



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**“SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PROYECTO
'TRATAMIENTO DE BASE COMUNITARIA' EN HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD, IAP.”**

**TRABAJO RECEPCIONAL:
INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL PRESENTA:**

USHUAIA DE LOS ANGELES CAMARENA ACOSTA

DIRECTOR DEL TRABAJO: GLORIA ALCÁNTAR GARCÍA

MÉXICO, D.F.,

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme seguir andando el Camino de la Vida.

A mi mamá, por acompañarme siempre, brindarme tu gran amor, apoyo, paciencia y comprensión, por ayudarme a luchar por lo que quiero.

A mi papá, por su cariño, respeto, comprensión, por tus enseñanzas y consejos, por alentarme a seguir adelante siempre.

A mi hermana Marlene, por caminar juntas la vida desde los juegos y travesuras hasta la formación escolar y compartir aprendizajes, preguntas y respuestas de nuestras carreras.

A mi familia, por su toda su fuerza y corazón, a todas mis tías y tíos; por su apoyo y compañía incondicional, a todas mis primas y primos, por su alegría, juegos, sorpresas y enseñanzas.

A Víctor, por tu gran amor, cercanía y confianza, por acompañarme en el proceso de este trabajo, por tu apoyo y ayuda, por las enseñanzas y el espíritu que me compartes, gracias por inspirarme a seguir el camino que he elegido, por tu valiosa lucha, y por tu bella serenidad.

A Luz, por estar siempre, por tu amistad incondicional, por tu apoyo y ayuda en el desarrollo de este trabajo, por la inmensidad de horas con risas o lágrimas, por ser tan especial.

A Rosaurora, por compartirme sin reservas tus experiencias y saberes, por tu comprensión y respeto, por tu gran cariño y sensibilidad, por tu hospitalidad, gracias por ayudarme a encontrar el sentido de la naturaleza en el campo y reconocer lo valioso de la gente de maíz.

A Azucena, por tu apoyo y compañía, por los momentos para disfrutar la vida, gracias por los conciertos de Rock, por la danza y el cine, por las marchas y las mantas.

A Vero, por ser mi cómplice, compañera y amiga en la formación académica y profesional, gracias por mantenerte cerca.

A Bonzo, por tu gran sentido del humor, por tus reflexiones, por el billar y la música.

A todos mis amigos y amigas, por brindarme su amistad, compañía, apoyo y momentos entrañables.

A mis compañeras y compañeros de Trabajo, por confiar en mí, y por compartirme su maestría en la intervención social, su gran sensibilidad y pasión por el trabajo en lo social.

A mis maestras y maestros, guías, artistas, escuchas, luchadores y luchadoras sociales que me inspiraron para mi formación académica, y demás personas significativas que me brindaron enseñanzas valiosas en este caminar.

A mis profesores y profesoras de La Formación Académica, y a los que me acompañaron en este trabajo, gracias por sus palabras de aliento y sus observaciones.

A La Escuela Nacional de Trabajo Social.

A La Universidad Nacional Autónoma de México.

Oh Adán, no te di un lugar determinado, ni un aspecto propio, ni una prerrogativa peculiar con el fin de que poseas el lugar, el aspecto y la prerrogativa que conscientemente elijas y que de acuerdo con tu intención obtengas y conserves. La naturaleza definida de los otros seres está constreñida por las precisas leyes por mí descritas. Tú, en cambio no constreñido por estrechez alguna te la determinarás según tu arbitrio a cuyo poder te he designado. Te he puesto en el Centro del mundo para que más cómodamente observes cuanto en él existe. No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice de tí mismo te informases y plasmases en la obra que prefirieses. Podrás degenerar en los seres inferiores que son las bestias, podrás regenerarte, según tu ánimo, en las realidades superiores que son divinas.

GIOVANNI PICCO DELLA MIRANDOLA

1486

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Págs.

CAPÍTULO I

GÉNESIS Y CARACTERÍSTICAS DE UN FENÓMENO SOCIAL EMERGENTE.....

1.1 Factores sociales, políticos, económicos y culturales que favorecieron el desarrollo de un estilo de “vida en calle”.....	1
1.2 Antecedentes del concepto “niños de calle”.....	4
1.3 Características de los “niños, niñas y jóvenes en situación de calle”.....	6
1.4 Consumo de sustancias sicoactivas y estilo de vida en calle.....	12

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS GENERADAS EN TORNO A LA POBLACIÓN “EN SITUACIÓN DE CALLE”.....

2.1 Breve Descripción de las categorías “Niñez” y “Juventud”.....	15
2.2 Perspectiva generada en torno a la noción de “niños, niñas y jóvenes en situación de calle”.....	16
2.3 Sobre el Proceso de “Callejerización”.....	18

CAPÍTULO III

RESPUESTA DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD CIVIL A UN FENÓMENO SOCIAL EMERGENTE.....

3.1 Perspectivas “tradicionales” sobre el fenómeno.....	24
3.1.1 Médico / Psiquiátrico.....	26
3.1.2 Jurídico / Disciplinario.....	31
3.1.3. Moral / Religioso.....	34
3.1.4. Psicosocial (Relacional).....	36
3.2 Respuestas; de la Emergencia al Método.....	38
3.2.1 Respuestas del Estado.....	39
3.2.2 Respuestas de las Organizaciones de la Sociedad Civil.....	41

CAPÍTULO IV

RESPUESTA INTERSECTORIAL.....

4.1 Surgimiento del Proyecto “Centros de Promoción para la Infancia Matlapa”.....	44
4.2 Hogar Integral de Juventud, IAP.....	44
4.2.1 Antecedentes de la Institución.....	47
4.2.2. De la Misión y Visión.....	48
4.2.3 Resultados de la Incidencia Institucional.....	49
4.2.4 Áreas y Proyectos.....	50
4.2.5 Estructura interna y Funcionamiento del Equipo Operativo.....	52
4.2.6 De la conformación del Equipo Operativo de la Institución.....	53
4.2.7 Del papel del Trabajador Social en Hogar Integral de Juventud.....	58
4.3 Modelo “Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria (ECO2).....	63
4.3.1 Nociones básicas del Modelo Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria (ECO2).....	67
4.3.1.1 El cambio de paradigma: Tratamiento de Base Comunitaria.....	76
4.3.1.2 Proceso Operativo del Proyecto: Tratamiento de Base Comunitaria.....	80

