancia con consumo de drogas se daba a nivel de atención psiquiátrica y por parte de grupos de auto-ayuda y de existir alguna otra atención nosotros lo desconocíamos, pero aun de existir, para niños de la calle era inaccesible.

Después de una consulta psiquiátrica ¿Qué hacer?, el fármaco nunca fue suficiente para el logro de objetivos educativos o después de un mes o tres meses de estar en un Anexo ¿qué continuidad en la atención al niño se debía de dar ?, las terapias del grupo de Auto Ayuda, (que básicamente eran sesiones de catarsis) ¿cómo vincularlas con la vida cotidiana del niño donde se manifestaba violento ?... muchas preguntas se hicieron, más tarde nos enteramos de la violencia ejercida por algunos Anexos , fue entonces cuando la necesidad de diseñar un Modelo propio se hizo apremiante.

Hicimos un diagnóstico de las necesidades de la población atendida y de nuestra intervención y se concluyó que debíamos diseñar un Modelo de Intervención que partiera de la siguiente tesis: "La atención brindada a niños de la calle debe ser a mediano y largo plazo, promoviendo estilos de vida alternativos a su vivencia cotidiana de vida en la calle, con estrategias de atención a su adicción.

Es así que en 1995 se empezó a gestar Ollin un programa que actualmente trabaja con adolescentes consumidores de drogas. Se basa en cuatro estrategias y cinco niveles de intervención que a lo largo de este Reporte se han venido describiendo.



El Ollin con el que iniciamos es muy diferente al actual, su esencia filosófica y conceptualización se mantuvo, pero la aplicación de los objetivos, de las ideas, se fue transformando, día a día la técnica se construía, el personal se capacitaba.

El perfil de niños que atendimos también se fue transformando, al inicio tuvimos niños que quisieron ejercer un liderazgo negativo de violencia y manipulación, el personal inexperto, con la falsa idea de que éstos niños necesitaban ayuda y con el temor de quedarnos sin niños, no marcaban suficientemente los límites y reglas de comportamiento. Esta época fue difícil, poco a poco fuimos entendiendo que el Programa es sólo para aquellos que quieren dejar el consumo de la droga y que diariamente lo demuestran con su actitud y conducta. Actualmente los jóvenes que participan en el programa en su mayoría tienen un Perfil adictivo Disfuncional pero que desean salir del problema.

Una circunstancia más a vencer fue el del estigma de ser "Drogadicto", el niño teme aceptar esto, la negación y por ende la no aceptación de ayuda es uno de nuestros problemas más fuertes. Por ello la Inducción es el único medio que nos permite hacernos presentes para lograr que el niño observe una alternativa de vida diferente.

La permanencia de los niños en el programa es un elemento que mucho frustra a los miembros de la Comunidad, niños y educadores, pero poco a poco fuimos observando que los niños que se iban después regresaban y que sus procesos sólo sería más largos y que en el caso de otros Ollin no representa una Opción de atención.

El involucramiento que tiene el personal en el Programa ha sido de un alto nivel, a la fecha el 65 % del personal tiene más de un año de laborar en Ollin éste porcentaje es muy bueno si lo comparamos con el porcentaje de renuncias presentadas en otros programa de la Institución.

El personal se ha mantenido y ha madurado conjuntamente con el programa, sin embargo requieren cotidianamente actualizarse en capacitación, sin dejar de lado la capacitación cíclica que se debe estar dando con el personal nuevo, lo que implica desgaste y en ocasiones la detención de los objetivos.

TAREAS DERIVADAS DEL ANÁLISIS

1. Promover la Prevención

- Impulsar las actividades de prevención de manera constante y con los seguimientos pertinentes.

2.- Formación educativa y Atención Terapéutica

- Mejorar la formación escolar del niño para incrementar la posibilidad de alcanzar una capacitación de mayor calidad.
- Identificar intereses y habilidades del niño para brindarle una mayor orientación vocacional.
- Fortalecer la atención terapéutica que se brinda al niño.
- Promover y organizar salidas de esparcimiento y recreación.

3.- Profesionalización del Equipo de Ollin

- Integrar una red de alta calidad institucional que apoye la formación terapéutica del Equipo.
- Elaborar proyectos de Investigación que fortalezcan el trabajo con los niños y evalúen el método aplicado.
- Fortalecer la permanencia del personal por medio de Talleres de Desarrollo Humano, Motivación en prestaciones laborales y Capacitación.

4. Promoción del programa.

- Conseguir fuentes de financiamiento.
- Fomentar la investigación que promueva la validez del programa.
- Contactar espacios de la comunidad cercana
- Organizar campañas y eventos de difusión.

5. Formalizar la atención médica

- Formalizar una red de apoyo en las áreas de Desintoxicación y Psiquiatría.
- Realizar investigación para la elaboración de un Protocolo de atención médica a niños con antecedente de intoxicación por inhalantes.

6. Marco Jurídico

- Recabar información en relación al marco jurídico de programas de atención en adicciones y la legislación sobre los inhalantes como droga.