	Págs.
CAPÍTULO V	
DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN EL PROYECTO: “TRATAMIENTO DE BASE COMUNITARIA”	87
5.1 Proceso de Formación en la Acción.....	88
5.1.1 Programa de Inducción para el Equipo de “Tratamiento de Base Comunitaria”.....	88
5.1.2 Formación en la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes.....	89
5.1.3 Formación en la acción en el Proyecto “La Carpa”.....	92
5.2 Desarrollo de los tres Contextos de Intervención en el Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”.....	93
5.2.1 Elaboración del Diagnóstico Institucional y comunitario.....	94
5.2.2 Trabajo realizado en las comunidades de los Centros Matlapa.....	97
5.2.3 Coordinación Interinstitucional.....	102
5.2.4 Espacios de Formación: Seminarios de “Análisis de Caso” y “Reducción del Daño”.....	105
5.2.4.1 Formación en la Acción desde el programa de actividades del Centro de día Matlapa “Observatorio”.....	108
5.2.5 Procesos de Tratamiento de Fármacodependencia con la población de Jóvenes en Situación de Calle.....	110
5.2.5.1 Atención a primeros contactos y primeros coloquios.....	111
5.2.5.2 Fase Formación de Grupo con la población en situación de calle.....	113
5.2.5.3 Fase Formación de Grupo “Lúdica”.....	114
5.2.5.4 Fase Formación de Grupo como “Espacio de Escucha”.....	116
5.2.5.5 Intervención con la Red Familiar y la Red Subjetiva.....	120
5.2.5.6 Acciones de Reducción del Daño.....	121
5.3 Intervención en el Albergue de Invierno de la Delegación Venustiano Carranza.....	125
CAPÍTULO VI	
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	126
6.1 Con Relación al desarrollo de Habilidades y Competencias en el ámbito Profesional.....	126
6.2 Con Relación a la Intervención en el Proyecto “Matlapa”.....	128
6.3 Con Relación al Proceso de Sistematización.....	130
CAPÍTULO VII	
PROPUESTAS	137
7.1 De la Estrategia de Intervención para la Vuelta a la Acción.....	139
CONCLUSIONES	142
BIBLIOGRAFIA	146
ANEXOS	

Introducción

En el paisaje de la gran urbe, caminado al costado de grandes edificios de cristal, se encuentran las personas que hacen de las calles y avenidas su hogar, muy a menudo, en un estado de percepción sensorial particular; debido al uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol. Esta escena a menudo parece provocar en los transeúntes una mueca de descalificación, miedo, odio o la indiferencia total.

Ahora bien, el presente trabajo de Sistematización tiene como objetivo mostrar la Experiencia Profesional de la Intervención Social que tuvo la Trabajadora Social en el marco del ámbito Institucional en Hogar Integral de Juventud, IAP, a través de un proyecto social dirigido a los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que viven con problemáticas de fármacodependencia en diferentes puntos de la Ciudad de México.

La Sistematización es un proceso que tiene como propósito generar conocimientos o enriquecerlos, a partir de la experiencia en la intervención social, en la que se vinculan elementos teórico-prácticos desde y para la acción transformadora. Se trata de un proceso participativo que provee medios y herramientas para la vuelta a la acción. A través de la reconstrucción y el análisis de las mismas experiencias, es viable diseñar mejores propuestas de intervención social.

Existen diferentes métodos de sistematización, no existe un solo método por definición, por lo cual a partir del Curso “Metodología de Sistematización de la Experiencia Profesional”, que nos fue impartido por el Centro de Educación Continúa de la Escuela Nacional de Trabajo Social (para la modalidad de titulación “Sistematización de la Experiencia Profesional”), se revisaron diferentes propuestas a partir del objetivo que se pretende lograr, es decir, que estuviera orientada hacia la sistematización de la experiencia de Trabajo Social en el ámbito Institucional.

En este mismo sentido, se retoman las metodologías que desarrollaron María de la Luz Morgan y Teresa Quiroz del Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) y de la Asociación de Trabajadores Sociales de México, AC, (ATSMAC) con algunas modificaciones, enriqueciéndose con los aportes que se han tenido con los participantes en esta modalidad de titulación. En general, la sistematización transcurre por un conjunto de fases que al integrarse en su totalidad conforman la Sistematización, y para este trabajo se desarrolla en: 1. Fase Programática [Búsqueda, ordenamiento y delimitación de la información], 2. Fase Documental [Contextualización y conceptualización], 3. Fase Descriptiva [la reconstrucción de la

experiencia], 4.Fase Reflexiva [El análisis], 5. Fase Constructiva [Interpretación] y, 6.Fase Propositiva [Las conclusiones y propuestas].

En la estructura de este documento, se plasma el resultado del proceso de sistematización, en sus diversas etapas, desde la elaboración del Marco Contextual, el Marco Teórico, la Caracterización de la Institución, el Modelo de Intervención, la Descripción de la Experiencia, los análisis, etc. Para la elaboración de dicha sistematización, la Trabajadora Social retoma su experiencia profesional en el ámbito institucional, en “Hogar Integral de Juventud”, IAP. (De 2003 al 2005), esta institución tiene como finalidad ofrecer procesos de tratamiento profesionales y de vanguardia a las personas que viven el fenómeno de la fármacodependencia, promoviendo una cultura que ponga en relieve las capacidades y competencias curativas de la población destinataria.

Hogar Integral de Juventud representa una alternativa de Tratamiento de las adicciones, a través de un enfoque comunitario ya sea en el contexto de la Comunidad Terapéutica o bien, de la Comunidad Real Local.

La disciplina de Trabajo Social se integra a los diferentes momentos de la intervención en lo social, en lo que se refiere a la investigación, planeación, programación, ejecución, evaluación y sistematización de los procesos de tratamiento, enriqueciendo al equipo operativo transdisciplinario. La formación de Trabajo Social permite tener una mirada integral del fenómeno de la fármacodependencia desde su complejidad y desde ahí, plantear alternativas de solución a las necesidades y problemáticas asociadas al abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Por ello, resulta importante socializar la experiencia profesional, en Hogar Integral de Juventud, que la trabajadora social obtiene al integrarse al Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”, que tiene como objetivo generar procesos de Prevención y Tratamiento de las adicciones, dirigidos a los niños, niñas y jóvenes en situación o riesgo de calle. La modalidad de “Tratamiento de Base Comunitaria”, representa una innovación en el campo de los procesos de prevención y tratamiento de las adicciones, teniendo la primera experiencia en México, con el Proyecto interinstitucional “La Carpa” que se lleva a cabo en la *Plaza de la Soledad*, ubicada en la Ciudad de México. Hogar Integral de Juventud participa desde su especialidad y plantea junto con otras instituciones una alternativa diferente de la intervención social en el contexto de calle.

En el capítulo I se describen por un lado, los antecedentes económicos, sociales y culturales que favorecen la emergencia de niños, niñas y jóvenes en situación de calle, asimismo se muestran las condiciones de vida acerca de la salud, la educación, el consumo de sustancias psicoactivas y otras problemáticas asociadas al estilo de vida callejero, y por otro lado, se habla acerca de las respuestas por parte de las instituciones de gobierno en el intento de resolver esta “problemática social”.

En el Capítulo II se da un abordaje en cuanto a la concepción de lo que se ha denominado la “situación de calle” y “riesgo de calle”, el “proceso de callejerización”, los factores de riesgo de calle y otras categorías que ayudan a complejizar y comprender el fenómeno social, resulta importante mencionar que en este desarrollo conceptual, se retoman algunos autores, sin embargo, la mayor parte de la información plasmada es resultado de la sistematización de la experiencia profesional, desde la intervención social con la población en situación de calle.

En el Capítulo III, se habla de las respuestas por parte del Estado y de las Organizaciones de la Sociedad Civil, así como las perspectivas tradicionales de intervención respecto al fenómeno social de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que viven con fármacodependencia, de la misma manera se enfatiza en los enfoques o miradas de intervención tales como; el enfoque médico-psiquiátrico, jurídico-disciplinario, moral-religioso y por último, el psicosocial.

En Capítulo IV, se centra en la respuesta Intersectorial y el surgimiento del Proyecto “Matlapa”, donde participa la institución en cuestión, Hogar Integral de Juventud, IAP con el proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”, de esta forma se da a conocer los objetivos institucionales, la misión, visión y Modelo de Intervención y descripción del proceso operativo.