7.- Elaboración de materiales

- Elaborar materiales didácticos para la ejecución de las actividades.
- Adquirir equipo para el Área de Psicología (Pruebas Psicológicas)

8.- Sistematización

- Sistematizar actividades.
- Sistematizar Programas de Capacitación.
- Elaboración de Manuales.

9.- Infraestructura

- Realizar mantenimiento al inmueble

10.- Investigación

- Formalizar investigación

CONTRIBUCIÓN

El Gobierno del Distrito Federal en su documento "Propuesta de Política Social del Gobierno del Distrito Federal" (abril - 1998) describe su diagnóstico de la atención que recibe la población con adicciones, y a la letra dice:

- Ausencia de programas integrales en materia preventiva sobre adicciones en favor de niños y jóvenes.
- Falta de coordinación de las dependencias responsables de los programas de prevención y atención de adicciones.
- Falta de personal capacitado en clínicas y centros de salud para la atención de personas con crisis por problemas de adicciones.
- Falta la información estadística confiable sobre el problema de las adicciones en general.
- Inoperancia del Consejo Asesor especializado sobre atención y prevención de adicciones en el Distrito Federal.
- Nula coordinación entre las áreas de salud y protección social en materia de atención de población con problemas de adicciones en especial indigentes y niños de la calle.
- Falta de políticas preventivas particulares para grupos de población específicos.

Este diagnóstico por ser externo a la perspectiva de Ollin y ser la posición del Gobierno de la Ciudad servirá de base para hacer algunas menciones sobre la contribución que ha hecho Ollin en la Atención a niños de la calle.

1. Ollin es un Programa de Atención Integral al problema de adicción de los niños de la calle con adicción a sustancias psicoactivas, ya que además de atender la adicción del niño se apoya en los demás Programas de Casa Alianza, lo que permite darle continuidad a la atención brindada por un largo plazo.
2. Ollin ha conformado una red de relaciones en torno a la atención del niño, por lo que actualmente puede enunciar en base a su práctica, cuáles son los avances y necesidades que como sociedad tenemos en torno al fenómeno del niño de la calle.
3. Ollin ha sido pionero en la atención de la adicción en el niño de la calle, con una metodología evaluable y reproducible.
4. Actualmente Ollin puede ser una alternativa para capacitación de personal.
5. Ollin se ha preocupado por sistematizar su información, la cual puede ser consultada y está abierto a la realización de investigación.

REFERENCIAS

1. Ackerman, Nathan W.(1978) Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Horme.
2. Aguirre, Constanza (1993). Con los Jóvenes. Manual para Formar Agentes de Prevención en Alcohol y Drogas. Santiago de Chile: Ministerios de Salud.
3. Ander, Egg Ezequiel. (1982). Desarrollo de la Comunidad. Buenos Aires: Edit. Humanitas. Décima edición. pp.21-31,121-141.
4. Aramburu, J. (1983). Reeducar en la Comunidad Terapéutica. España: Congreso de Drogodependencias Vasco Tomo IV.
5. Autores Argentinos. (1987) Temas Grupales. Argentina: Ed. Cinco. .pp 103-121, 161-164.
6. Baldivieso, L.E; Perotto, P.C. (1993). Manual de Prevención contra las drogas. La Paz - Bolivia: CESE 5a. Edición.
7. Barroso, Moguel R; Romero Díaz V. (1988). Thiner : Inhalacion y Consecuencias. México: Instituto Nacional de Neurociencia y Neurocirugía
8. Bruner, Jerome. (1986). Acción, Pensamiento y Lenguaje. Comp,. Jose Luis Linaza. Editorial Alianza, 2a. Edición.
9. Castillejos, Bedwell Simon; Barreix Moares Juan B. (1991). Metodología y Método en la Práxis Comunitaria. Argentina: Editorial Fontamara. Tercera Edición. pp31-35,103-147.
10. Centros de Integración Juvenil. (1997). Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. México.
11. Centro Educativo sobre Estupeficientes. (1993) . APUNTES 27 . Bolivia
12. Centros de Integración Juvenil. (1984) La Farmacodependencia y su Prevención dentro de la Comunidad. México.
13. Certcov, Daniel. (1985). Psicopatología General Dialéctica. Argentina: Ediciones Nueva Visión. p.p.78-101.
14. Chazal, Jean. (1972)- La Infancia Delincuente. Buenos Aires,: Paidós.
15. Clanet, C; Laterrasse C y Vergnavci G. (1979). Dossier Wallon- Piaget. Barcelona . Gedisa
16. Colas, J; Fernández M; López F; Ruiz I. (1988) Terapia de grupo breve con familiares de drogodependientes. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco. Tomo IV. p. 308-314.