Posteriormente se da paso en el Capítulo V, a la descripción de la experiencia profesional, se abarca por una parte, la intervención social en el Marco del Proyecto “Matlapa”; la red de instituciones participantes, las redes comunitarias y la población destinataria final en situación o riesgo de calle con la que se inician procesos de tratamiento de fármacodependencia, por otra parte, se caracteriza también el proceso de la formación en la acción que experimenta el equipo operativo en el que se integra la Trabajadora Social. Con esto se da paso, al análisis de las habilidades y competencias desarrolladas desde la formación académica y del ejercicio de la profesión, después, así como al balance de la intervención social dentro del Proyecto “Matlapa”, y al análisis del proceso mismo de la Sistematización.

En seguida se da paso a la elaboración de las propuestas generales y elementos significativos para la vuelta a la acción, mismos que a su vez, pueden retomarse no sólo para la intervención social con problemáticas asociadas a la fármacodependencia o situación de calle, sino que puede circunscribirse a otros diversos programas ó proyectos sociales con una perspectiva del trabajo de red que busque modificar los mecanismos de exclusión y estigmatización generados en, y alrededor de los fenómenos sociales en general. Por último, se elaboran las conclusiones y reflexiones finales, mismas que provienen del arduo proceso de Sistematización.

CAPÍTULO I

GÉNESIS Y CARACTERÍSTICAS DE UN FENÓMENO SOCIAL EMERGENTE

1.1 Factores sociales, políticos, económicos y culturales que favorecieron el desarrollo de un estilo de “vida en calle”.

El propósito de este primer apartado es describir, a grandes rasgos, el origen y evolución de un fenómeno cada vez más generalizado: la aparición y multiplicación de los niños, niñas y jóvenes que encuentran en la calle un lugar para trabajar, comprar o vender productos, establecer relaciones afectivas, formar una familia, etc. Se trata aquí de poder apreciar las múltiples manifestaciones de esta forma de vida, con la intención de comprender los factores históricos, sociales, culturales y económicos que han favorecido su incremento, además de identificar los riesgos que afectan su desarrollo y calidad de vida; pero también identificar los recursos y posibilidades que les ofrece dicho estilo de vida “en las calles”.

El fenómeno de los niños, niñas y adolescentes que hacen de las calles su espacio de lucha por la supervivencia –e inclusive de vivienda-, no es reciente en América Latina. De hecho está presente en gran parte de los países de la región.

Vayamos a la historia, es importante recordar que en México, a partir de la década de los años **cuarenta**, existe un desarrollo acelerado (económico y político), pues tan sólo en 30 años el país logra consolidar su estructura industrial; mientras que en los llamados países “altamente industrializados” (EU, Inglaterra, Francia) el proceso de industrialización había tardado casi un siglo. En México, al igual que el resto de los países de América Latina, esta dinámica se da en un periodo mucho menor; transformándose la estructura de agraria -industrial a industrial-agraria.

A partir de la década de los **cincuenta**, la política económica se orienta a la creación de condiciones favorables para que el capital privado (nacional y extranjero) obtuviera altas tasas de ganancia. Se favoreció la acelerada formación de capital y se estimuló el crecimiento prioritario de la industria manufacturera, subordinando otras ramas productivas a sus necesidades.

Uno de los mayores impactos fue la creciente **migración de los grupos campesinos** a las ciudades en la búsqueda de sobrevivir a las condiciones de miseria en las que se encontraban en sus zonas de origen. Se trató de un fenómeno de migración masiva que de ninguna manera tuvo un carácter accidental, por el contrario: **el aumento de la mano de obra**

disponible en las ciudades (centros del desarrollo industrial) permitió tanto un mayor control sobre los salarios de los trabajadores, como un impulso favorable al crecimiento de la industria.

Las ciudades se convirtieron en polos de atracción para la población pero no garantizaron un adecuado nivel de vida, lo que en un periodo no mayor de 30 años llevó a la formación de amplios asentamientos humanos que sobrevivían en condiciones de extrema pobreza: sin servicios públicos indispensables tales como la energía eléctrica, el agua, la educación, la salud y un acceso cada vez más difícil al mercado de trabajo.

De esta forma, ***la familia rural se integró al sector urbano*** para poder generar los ingresos suficientes para sobrevivir. La creciente depreciación de la mano de obra, junto con el difícil acceso al mercado de trabajo, la obligaron a integrarse a las actividades de la llamada “economía informal”. Así, fue necesaria la participación de todos los miembros de la familia en las actividades económicas, relacionadas con su supervivencia en el contexto de la ciudad. A partir de la migración masiva de los campesinos, esta población se vio enfrentada y sometida a valores y hábitos culturales ajenos. Mismos que, contra la idea más generalizada, comenzaron a adquirir en el contexto de sus propias comunidades, por vía de aquellos que, “derrotados”, volvían de la ciudad. Asimismo los países de América Latina incluyendo a México, experimentaron el cambio de modelo de desarrollo económico que propició el “desmantelamiento” del Estado y el término de la política de redistribución al ingreso al gasto social; situación que exacerbó aún más la migración del campo a la ciudad.

Los procesos de transformación de la estructura productiva y de la reforma del Estado, considerados imprescindibles en aras de la competitividad, han deteriorado aún más la calidad de vida de la población pobre y, en el mismo sentido, han incrementado las desigualdades sociales.

Otro hecho fundamental para comprender la emergencia de la llamada “población en situación de calle” es el terremoto, acaecido en **1985**, en la ciudad de México y en varios estados del país. Este desastre natural produjo una seria carencia de viviendas; hecho que forzó a familias, y vecindades enteras, a desplazarse a diversos puntos de la ciudad, tales como lotes baldíos y cinturones de miseria. Frente a lo anterior, el gobierno de México tomó medidas para tratar de remediar la situación, por lo que impulsó la construcción de varias unidades habitacionales en donde los patios y pasillos se convierten en una extensión de las casas habitación.

Dicho movimiento urbano, en la mayoría de los casos, convirtió las unidades habitacionales en “zonas de almacenamiento y hacinamiento”, en donde la frontera de lo público

y lo privado se disuelve y se pierde el sentido de identidad. Lo cual, a su vez, genera y fortalece fenómenos y problemáticas como la violencia familiar, el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas ilegales, entre otros.

Haciendo una recapitulación de lo hasta aquí expuesto, podemos mencionar que durante dichas décadas las problemáticas que favorecieron la emergencia y fortalecimiento del fenómeno denominado como “situación de calle” fueron: la masiva migración del campo a la ciudad; la falta de acceso a los servicios públicos; la insuficiente infraestructura de vivienda; y la falta de inversión al desarrollo social. La convergencia de las mismas devino en la consolidación de implicaciones de índole social, económica y cultural, que se tradujeron en la extensión de los contextos de pobreza urbana. Es así como las grandes ciudades, que en un primer momento fungen como “zonas receptoras” de los flujos migratorios, no tardan en transformarse en “zonas de expulsión”; que no logran contener y satisfacer las necesidades básicas de la población vulnerable. De esta manera, el resultado tangible de este proceso consiste en la conformación de cinturones de miseria, ciudades perdidas y “marraneras”, en donde la población padece hacinamiento, violencia y promiscuidad.