17. Consejo Nacional Contra las Adicciones y Comisión nacional de Derechos Humanos. (1993). Estrategias que utiliza la Familia en México frente al uso de alcohol y otras drogas. Secretaría de Salud. México.
18. Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1994) Guía para el diseño y desarrollo de programas Preventivos en materia de adicciones. Secretaría de Salud. México.
19. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992, a). Las Drogas y sus usuarios. Secretaría de Salud. México.
20. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992, b). Programa contra la Farmacodependencia 1992- 1994. Secretaría de Salud. México.
21. Consejo Nacional Contra las Adicciones.(1994) Las Adicciones hacia un enfoque Multidisciplinario. Secretaria de Salud. México.
22. Comisión para el estudio de los niños callejeros. Estudio de los niños callejeros. Ciudad. De México . México, 1992.
23. Cortés, Islas M.E., Ramírez García F.P. (1992). Normas para el Control de los Disolventes Inhalantes. Educación para la vida 3 pp.10-12.
24. De Gortari Eli. (1970). El Método Dialéctico. Colección 70 . México: Editorial Grijalbo.
25. De la Garza Fidel (1986). Adolescencia Marginal e Inhalantes. México: Trillas, Segunda edición.
26. De la Garza Fidel. (1987) . La cultura del menor Infractor. México: Editorial Trillas.
27. Del Olmo, Patricia. (1994) Curso Básico sobre Adicciones. México: Fundación Ama La Vida.
28. Departamento de Educación de los Estados Unidos: Creer libre de Drogas . Guía de Prevención para los padres de familia. Washington, D.C. Sin fecha.
29. Department of Health and Human Services .(1988). Qué se puede hacer Respecto al Consumo de Drogas en América. The office for Substance Abuse Prevention.
30. Department of Health and Human Services .(1989) De la toma de Conciencia a la Acción. The office for Substance Prevention.
31. Díaz de Garramiola Ondarro A y cols. (1983) Hacia una protocolización de la Acogida. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco T. IV p. p 319-326.
32. DIF Programa DIF de Prevención de la Farmacodependencia. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México: 1988.
33. DIF. Programa "Desarrollo Integral del Adolescente" .Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

34. Echeburúa E., Del Corral P. (1983), Tratamiento Psicológico de la recaída en el alcoholismo .Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco 1983 . p. p 196-200.
35. EDÉN 1992. Proyecto de Niños. Nuestro Niños . Minnesota .
36. EDNICA. (1993) .Vivir en la Calle, La situación de los niños y niñas callejeros en el D.F. México: Primera Edición pp.61-70.
37. Encuesta Nacional de Adicciones (1990). Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México.
38. Frankl, Viktor.(1984). Psicoterapia y Humanismo. México: F.C.E., Breviarios. Segunda edición.
39. Fraser N. Watts y Bennett D:H: comp. (1990). Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica. Limusa México pp. 97-130.
40. Freire Paulo. (1970). Pedagogía del Oprimido. México: Siglo XXI. 2a edición.
41. Friedman D. (1991). Alerta a las Drogas y el Cerebro, Libro de alerta a las drogas. Childrens Press, Chicago.
42. Fundación Casa Alianza México. "Trabajo de sistematización". Enero-Junio 1994.
43. Fundación Casa Alianza. Investigación de la frecuencia y modelo de abuso de pegamento entre niños de América Latina.
44. Fundación Viaje de Vuelta. Quiénes somos . Argentina, 1995.
45. Fundasalva, 1995 . Fundación Antidrogas de el Salvador. Memorias de Labores.
46. Fundación Esperanza de los niños. Childhope. Conferencia sobre el Abuso de Inhalantes. Catherine Mc.Intyre.
47. Fundasalva 1996 . Programa de Rehabilitación.
48. Funes Jaime, González Carlos (1987). Imágenes Sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias. México: Revista Comunidad y Drogas No. 3 Marzo.
49. Gobierno del D.F. Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social. Propuesta Política Social del G.D.F. Abril 1998.
50. García J.J. Adicción y personalidad. (1983) Hogar CREA una respuesta existencial. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco T.IV ..p.p. 158-160.
51. Goti, Ma. Elena. (1990) La Comunidad Terapéutica, Un Desafío a las Drogas. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

52. Gutiérrez Rafael, Gigengack Roy, Vega Leticia. (1995) Reflexión sobre el uso infantil de los inhalables. Interdependencias. España: 9-10.Abril-Junio . pp17-19.
53. Gutiérrez Rafael, Vega Leticia. "La construcción social de los drogadictos: el caso de los niños callejeros" En: las Adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México: CONADIC. Secretaría de salud 1993.
54. Gutiérrez Rafael, Vega Leticia. (1994) Las Adicciones y los Menores. México: COMEXANI. 3er. Informe sobre los derechos del niño y la situación de la infancia , pp143-154.
55. Gutiérrez Fraile M. (1983) Programa Asistencial de Drogodependencias en Alva. Una Experiencia Integrada. España: Congreso de Drogodependencias Vasco T:IV .p.p. 208-213.
56. Gutiérrez Rafael, Vega Leticia .(1995) " *Las interpretaciones , las practicas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños de la calle*"México: Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría .pp140-145.
57. Griesbach Guizar M. 1987. Sauri Suarez G. Con la calle en la venas. EDNICA. México .
58. Gutiérrez Rafael, Vega Leticia, Pérez Cuahtémoc .1993. Características emocionales, intelectuales, morales y sociales atribuidas a los niños que viven sin su familia y en las calles. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría pp.157-163.
59. Harrocs J.E. 1984 . Psicología de la Adolescencia. México: Trillas .
60. Instituto Nacional del Menor. D.C.G.P. Niños, Niñas y Adolescentes Privados de su Medio Familiar. Venezuela, 1998.
61. Instituto Interamericano del Niño / OEA. Infancia y Drogas en América Latina. Tomo1, Uruguay 1991.
62. Instituto Nacional del Menor. D.C.G.P. Centro para la Atención, Tratamiento y Rehabilitación de la Población infanto - juvenil con Problemas de Consumo de Drogas. Venezuela, 1997.
63. Instituto Nacional del Menor. Proyecto Nacional para la Atención de la Población Infanto Juvenil con problemas de Tráfico y Consumo de Drogas. Experiencia Desarrollo en el Centro Carolina Uslar de Antimano –I NAM. Venezuela, 1996.
64. Klevan Zeller. Alerta a la Marihuana, Libro de Alerta a las Drogas. Childrens Press, Chicago. P.1991
65. Landabaso M.A., cools.1983. Toxicomanía: síntoma o enfermedad. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco T. IV .pp 347-352.
66. Lieberman Florence. 1981. Trabajo social, el niño y su familia. México: Editorial Pax
67. Los Profesores ante las Drogas (comp). Factores Relacionados con el Riesgo del Consumo de drogas . Baldivieso Laura Edith. (s.l.), (s.e.), (s.f.) .