Ahora bien, aunque la ciudad y la zona conurbada lograron contener, en cierta medida, a dicha población, cuando ocurre el terremoto de 1985 la suma de estas condiciones de marginación y pobreza se extienden, evidencian y profundizan inusitadamente. Cientos o quizá miles de familias se quedan sin hogar, trabajo, dinero y servicios públicos. Sus integrantes se ven forzados a buscar acomodo con integrantes de su familia extensa (en caso de tenerlos), o engrosan la filas de las personas que tratan de obtener un lugar en los albergues, instituciones de asistencia, centros de acopio, lonas y tendidos improvisados en parques, plazas públicas y estacionamientos.

Además, muchos jóvenes y menores de edad resultan huérfanos, o son abandonados por sus familiares. No saben a dónde dirigirse, por lo que en su búsqueda deambulan por las calles de la ciudad y pernoctan ahí donde los encuentra la noche. Pronto se dan cuenta de que no están solos. Se unen a otros jóvenes y menores que comparten su condición, y en ellos encuentran el apoyo, la compañía y contención que en esos momentos de crisis no les puede brindar ni su familia, ni las instituciones, ni la sociedad en general.

De esta forma es como el año de 1985 representa un parte aguas en la evolución del fenómeno social de personas que hacen de las calles su contexto de vida. En este momento de hace visible lo que había permanecido más o menos velado o invisible, es decir, las problemáticas sociales relacionadas con la pobreza, violencia doméstica, desempleo,

hacinamiento, etc. Es aquí cuando la sociedad civil comienza a organizarse de forma más consistente en torno a las necesidades sociales del pueblo mexicano.

1.2 Antecedentes del concepto “niños de calle”.

Anterior al surgimiento y afirmación de la denominación “niños de calle”, ese segmento de la infancia y adolescencia era llamado genéricamente “menor”. La palabra “menor”, designación universal de ese grupo, venía sumada a un adjetivo, que calificaba las diversas subcategorías: menores cadenciados, menores abandonados, menores inadaptados, menores infractores, etc.”¹

La Sociedad Civil y las políticas públicas designaban el fenómeno con los mismos términos, es decir, no había una diferencia sustantiva. Existía, eso sí, un consenso entre las entidades gubernamentales y no gubernamentales en cuanto a las maneras de encarar y de intervenir en esa realidad.

El abordaje de los “menores” en el marco de la legislación vigente en la década de los **años ochenta** se puede resumir de la siguiente manera:

Aprehensión: Cualquier niño o adolescente, encontrado en las calles en situación considerada de riesgo personal o social, independientemente de estar o no infringiendo la ley, podría y debería ser aprehendido y conducido ante la presencia de la autoridad correspondiente, o sea el juez de menores;

Selección: Encaminar a los menores a un centro de observación (selección) a fin de que se realizara un diagnóstico médico, psicopedagógico;

Rotulación: estos estudios terminaban invariablemente con el señalamiento de menor en alguna de sus categorías: abandonado, inadaptado, infractor, débil de sus facultades mentales, etc.

Deportación: La decisión del juez, tanto para infractores y los no infractores, consistía en escoger un conjunto de medidas a las cuales no les corresponde ningún derecho de defensa. En la mayoría de los casos; la decisión más común era el alejamiento del menor del continente familiar y de las vinculaciones socioculturales de su medio origen.

Confinamiento: La medida de internación era aplicada indistintamente a “menores” cadenciados, abandonados, inadaptados e infractores. La única diferencia es que éstos

¹ Gómez Da Costa, Antonio. *Niños y niñas de la Calle: vida, pasión y muerte. Trayectoria, situación actual y perspectivas de una categoría de comprensión y acción social en la lucha por los derechos del y niño y del adolescente en América Latina*, Centro Latinoamericano de Trabajo Social. CELATS, 1985.

últimos cumplen su “medida” en centros de seguridad. Las unidades de internación muy parecidas a dichos centros, los privan de una red de convivencia significativa, además de privar de su libertad, respeto, dignidad, identidad y de la integridad física, psicológica y moral.

Posteriormente, en el periodo comprendido entre 1980 y 1990, y en el marco de los primeros estudios impulsados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF²), los menores que habían roto comunicación con su familia, no trabajan y vivían en la calle de tiempo completo fueron clasificados como “*niños y niñas de la calle*”. Y, en el mismo sentido, a los menores que vivían con su familia, trabajaban y pasan parte de su tiempo en la calle, los denominaron como los “*niños y niñas en la calle*”. Ambas categorías hacen referencia a la presencia de niños y adolescentes en las calles de las áreas centrales, de medianos y grandes centros urbanos³.

A partir de la emergencia de dicha conceptualización se abrió la posibilidad de obtener información específica de este particular grupo de la población⁴ en materia de salud, educación, trabajo, alimentación, familia, seguridad social, sexualidad, así como de las causas de la salida a calle y de sus lugares de origen.

Antes de dar paso a la siguiente sección, consideramos que es importante realizar una breve reflexión con respecto al tipo de respuesta frente a este fenómeno social emergente por parte del Estado y sus instituciones.

Los niños, niñas y jóvenes al igual que la población que quedó en condiciones de pobreza extrema y en el abandono por la pérdida y/o separación de sus redes más significativas obtuvieron por parte de las Instituciones del Estado (y en algunos casos de la sociedad civil) respuestas emergentes, caracterizadas por el etiquetamiento, encierro y la urgencia por brindarles asistencia social bajo una lógica de intervención que buscó; antes que nada, mantener el control y la cohesión social, en vez de buscar alternativas de intervención social dirigidas a las necesidades y condiciones específicas de esta población. Todo esto en el

² Programa MESE (Menor en Situación Extraordinaria), retomado de la legislación de los años ochenta en América Latina. [DIF Federal retoma dicha categorización]

³ Como se observa, los términos mayoritariamente se refieren a menores de edad, sin embargo el fenómeno ha evolucionado y en la actualidad se habla de una población compuesta preponderantemente por jóvenes, y no ya por niños y niñas. Inclusive hoy en día se observan sistemas familiares completos viviendo un *estilo de vida callejero* (término que surge a partir de la experiencia de intervención de Hogar Integral de Juventud en sus proyectos dirigidos a esta población, y que se explicará claramente en el capítulo II de este trabajo).

⁴ De esta manera, esta población comenzó a dejar de ser incluida en categorías como las de “menor infractor”, cadenciado, etc.

contexto del inicio de un proceso de emergencia, movilización y participación de nuevos actores sociales.

La intervención institucional del Estado consistió en tratar de acomodar a la población en instituciones previamente constituidas como centros de salud mental, centros para menores infractores, casa hogar, iniciando con esto una especie de ciclo institucional en la cual el menor no cabe dentro de las caracterizaciones o perfiles establecidos para cada una de las instituciones (p. e. Podemos pensar en un niño que a partir de la migración llega a la ciudad y no encuentra a sus familiares es detectado por agentes de seguridad pública y puesto a disposición de la autoridad competente. La autoridad competente toma la decisión de canalizarlo al Consejo Tutelar de Menores, en dicha institución convive y es tratado como un infractor no obstante é no ha quebrantado ninguna ley, por lo que a poco tiempo su consejero lo canaliza a una Casa Hogar para niños por su situación de abandono, por su experiencia en el Tutelar de menores trae consigo una dinámica de relación violenta aprendida hecho que provoca ser expulsado de la Casa hogar, llevándolo a una Institución de Salud Mental para darle el tratamiento pertinente.) Aunque sabemos que al lector este ejemplo puede parecerle exagerado, podemos mencionar que en Hogar Integral de Juventud se atendían casos de jóvenes que habían transitado por hasta 15 instituciones (estatales y privadas) buscando la solución a su problemática o en el mismo sentido, que habían pasado hasta 10 años de su vida internados.

Este ciclo perverso de institucionalización además de perpetuar su condición, y más allá de los daños al desarrollo personal, psicológico y social que les acarreaba a los niños, niñas y adolescentes, era antijurídico en esencia; ya que agredía frontalmente sus derechos humanos y garantías individuales, al privarlos de su libertad sin haber cometido infracción alguna, vivir con algún trastorno mental, sino por el hecho de ajustarse en las categorías construidas socialmente y empleadas por las instituciones durante la época.

1.3 Características de los “niños, niñas y jóvenes en situación de calle”

Los siguientes datos fueron obtenidos de organismos y agrupaciones especializadas en la materia, y de documentos e instrumentos propios de la institución en la que se realizó la “experiencia profesional”, tales como: diarios de campo, bitácoras, mapa ecológico, instrumentos de diagnóstico individual, grupal, etc.

Origen

Generalmente la población “en situación de calle” proviene de zonas urbano-marginales de la ciudad donde están asentados o de otras ciudades de la República. De acuerdo al Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2000)⁵, el 65% viene de los estados de Oaxaca, Puebla y el Estado de México, y en menor dimensión de los estados de Michoacán, Morelos, Querétaro, Guerrero y Chiapas. **Solamente el 35% de los menores en situación de calle, nacieron en el Distrito Federal.**

Edad

La edad en la que los niños, niñas y jóvenes salen a la calle abarca generalmente un rango de los 5 a los 14 años.

Motivos por los que salen de su hogar

Refieren que *los problemas* por los que salen de su hogar son: hacinamiento, dinámica familiar de violencia, abandono, desintegración, abusos sexuales, adicciones en algunos miembros de la familia, el tráfico de estupefacientes, la necesidad de buscar trabajo y la pobreza.

Tiempo de vida en calle

Acercas del tiempo que tienen en situación de calle varía entre tres y medio y quince años. Aunque existen personas adultas viviendo desde hace más de 30 años en la calle.

Proporción por género

El número de niñas viviendo en la calle es bastante menor que el de los niños, generalmente no pasa del **10%** de la totalidad.

Número de niños y niñas en situación de calle, y de puntos de encuentro

Aún con todas las reservas que un conteo representa, a finales de 1995 el Gobierno de la Ciudad en coordinación con (UNICEF, 2000) presentaron el 2o. Censo de Menores en Situación de Calle de la Ciudad de México este estudio incluyó a 13,373 niños y niñas menores de 18 años. Se realizó en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal. Se contabilizaron 1,214 puntos de encuentro. Las delegaciones que presentaron mayor número de sitios fueron Cuauhtémoc con un 20.95% y Venustiano Carranza con un 15.5% del total. Se pudo establecer que 177 puntos de encuentro son utilizados por niños de la calle, mientras que 869 son utilizados por niños trabajadores.

Situación laboral

En cuanto a la *situación laboral* se refiere, se puede decir que el tipo de actividades económicas que realizan están determinadas por: a) las características del lugar donde se encuentran; b) la relación que guardan con su familia y comunidad de origen; y c) la relación que guardan con la escuela. Además de que existe una nueva categoría en construcción: "trabajador en la calle". Este actor social no cumple con las características de un empleo formal y realiza actividades como por ejemplo: armar puestos en los tianguis, hacen mandados, etc.

⁵ www.unicef.org

México es el país con más alta tasa de pobreza infantil dentro de los países que integran la Organización del Comercio para el Desarrollo Económico (OCDE). En el grupo de 7 a 14 años, **la explotación de la mano de obra infantil** y **la expulsión compulsiva de la escuela** de niños y adolescentes, es otro de los factores que constituyen el caldo de cultivo que propicia el surgimiento de la población de niños y niñas “en situación de calle”.

Los niños y jóvenes en esta situación obtienen recursos realizando actividades en sitios de concentración urbana como plazas, zonas de tolerancia, terminales de autobuses, sitios turísticos, muelles y áreas fronterizas. Una vez transcurrido algún tiempo de vida en la calle pueden trabajar en el comercio-ambulante. Sobreviven gracias a una red callejera. De esta manera el niño encuentra en la calle toda una red social en la cual se integra y que, además de permitir su sobrevivencia, le ofrece una gran cantidad de estímulos que lo atraen hacia ella; facilitando e induciendo, en algunos casos, la ruptura y alejamiento de su núcleo de origen.

Por otra parte, podemos mencionar que uno de los factores que marcaron una fuerte tendencia en cuanto a la promoción del trabajo infantil⁶ se refiere, fue la idea de que, *en vez de ayudar a la familia para que la familia ayude al niño*, lo mejor era *ayudar al niño, para que éste ayudase a la familia*. Este es el momento cuando se da la proliferación de programas llamados de “generación de renta”, que pretenden que los niños pobres participen en forma activa en una estrategia de sobrevivencia para núcleo familiar.⁷

Las actividades principales por las cuales obtienen recursos económicos son los siguientes: *faquir*⁸, limpiaparabrisas, *franeleros*⁹, venta de productos, payasos, taloneo¹⁰, cargadores, cuidadores de coches, sexo remunerado, dulceros, limosneros, recolectores de basura, ayudantes de los choferes en los microbuses, al tráfico de sustancias¹¹, a *palabrear*¹², entre otros.

Educación

Con respecto a la educación, la población de calle presenta baja escolaridad o carece de ella, ya sea por falta de medios económicos en sus familias o porque han desertado de un sistema educacional que no responde a sus necesidades y competencias. Por otro lado, la exclusión de

⁶ *Op Cit.* Gómez Da Costa, Antonio, p.10.

⁷ *Op. Cit.*, p. 11.

⁸ Es una persona que realiza actos de magia, escapismo e ilusionismo como acostarse sobre cristales, escupir fuego, hacer malabares, etc.

⁹ *Franeleros*: hace referencia a la actividad remunerada que consiste en pasar una franela o jerga para sacudir el polvo o suciedad de los automóviles, cuando la circulación vial está en alto.

¹⁰ Piden dinero con algún fin o pretexto, argumentan que padecen una situación crítica tal como la enfermedad o muerte de un familiar.

¹¹ Tráfico al menudeo de sustancias, a corta distancia. Son conocidos como burros o burreros.

¹² *Palabrear*: hace referencia a la actividad consistente a subir a los microbuses, camiones o metro a contar historias trágicas o testimonios de rehabilitación buscado obtener cooperación voluntaria de los pasajeros.

la escuela y la inclusión en el mundo del trabajo precoz generan las condiciones favorecedoras de los procesos de degradación personal y social de esta población. La exclusión del ámbito escolar no sólo se debe a factores socioeconómicos; sino que se relaciona también con factores intra-escolares como: mecanismos de exclusión; métodos pedagógicos ineficaces; con incipientes programas de inclusión y que respondan a al ritmo y estilo de aprendizaje de cada niño, docentes incapaces de comprender y trabajar con las diversas realidades que experimentan estos niños, jóvenes y sus familias. De esta forma, la escuela, en vez de fungir como el escenario en donde se generan procesos de socialización e inclusión, favorece, por el contrario, la emergencia y permanencia de procesos de estigmatización, expulsión y sacrificio, en donde, por ejemplo, aquel niño que tiene inasistencias, no cumple con la tarea o los padres no le compran el material necesario, es considerado como “el niño problema del salón” (función de chivo expiatorio).