68. Los Profesores Ante las Drogas (comp). Educación para la Salud. Consideraciones Generales. -Sánchez Martos, Mateo Tari. (s.l.), (s.e.), (s.f.) .
69. Manrique R. Programa de Formación e Investigación en Terapia Familiar Sistémica de Adictos a Drogas. Ideas y Métodos Iniciales . Programa Regional de Drogas de la Cruz Roja de Cantabria Curso de Formación del Personal .
70. Marandú .1991. Una Opción para la vida. Recopilación. Ilde Silvero. Paraguay.
71. Marx y Engels. Feuerbach. Oposición entre las concepciones materialistas e idealistas. Capítulo 1 de la Ideología Alemana.
72. Massün, Edith (1991) Prevención del uso indebido de drogas. México: Trillas. Cap .1.
73. Mendoza Morales M.A.1995. Protocolo de Atención Médica para el paciente Farmacodependiente. - México: INSAME -DIF Abril.
74. Moffatt Alfredo. 1975. Psicoterapia del Oprimido. Editorial ECRO S.R.L. Buenos Aires: Tercera edición. pp210-272.
75. Nuñez H Carlos 1990. Investigación Participativa y Educación Popular en América Latina Hoy. México. Guadalajara , Jalisco: IMEDEC.
76. Oar- Arteta A. 1983. El trabajo con Familias. México: Congreso Nacional de Drogodependencia, Vasco T.IV pp.291.
77. Organización Mundial de la Salud. 1994. Programa sobre Abuso de Sustancias .
78. Ortiz Arturo Aletheia. El usuario de sustancias inhalables ante la técnica psicoanalítica. Aletheia pp. 79-83. p.p. 15-37.
79. O' neill Catherine 1991. Alerta al alcohol , Libro de alerta a las drogas. Childrens Press, Chicago.
80. Oñate. Pedro. (1987). Comunidad y Drogas. Prevención Educativa de las Toxicomanías: Criterios Básicos. p 83-99.
81. Organización Mundial de la Salud 1993 . Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Serie de Informes Técnicos 28. Ginebra.
82. Palomas C. Susana.. Cruzar el puente, Manual para educadores de niños en proceso de recuperación. México, 1997: Thais.
83. Perry R. 1991. Alerta a la nicotina y la Cafeína , Libro de alerta a las drogas. Childrens Press, Chicago.
84. Petrovski A. 1980. Psicología General. URSS: Editorial Progreso. Tercera edición.