A lo anterior se suma la particular experiencia de vida cotidiana que tiene esta población. Al salir de la institución educativa, estos niños, niñas y jóvenes se relacionan con un contexto crítico, donde el quebrantamiento de la norma es cotidiano y consuetudinario, las personas se desempeñan en trabajos catalogados como ilegales (p. e., prostitución, Tráfico de sustancias, robo, etc.), y la violencia verbal y física priva como regla implícita de relación.

Género y Vida en Calle

Con respecto al papel las mujeres, sus hijos y familias, podemos mencionar que el tipo de vida que llevan en la calle da cuenta del grado de marginación que padecen en general. Donde son ellas quienes se hacen responsables tanto del sustento familiar, como de la crianza de sus hijos. Existe una buena parte de niños y niñas que son separados de su madre en contra de su voluntad, y son llevados a instituciones, adoptados o custodiados por parientes, los cuales le niegan a la madre cualquier tipo de contacto o información sobre los mismos.

Características de las familias que “Viven en Calle”

Las familias que “viven en calle” se caracterizan por contar numerosos integrantes, pero también con muchos vínculos afectivos rotos. En la mayoría de las ocasiones, las historias de pérdida y abandono se vienen repitiendo a través de las generaciones, y representan la total imposibilidad de establecer una relación familiar con identidad propia y lazos emocionales que consoliden su cohesión. En otras palabras, da cuenta de la dificultad que encuentran los padres para hacer frente a las demandas y necesidades de sus hijos. Dando por resultado una situación en la cual los menores prefieren salir, o separarse del núcleo familiar.

Perspectiva clínica sobre el desarrollo de los niños que “Viven en Calle”

Desde la *perspectiva clínica*, existen dos elementos fundamentales que influyen en el desarrollo de los niños y niñas que viven **en contexto de calle**, a saber: 1) el contexto familiar¹³ en el que nacen los sujetos, así como su dinámica, organización, estructura, tipo de comunicación, y manera de solucionar los conflictos; 2) el contexto escolar y las redes subjetivas en el cuales la persona va aprendiendo patrones de conducta y comportamiento.

Además, dichos elementos que convergen en la organización de la personalidad de un individuo, también están relacionados con el incremento o disminución del nivel de riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias e, incluso, volverse adicto a ellas. De tal forma que un menor que vivió en el seno de una familia con una dinámica relacional violenta, con una organización delineada por límites confusos y con un tipo de comunicación paradójica cuenta con un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias, o de volverse dependiente a ellas.

Siguiendo con la importancia de los antecedentes familiares, se ha encontrado que la depresión materna y el alcoholismo paterno influyen en gran medida en la aparición de cuadros depresivos en los niños, por otro lado, el alcoholismo materno y los divorcios se han asociado con la presencia de trastornos de conducta, de tal forma que los niños y las niñas que son expulsados de su red familiar llevan consigo una *historia de vida* al llegar al contexto de calle, donde encuentran, a su vez, nuevos códigos de comunicación, normas, límites implícitos o explícitos establecidos antes de su llegada

Salud

Hay algunos factores que pueden afectar la *salud* de la niñez como la pobreza, la pertenencia a un género y la violencia en sus diversas manifestaciones. Los niños y jóvenes que viven en situaciones de riesgo se ven más expuestos a enfermedades médicas, estrés, falta de atención de los padres, falta de apoyo y estimulación, además prevalecen; infecciones estomacales, oculares, infecciones de piel como escabiosis, etc. Son constantes las cortadas, moretes por accidentes en la vía pública y riñas.

Alimentación

Con relación a la alimentación, la población en situación de calle busca sus alimentos en comercios informales de comida rápida. En general suelen comer con personas a quienes conocen, o con quien trabajan cuidando puestos o tirando basura. El hecho de que la población

¹³ Existe un dato importante que menciona lo siguiente de los 0 a los 8 años de edad, los padres forjan el 90% de los criterios de vida de sus hijos a través de la relación cotidiana. Cfr. Rosas, Elizabeth, Sánchez Cecilia Fabela, Camarena Acosta Documento “Propuesta desde una visión de las psicopatologías que los niños y jóvenes en situación de calle presentan”, HIJ, 2003

de calle busque comida en la basura, es decir *pepene*, sucede con poca frecuencia, más bien suelen recibir comida regalada o como pago por algún trabajo. Los alimentos que consumen preferentemente son tortas, tacos, jugos, aguas, sopas instantáneas, sopes, entre otros. No obstante, debido al abuso o dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, existen periodos en que dejan de comer por horas o incluso días. Por lo regular, empresas como *la Cooperativa Boing* y algunos restaurantes llevan comida a los puntos de calle, de tal manera que la población conoce los días y horarios en que tendrán un determinado menú.¹⁴

Sexualidad

Ahora bien, en el contexto callejero la sexualidad es expresada de múltiples formas, desde que un niño o joven busca el beso de alguna persona externa, probablemente con el fin de conseguir atención o cariño, continúa con el tocamiento brusco o violento de alguna parte del cuerpo (bajo la forma del juego), hasta la utilización de la genitalidad como medio para ejercer la violencia. Los jóvenes expresan su sexualidad mostrando el dorso descubierto, el estómago, las mujeres embarazadas su vientre, las piernas y brazos al desnudo (en donde se muestra la fuerza física), y quienes cuidan su aliño en rostro y cabellera, otros más exhiben sus genitales cuando orinan y defecan en la vía pública o como un acto de diversión...¹⁵

Estos elementos han permitido visualizar de forma más cercana, la manera en que los jóvenes de calle expresan su sexualidad en ese espacio físico y también simbólico, para tener gratificaciones placenteras. La mayoría de los jóvenes tiene conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y/o embarazos no planeados al ejercer una vida sexual activa, sin embargo y como sucede con grupos de jóvenes de características socioculturales y económicas distintas no han elaborado la importancia del cuidado y respeto de sí mismos.

Predominan los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual, el contagio de VIH-Sida, la proliferación de piojos púbicos, candidiasis, vaginitis, etc. Enfermedades relacionadas con la explotación sexual que padecen, y que toma la forma de una sexualidad de alto riesgo por la ausencia de conocimientos y acceso a preservativos, métodos anticonceptivos y cultura de cuidado de sí. Los niños de la calle se prostituyen por unos cuantos pesos, estos niños son trasladados a distintos puntos turísticos para ser utilizados por extranjeros, que han encontrado en nuestro país, un paraíso sexual.

Como se puede notar, los elementos descritos hasta el momento confirman con creces el dicho de Alejandro Cusianovich, sobre todo cuando menciona que ***ser pobre y niño en***

¹⁴ Y cabe señalar que la comida llega sin caducar y en buenas condiciones de higiene.

¹⁵ “*Si anduviera de puta sería por mis hijas, esa vieja se mete con todos se deja que la cojan para que le den activo, yo quiero un trabajo donde le mande besos a las mujeres y me paguen por eso*” Diario de Campo, abril, 2004, entrevista con joven de calle, hogar Integral de Juventud, IAP.

América Latina constituye una doble desgracia; pero ser pobre y niña es una triple desventura. Y nos lleva a preguntarnos: ¿qué representará ser niño o niña, pobre, en situación de calle y adicto a sustancias en un país de América Latina como lo es México?

1.4 Consumo de sustancias psicoactivas y estilo de vida en calle

En la Ciudad de México el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, y el desarrollo de dependencia a ellas (fármacodependencias) en la población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle toma la forma, principalmente, de: adicción a los agentes inhalables; mezclas de disolventes orgánicos (conocidos con diferentes denominaciones como “chamo”, “chemo”, “chamuco”, “muerte chiquita” y otros).

Este tipo de consumo es característico del grupo social en cuestión, y cuyo inicio en dicha adicción suele ocurrir a partir de los siete años de edad, generando daños irreversibles. Particularmente, el consumo consuetudinario de sustancias psicoactivas produce daños en el sistema nervioso central; generalmente después de los primeros cinco años que siguen al inicio de esta adicción.

En cuanto a los niveles y estilos de consumo se refiere, se pueden establecer tres categorías principales: a) el abuso con desarrollo de adicción; b) los usuarios ocasionales (consumo recreativo o de experimentación), y; c) desarrollo de dependencia a sustancias.

En suma, según el diagnóstico elaborado en el proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”¹⁶ se puede ver que un 97% de los niños o jóvenes que se encuentran en situación de calle relatan que la causa de su salida de su hogar estuvo motivada por la “adicción”¹⁷ a sustancias psicoactivas y/o alcoholismo de uno a ambos padres; misma que suele estar aunada a la manifestación de la violencia (física, sexual y psicológica) en el seno de la familia.

Resulta interesante notar que el hecho de vivir en la calle se asocia con un mayor riesgo del uso de sustancias; parece ser que los niños que viven en su casa son los que menos las consumen, en aquellos que pasan algunas noches en la calle aumenta considerablemente el uso de las mismas, sin embargo, los que residen en la vía pública son los que tienen un índice de consumo más alto.

¹⁶ Profundizaremos en cuanto al origen, características y funciones del proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria” en capítulos posteriores.

¹⁷ Aquí cabe hacer hincapié en que la población de calle y sus familias no cuentan con la claridad suficiente para describir el tipo de relación que ellos o sus padres mantienen con las sustancias psicoactivas. Esto los lleva a calificar como “adicción” patrones de consumo que pueden ser de distintos tipos, tales como consumo experimental, abuso o dependencia a sustancias.

En el contexto de calle los niños y jóvenes se relacionan permanentemente con las sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco; bajo la forma de consumo, portación y/o distribución. Por tanto, se relacionan con grupos y redes delictivas. Lo cual redundaría en que sean sometidos a constantes presiones y persecuciones por parte de la policía. Los índices de consumo de drogas son más bajos entre los menores que trabajan en condiciones de mayor protección (p. e., actividades relacionadas con el comercio informal, y con la prestación de pequeños servicios a los comerciantes de la zona). El consumo de drogas es mayor entre los que trabajan y viven en las calles que entre los que sólo están allí para obtener recursos económicos; pero viven con su familia. De la misma manera se ha detectado que la mayor parte de los menores que viven en las calles y en zonas de alta actividad nocturna presentan índices más elevados en el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

El abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas, es un fenómeno que se ha incrementado a lo largo de la última década. Lo grave de la situación estriba no sólo en el aumento en el número de usuarios; sino también en las múltiples expresiones de sufrimiento a las que están ligadas las conductas adictivas. Entre las que podemos destacar las siguientes: a) la violencia en sus diversas manifestaciones; b) el abandono del hogar; c) la condición económica precaria; d) deserción escolar; e) contagio de infecciones de transmisión sexual; f) explotación sexual, y; g) exclusión social. **La suma de los factores anteriormente descritos favorece que más del 90% de los niños, niñas y jóvenes en “situación de calle” consuman sustancias psicoactivas y alcohol**, especialmente el activo¹⁸, aunque en algunas localidades del Distrito Federal tienen también acceso a la cocaína, el crack, las “pastillas” y la marihuana.¹⁹

Con base en lo escrito, se puede ver que la calle encierra grandes contradicciones, por una parte: es violenta, daña las capacidades físicas y psicológicas de los niños, jóvenes y genera estados de dependencia difíciles de superar. Pero, por la otra, y esto es lo contradictorio,

¹⁸ Cabe señalar, en el mismo sentido, que el consumo de solventes inhalables se ha incrementado principalmente en los grupos marginales y en la población en condiciones económicas de extrema pobreza. Las sustancias con efectos sicotrópicos por inhalación son muy diversas, al igual que sus usos. El abuso que se ha hecho de ellas es lo que les ha dado el carácter de droga. De ahí lo difícil de su regulación jurídica y de su prohibición, ya que muchas de ellas son necesarias para la actividad industrial o para el desempeño de los trabajos de muchos oficios. Razón por la cual, con un sentido preventivo y dentro del marco de la Ley General de Salud, se creó un reglamento en el cual se establecen medidas que prohíben la venta de solventes inhalables a granel y a menores de edad, así como las condiciones ambientales y de higiene que se deben observar en los sitios en los que se trabaja con estos productos (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios). Con estas regulaciones, entre otras, se pretende limitar el acceso y la disponibilidad de estos productos, que por otro lado son muy económicos y de fácil acceso para los usuarios y adictos.

¹⁹ Diagnóstico realizado en las localidades de intervención de los Centros de Promoción por la Infancia “Matlapa”, Equipo Tratamiento de Base Comunitaria, Hogar Integral de Juventud, 2004.

ofrece el acceso a una gran cantidad de estímulos²⁰ contra lo que ni las familias ni las propias instituciones han logrado competir.

En este capítulo hemos desarrollado los antecedentes históricos, políticos y sociales que dieron origen al fenómeno al que actualmente se le denomina “situación de calle”, haciendo referencia en particular al grupo de población de niños, niñas y jóvenes de la Ciudad de México. Un hecho fundamental es el desastre social producido a causa del terremoto de 1985. La población afectada por este siniestro se ve carenciada de vivienda y de los servicios básicos indispensables. Dicha condición se profundiza cada vez más con el cambio de rumbo político y económico nacional (modelo neoliberal) en el que el Estado disminuye su ingerencia y responsabilidad social.

Como se puede observar, por parte de las instituciones hubo una tendencia a colocar a esta población en diversos Centros Sociales que atendían a población abandonada, desprotegida o que había cometido una falta administrativa o delito, lo que favoreció un proceso de intervención social basado en la institucionalización de los menores. Por otro lado, y tras el fracaso de las instituciones aludidas, las condiciones de pobreza y marginación social en la que viven los niños, niñas y jóvenes en situación de calle propiciaron el desarrollo de conductas adictivas, relacionadas con las diferentes modalidades de consumo de sustancias; abuso, experimentación y/o dependencia a las mismas.

Ante la visibilidad de dicho fenómeno se han desplegado diversas formas de “asistencia social”, dando respuesta a las demandas y necesidades de esta población. Es importante señalar, en el mismo sentido, que tales iniciativas han sido diseñadas, adecuadas y realizadas, como veremos en el siguiente capítulo, por parte de las instituciones del Estado y de las Organizaciones de la Sociedad Civil; teniendo como cimiento diferentes visiones, metodologías y objetivos.