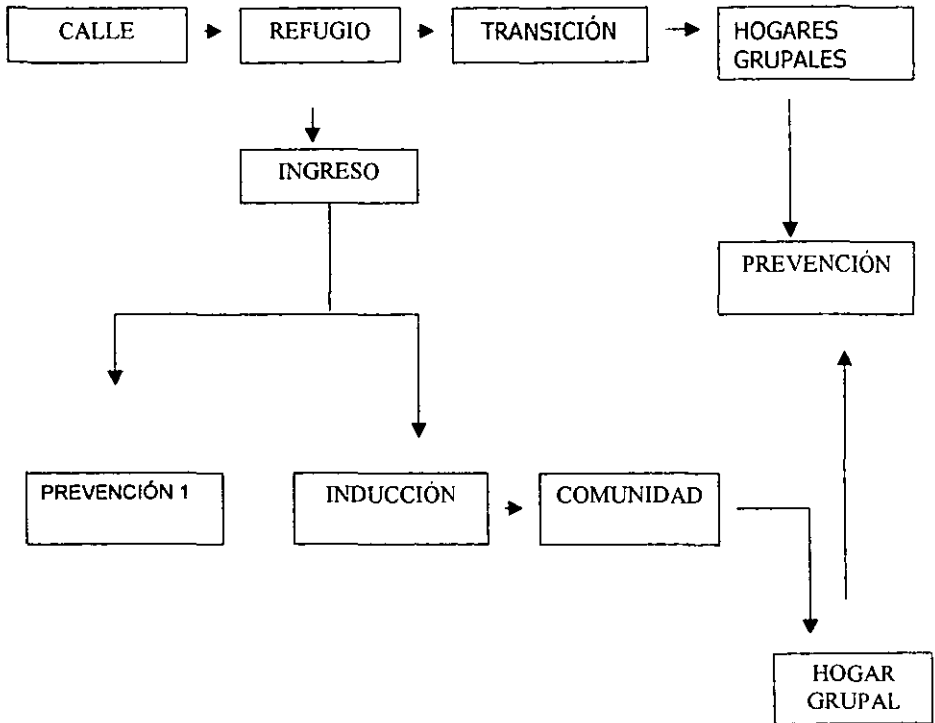
85. Pichon Riviere. 1975. El Proceso Grupal, Del Psicoanálisis a la psicología grupal. Buenos Aires: - -- Ediciones Nueva Visión. p.p. 33-41 , 74-81 ,107-139, 205-213.
86. Psicología Soviética (comp) 1965. El desarrollo intelectual del niño . A.N. Leontiev. Editora Universitaria , la Habana Cuba.
87. Psicología Soviética (comp) 1965. Problemas de la formación de la personalidad del niño. La Habana Cuba: G.S. Kostluk. Editora Universitaria.
88. PSQUIIS .Aspectos neurobiológicos de la adicción a las drogas. Salin pascual R. V 3. No. 1 1994 p137
89. PSQUIIS. Comorbilidad en pacientes que abusan de solventes Industriales. Herrera Estrella, cools.V4 No.6 1995. p 106.
90. PSQUIIS. El pensamiento Existencialista. Colonia Cabrera Alvar. V 2 No. 2 1993 p.27.
91. PSQUIIS. Estudio de Rasgos de personalidad en pacientes alcohólicos hospitalizados. Eroza V. cools.V3. No. 6 1994. p16.
92. Revista Mexicana de Psiquiatría. "Conflictos Emocionales y Drogadicción en el niño y el adolescente". Natera Guillermo. V 54 No. 1. p 11.
93. Ruiz Alegría A. 1983. La Comunidad Terapéutica. Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco T. IV pp 269-271.
94. Ruiz Victoria, J. Fresneda Sánchez y V. Sopeña1983 Descripción de un programa de deshabituación al alcohol con un enfoque cognitivo -conductual. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco .Tomo IV pp221-227.
95. Salud Mental. 1982. Inhalación Deliberada de Disolventes en un grupo de menores mexicanos . Medina Mora y Cools. 5(1) p.77
96. Sánchez, Martos (compilador).Los Profesores ante las Drogas. Fundación Prevención Escolar contra las Drogas. México: sin fecha.
97. Schaff, Adam.1979. La Alienación como fenómeno social. Editorial Grijalbo. .pp189-275.
98. Shulman, J. 1991. "Alerta a la Cocaína y el Crack", Libro de alerta a las drogas. Childrens Press,Chicago.
99. Smirnov, .A.A., Rubinstein S.L., Leontiev A.N. Tieplov B.M. 1960. Psicología. México: Editorial Grijalbo
100. Smith, Peter H. comp. 1993. El combate a las drogas en América . México: F.C.E.
101. Super Gretchen 1991. Tú puedes decirle "No" a las Drogas , Un Libro para niños libres de drogas. Childrens Press, Chicago.

102. Tecla, Jiménez Alfredo. 1980. Metodología en las Ciencias Sociales. Ediciones Taller Abierto. México. P.p 181-232.
103. Tocaven, García Roberto. Menores Infractores. México, 1976: Rdit. Edicol.
104. Torres Ruíz Antonio. 1975. Manifestaciones Clínicas en los Usadores y/o Abusadores de Volátiles Inhalables. México: CEMEF 2,V II, 73-84.
105. Tratado, Sobre Prevención de las Drogodependencias. Adicción Juvenil a las Drogas: Estrategias de Prevención, Hallazgos Empíricos y Tems de Valoración . G.J. Botvín, E.M. Botvín . New York Hospital- Cornell Medical Center (s.f.)
106. Tratado, Sobre Prevención de las Drogodependencias. Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación / cambio de actitudes Escámez Sánchez Juan , Baeza Hernández M. Universidad de Valencia (s.f.)
107. Ugalde Apalategui M, cols.1983. Cuidados de Enfermería al Paciente Toxicómano en Unidad Hospitalaria de Desentoxicación. España: Congreso Nacional de Drogodependencias Vasco T. IV pp 229-234.
108. UNAM.1988. Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Traducción Selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association". México: Facultad de Psicología UNAM.
109. Unicef. 1988. Nuevas Alternativas de Atención para el niño de y en la calle de México. Serie Metodológica No.3 Programa Regional Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles. DIF Veracruz Editora Guadalupe LTDA.
110. Vila Ignasi .1986. Introducción a la obra de Henri Wallon. Barcelona: Editorial Anthropus.
111. Vygotski Lev S. 1979. El desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores. Barcelona: Editorial Crítica.
112. Vygotski-Lev S. Pensamiento y Lenguaje. México: Editorial Alfa y Omega, Ediciones Quinto Sol.
113. Wallon H. La Evolución Psicológica del niño. México 1977: Editorial Grijalbo. p.p 7-32,116-200.
114. Washton, Arnold M. (1995) La Adicción a la Cocaína: tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós. P.p. 26 a 28.
115. Watts, Fraser N; Bennett Douglas H .compiladores. Rehabilitación Psiquiátrica. Editorial Limusa. México pp 97-130.
116. Yaria Juan Alberto. Los adictos, Las Comunidades Terapéuticas y sus Familias. Argentina, 1988: Editorial Trib.. pp 1-20, 49-77, 105-123, 155-191, 205- 215.
117. Zazzo Rene. Psicología y Marxismo. Madrid 1976: Editorial Pablo del Río. pp61-134.

ANEXOS

ANEXO 1.

DIAGRAMA DE FLUJO



ANEXO 2.

PLAN DE VIDA

Quando un niño ingresa al CT se le observará detenidamente, haciendo una valoración y diagnóstico sobre los aspectos personales en forma de problemática, necesidades u objetivos de desarrollo que más destacan y que se requieren educar, en orden de sus prioridades individuales.

Para cumplir con lo anterior se elaboraran:

- Objetivos generales a trabajar durante el proceso grupal, correlacionándolos con el programa mensual (ver página 70).
- Objetivos específicos que abordan un solo aspecto a trabajar a nivel individual con el niño.

Plan de Intervención

Es el diseño de las actividades en específico que se realizaran para cumplir con los objetivos planteados y se elaboran específicamente para y con el niño respetando su individualidad y brindándole una atención personalizada.

Evaluación

Se observará la evolución de los avances y / o retrocesos que presente el niño. Esta evaluación parte de la CT que observa el trabajo, actitudes, superación personal y comportamiento de cada miembro observado por sus demás compañeros; una evaluación derivada de los consejeros que miden el logro en los objetivos que se establecieron y una evaluación personal (Ver anexo de auto evaluación).

A continuación se presenta el formato de Plan de Vida, con un ejemplo, de cómo se elabora.



FORMATOS DE PLAN DE VIDA

NOMBRE DEL NIÑO: _____

OBJETIVOS DE LA 1ª EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: PERMANENCIA
ACTIVIDAD - Identificar necesidades primarias. - Asignación de dormitorio y artículos de higiene personal.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: SALUD
ACTIVIDAD - Elaboración de Historia Clínica. - Aplicación de Revisión Médica Inicial.	EVALUACIÓN

FECHA:		OBJETIVO: HIGIENE PERSONAL
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Supervisión diaria de sus actividades. - Mejorar su presentación personal: <ul style="list-style-type: none"> * Asignación de dos mudas de ropa. * Corte de cabello. * Corte de uñas. 		

FECHA:		OBJETIVO: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de evaluación de la participación en actividades. 		

FECHA:		OBJETIVO: RESPETO A EDUCADORES
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Formación de conceptos. - Asimilación de límites, normas y reglas. 		

FECHA:		OBJETIVO: RESPETO A COMPAÑEROS
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar juegos violentos, donde haya agresión física o verbal. - Participar en actividades de juegos, estructurados y con reglas. 		

FECHA:		OBJETIVO: RESPETO A MOVILIARIO
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de un espacio del cual sea responsable, iniciando con el mejoramiento del dormitorio. 		

FECHA:		OBJETIVO: EVALUACIÓN PERSONAL
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Participación en Ronda de Señalamientos y Liberación de Sentimientos, así como en Terapia de Retroalimentación. - Sensibilización a partir del autoconocimiento. 		

FECHA:		OBJETIVO: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Retomar Perfil de Adicción. - Identificar Factores de Riesgo. 		

FECHA:		OBJETIVO: OBJETIVOS A RETOMAR
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizada la primera evaluación se retoman los aspectos no superados por el niño. - Se inicia la revisión de su situación familiar para obtener documentos. 		

FECHA:		OBJETIVO: INSCRIPCIÓN A CURSO DEPORTIVO
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Inscripción a curso de acuerdo con los deseos y aptitudes del niño. 		

OBJETIVOS DE LA 2ª EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: ACTIVIDAD DE LIMPIEZA
ACTIVIDAD - Enseñar al niño a realizar aseos de calidad.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: PARTICIPACIÓN EN TERAPIAS
ACTIVIDAD - Participación en Terapia Individual en Psicología. - Asistencia a terapia externa, en su caso Clínica San Rafael, o PAIDEIA.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: ACEPTACIÓN Y MOTIVACIÓN A LA REFLEXIÓN
ACTIVIDAD - Participación en Encuentro de la Mañana. - Dar la Oración en los alimentos.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: CONDUCTA EN LA MESA
ACTIVIDAD - Coordine durante los alimentos con elementos de disciplina y normas.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: CONDUCTA AL ACOSTARSE
ACTIVIDAD - Hará oración antes de dormir.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: VOCABULARIO
ACTIVIDAD - Formación de conceptos a partir de la búsqueda de palabras. - Enlistar adjetivos.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: EVALUACIÓN PERSONAL
ACTIVIDAD - Realizar actividades donde se trabaja autoestima.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: EVALUACIÓN DEL GRUPO
ACTIVIDAD - Participación en actividades como Ronda de Señalamientos.	EVALUACIÓN

FECHA:		OBJETIVO: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
- Retomar Perfil de Adicción poniendo énfasis en Factores Protectores y Vínculos.		

FECHA:		OBJETIVO: OBJETIVOS A RETOMAR
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
- Realizada la segunda evaluación se retoman los aspectos no superados por el niño.		

FECHA:		OBJETIVO: INSCRIPCIÓN A ESCUELA
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
- Inscripción a escuela de acuerdo a su último grado de estudio.		

OBJETIVOS DE LA 3A. EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: CONDUCTA AL LEVANTARSE
ACTIVIDAD - Supervisar el cumplimiento de reglas mínimas.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: PARTICIPACIÓN EN EJERCICIOS
ACTIVIDAD 1. Elaborar rutina de ejercicios. 2. participar en educación Física y en el equipo deportivo de la C.T.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: BAÑO Y ARREGLO PERSONAL
ACTIVIDAD - Supervisar diariamente su presentación y aliño.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: ARREGLO DE SU GUARDAROPA
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> -Supervisar el lavado de su ropa. -Supervisar su cajonera. -Elaborar inventario de pertenencias. 	

FECHA:	OBJETIVO: CONOCIMIENTO DE LA FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS DE CASA ALIANZA
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar Cuadernillo de Fases. -Completar frases. Actividad estructurada. 	

FECHA:	OBJETIVO: RESPONSABILIDAD EN BIENES
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Asignación de espacio para que lo prepare y ambiente. 	

FECHA:		OBJETIVO: CONTROL DE EMOCIONES
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> -Revisar e iniciar la realización de actividades del manual de autocontrol. 		

FECHA:		OBJETIVO: POSTURA Y ACTITUD
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> -Formación de Conceptos. -Dirigir una asamblea. 		

FECHA:		OBJETIVO: EVALUACIÓN PERSONAL
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de metas alcanzadas. - Elaboración de metas. 		

FECHA:	OBJETIVO: EVALUACIÓN DE GRUPO
ACTIVIDAD -Realizar entrevista a cinco compañeros y retomar los señalamientos que resulten.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: PREVENCIÓN DE RECAIDAS
ACTIVIDAD -Participación en un grupo de A.A. externo al programa.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: OBJETIVOS A RETOMAR
ACTIVIDAD -Una vez realizada la evaluación se retoman los aspectos no superados.	EVALUACIÓN

OBJETIVOS DE LA 4ª EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: EVALUAR LA PARTICIPACIÓN EN SU CURSO DEPORTIVO
ACTIVIDAD -Atender recomendaciones.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: EVALUACIÓN DE SU APROVECHAMIENTO ESCOLAR
ACTIVIDAD -Supervisión de los resultados de sus exámenes elaborados.	EVALUACIÓN

FECHA:	OBJETIVO: AYUDA A OTROS NIÑOS
ACTIVIDAD -Asignar responsabilidades que lo vinculen con los niños de ingreso.	EVALUACIÓN

FECHA:		OBJETIVO: FACILIDAD Y ACCESIBILIDAD PARA DAR TESTIMONIO
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
-Elaborar carta donde rescate su experiencia en la C.T. y la comparta con el grupo.		

FECHA:		OBJETIVO: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
-Asistencia a grupo de A.A.		

FECHA:		OBJETIVO: TOMA DE DECISIONES
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
-Aprenda a resolver problemas.		

FECHA:		OBJETIVO: ESTRUCTURA
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<p>-Cumplimiento de reglas mínimas.</p> <p>-Supervisión de presentación personal al acudir a cursos, terapia y salidas.</p>		

FECHA:		OBJETIVO: CONTROL DE ABSTINENCIA
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<p>-Solicitar seguimiento de psicología y de su grupo de A.A.</p>		

FECHA:		OBJETIVO: OBJETIVOS A RETOMAR
ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	
<p>- Una vez realizada la evaluación se entregan las recomendaciones si es promovido a otra etapa.</p>		

AUTO EVALUACIÓN

Nombre del niño: _____

FECHA	CONCEPTO	B	R	M	OBSERVACIONES
	PERMANENCIA				
	SALUD				
	HIGIENE PERSONAL				
	PARTIC. ACT. RECREATIVAS				
	RESPECTO A EDUCADORES				
	RESPECTO A COMPAÑEROS				
	RESP. INFRAESTRUCTURA				
	EVALUACIÓN PERSONAL				
	EVALUACIÓN DEL GRUPO				

FECHA	CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
	HA PRESENTADO RECAÍDAS			
	TIENE PLAN DE VIDA			

	ACTIVIDAD DE LIMPIEZA				
	PARTICIPACIÓN TERAPIAS				
	ACEPTA REFLEXIONES				
	CONDUCTA EN LA MESA				
	CONDUCTA AL ACOSTARSE				
	VOCABULARIO				
	EVALUACIÓN PERSONAL				
	EVALUACIÓN DEL GRUPO				

FECHA	CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
	SUPERÓ Y MANTIENE ASPECTOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN			
	HA PRESENTADO RECAÍDAS			
	TIENE PLA DE VIDA			

	CONDUCTA AL LEVANTARSE			
	PARTICIPACIÓN EN EJERCICIOS			
	BANO			
	ARREGLO DE SU GUARDARROPA			
	PARTICIPACIÓN EN LA ORACIÓN			
	APARIENCIA PERSONAL			
	EVALUACIÓN DEL GRUPO			

FECHA	CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
	HA PRESENTADO RECAÍDAS			
	SUPERÓ Y MANTIENE ASPECTOS DE LAS ANTERIORES EVALUACIONES			
	TIENE PLA DE VIDA			
	SABE TOMAR DECISIONES			
	TIENE BUENA ESTRUCTURA			
	TIENE SU ADICCIÓN BAJO CONTROL			

ANEXO 3.**PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES**

Horario	D í a s						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6	Levantarse y correr						
7	Higiene personal y de Dormitorio						
8	Desayuno						
9	Aseos del hogar						
10	Clínica	Educativa	Recreación	Clínica	Artísticas	Recreación	Juego
11	Colación						
12	Educativa	Recreación	Artísticas	Clínica	Educativa	Artísticas	Artísticas
13	Recreación	Artísticas	Clínica	Artísticas	Clínica	Recreación	Recreación
14	Comida						
15	Aseos del Hogar						
16	Artísticas	Clínica	Educativa	Artísticas	Juego	Recreación	Recreación
17	Colación						
18	Juego	Clínica	Juego	Educativa	Artísticas	Recreación	Recreación
19	Cena						
20	Diario de vida , Terapia de afirmación.						
21	Hora de dormir						

ANEXO 4.



OLLIN PERFIL DE ADICCIÓN

Fecha de aplicación: _____

I. DATOS GENERALES

NOMBRE:	EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	ESCOLARIDAD:	ORIGEN:

II. ESTANCIA EN CALLE

Tiempo, Actividad y percepción de la calle

III. ESTADO GENERAL DE SALUD

IV. EXPECTATIVAS PERSONALES

V. TIPO DE RESPONSABILIDADES QUE EL NIÑO HA TENIDO

(Escuela, Trabajo, Cuidado de hermanos, etc.)

VI. FACTORES DE INFLUENCIA Y/O GENERADORES DE CONSUMO DE DROGAS

<ul style="list-style-type: none">HambreDolor por enfermedadPara darse valorPara mayor vigiliaPor InsomnioPara aumentar energía	<ul style="list-style-type: none">Como medio de recreación y/o agente distractorPor búsqueda de emocionesComo agente promotor de la socializaciónAburrimiento	<ul style="list-style-type: none">MiedoSoledadDepresiónCuriosidadNecesidad de olvido
--	--	--

VIII. VÍNCULOS QUE TIENE EL NIÑO

<ul style="list-style-type: none">AmigosRelación de parejaEscuela	<ul style="list-style-type: none">FamiliaReligiónEducadores	<ul style="list-style-type: none">Compañeros de la calleTrabajoOtros, especifique
---	---	---

IX. HABILIDADES

<ul style="list-style-type: none">Confianza en sí mismoAnaliza opciones, sabe cuando retrocederTiene auto controlPuede reinterpretar las cosas desde un lado más positivo	<ul style="list-style-type: none">Busca apoyo de los demásBusca solución a los problemas, si es así especifique de qué tipoHace negociación y compromisoSabe trabajar	<ul style="list-style-type: none">Es asertivoAsume conductas alternativasSabe relajarseExpresa lo que le pasa
--	--	--

X. SUSTANCIA DE CONSUMO

Sustancia (s):	
Edad en la que comenzó a usar alguna sustancia:	Grado de tolerancia:
Tiempo de consumo:	Última vez de consumo:
Forma de consumo:	
Veces a la semana:	Veces al día:
Cantidad(dosis):	

XI. NIVEL DE CONSUMO

EXPERIMENTAL	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración • Curiosidad • Búsqueda de identidad • Patrón de consumo variable • Socialización • En alguna crisis en específico 	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo tiene un objetivo definido • Sabe cuándo y cómo Consumir • No tiene percepción de daño • Sus actividades y socialización se perciben en el rango de lo normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones psicológicas deterioradas • Formas de socialización deterioradas • Relaciones afectivas deterioradas • No acepta responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco control del consumo • No hay regla para conseguir la droga • Salud física deteriorada • Síntomas de Intoxicación

XII. TRATAMIENTOS EN LOS QUE HA PARTICIPADO

Causas que el niño manifiesta, lo motivaron a consumir drogas:	
Actitud, sentimientos o sensaciones que le causa drogarse:	
Cómo percibe el niño su consumo de drogas (es un problema, un gusto, una necesidad, etc.)	
Quiere dejar su consumo de drogas Sí () No () Indeciso () ¿Por qué?	
Ha tenido algún tipo de tratamiento Sí () No() Cuál:	
Dónde:	Tiempo:
Opinión que tiene de este tratamiento:	
Quiere participar en algún programa que le ayude a dejar su consumo de drogas SÍ NO ¿Por qué?	

Observaciones:

ELABORÓ _____