²⁰ Esta incluye elementos de subsistencia básicas (trabajo, alimentos, etc.), y el acceso a la prostitución, el contacto con distintos grupos con los que convergen en el mismo espacio (bandas organizadas, policías, grupos de comerciantes, etc.), el fácil acceso al alcohol y las drogas, así como la presencia de adultos que pongan atención y satisfagan la necesidades de compañía, afecto, pertenencia y seguridad que requieren.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVAS GENERADAS EN TORNO A LA POBLACIÓN “EN SITUACIÓN DE CALLE”

2.1 Breve Descripción de las categorías “Niñez” y “Juventud”

Para iniciar, es necesario mencionar que hasta hace poco tiempo las categorías denominadas como “niñez” y “juventud” carecían de sustento socio-cultural, y se restringían a delimitar a la población con base en su edad, y en su capacidad reproductiva. También en su capacidad para incorporarse al mercado de trabajo y, por ende, para gozar o no de ciertos derechos y obligaciones, tales como el matrimonio, el pago de impuestos, etc.

En general, se puede establecer que el niño, por lo menos desde la conquista, es aquel ser cuyas facultades racionales “están en proceso de desarrollo” y, por lo tanto, se encuentra sujeto a la “tutela” de sus padres, los adultos que lo rodean, la sociedad en general y las instituciones del Estado. Así, los historiadores hablan de sistemas significativos de trato y maltrato de los niños, por ejemplo en México, donde se mezcla la cultura occidental y la cultura autóctona; el niño fue considerado y todavía lo es, como ofrenda, como regalo, como ángel o demonio; como receptor del maltrato, como testigo pasivo del mundo adulto y la familia, como objeto obligado a la crianza y educación. Y sólo fue hasta hace algunos años cuando fue considerado como sujeto con derechos; como una persona digna de todo respeto y capaz de exigir el cumplimiento de todos sus derechos humanos²⁰

Por su parte, el joven es aquél sujeto que si bien es cierto que ya cuenta con la madurez física y biológica para reproducirse, ingresar al mercado laboral y participar en los conflictos bélicos, también lo es que, desde la perspectiva “adulta” aun no cuenta con la madurez psicológica y moral para tomar decisiones en forma independiente. En otras palabras, el joven puede ser visto como un “aprendiz de todo y maestro de nada”. Como un sujeto que está a punto de ser adulto pero que, definitivamente, todavía no lo es.

Como se puede notar, y en contra de las antiguas concepciones de corte fisiológico, la **niñez como la juventud** no sólo deben ser concebidos en términos biológicos; sino que en dicha caracterización se debe hacer referencia a la concepción

²⁰ Vizard, *El Contexto histórico y cultural del maltrato infantil*, P Mahler, 1988, p. 27-33

cultural que sobre su estatus en la vida social se ha formado la sociedad a la que pertenece.²¹

El hecho de que ambas categorías tengan que ver con el contexto histórico y sociocultural presente en cada región del mundo incide en la manera en que el resto de la sociedad se relaciona con ellos. De ahí la existencia de lógicas, métodos y proyectos de intervención social diferenciados. Y también la manera distinta, y en ocasiones contradictoria, de comprender y acercarse a las problemáticas, ideologías, actividades y necesidades de estos actores. Acercamientos que dan paso, en última instancia, a la conformación de políticas públicas, programas de desarrollo y acciones asistenciales.

2.2 Perspectiva generada en torno a la noción de “niños, niñas y jóvenes en situación de calle”

Ahora bien, retomando los desarrollos del capítulo anterior, podemos mencionar que después de ser colocados en categorías tradicionales como las de “vago”, “pelón de hospicio”, “vicioso”, huérfano, “hijo del arrollo”, etc., estos actores sociales emergentes comenzaron a ser categorizados como **niños, niñas y jóvenes en situación de calle**. Término que hacía referencia a **la persona o grupo de personas que ha decidido por una serie de condiciones familiares, económicas y sociales, salir de su lugar o familia de origen, buscando una nueva red social cercana, que le permita satisfacer sus necesidades, lo que la integra en un estilo de vida diferente, en el que se halla de manera significativa el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol.**²²

De dicha concepción se desprenden dos nociones que han sido utilizadas comúnmente en y por las Instituciones, a saber: “**población en riesgo de calle**”, y “**población de la calle**”. Mismas que engloban diversas formas o estilos de vida que se tienen lugar en la vía pública. Una pone el énfasis en la gestación de un **proceso de callejerización** (que se explicará más adelante), y la otra alude a la población cuyo lugar “permanente” de residencia, vida y actividad es la calle.

Ahora bien, entre las situaciones que colocan a una persona en **Riesgo de calle se han detectado las siguientes variables:**

²¹ En las diversas culturas se ha definido de múltiples maneras lo que significa ser niño, joven, adulto o anciano.

²² No obstante lo anterior, cabe volver a señalar que **no todas las personas viven en la calle, consumen sustancias o piden limosna**; sino que existen, como se ha mencionado con anterioridad, una enorme gama de actividades, lugares de habitación o “viviendas”, condiciones de salud, etc.

- Pertener a población migrante y/o indígena.
- Trabajar en situación y actividades informales.
- Ser hijos de padres que se desempeñan en el comercio informal.
- Ser experimentadores/ abusadores de sustancias.
- Ser dependientes al consumo de sustancias psicoactivas.
- Trabajar como vendedores de droga.
- Vivir en contextos de violencia intrafamiliar.
- Provenir de contextos, poblaciones o lugares con pobreza extrema y/o marginación.
- Ser víctima de abuso sexual y/o violación
- Ser víctima de explotación sexual²³

Como se puede notar, son los niños, niñas y jóvenes **quienes resienten en primera instancia las contradicciones económicas, políticas, sociales y culturales de una sociedad marcada por la desigualdad como la mexicana**. Lo cual queda expresado en las palabras de un joven que ha desarrollado un estilo de vida callejero: – *No somos nosotros el problema: son ustedes las generaciones anteriores quienes han dejado que las cosas vayan de mal en peor. Son ustedes [las instituciones] quienes no han permitido que nosotros vayamos más allá de lo que piensan*²⁴

Además, la cuestión de fondo no consiste, como se ha intentado sugerir, en definir si el niño o joven es **de** o vive **en** la calle; sino en considerar que **no es un asunto de niños que causan problemas a la ciudad; sino de niños y jóvenes a los que “la ciudad”, y la sociedad entera, les ha causado graves problemas. En otras palabras, estos niños y jóvenes son el primer conglomerado social en resentir el conjunto de problemáticas sociales que aquejan a la gran urbe.**

Dicha reflexión ha conducido a la conformación de un enfoque diferente al más generalizado. Mismo que consiste, a grandes rasgos, en tratar de sacarlos del espacio urbano a través de: a) internamientos; b) reclusión en centros de seguridad u hospitales psiquiátricos, c) “escondiéndolos” en albergues, casas hogar, anexos, entre otras iniciativas.

²³ Es una nueva forma de esclavitud, en donde a través del engaño, coacción y/o abuso se obliga a las personas en contra de su voluntad a prostituirse, en condiciones que violan su dignidad y derechos humanos.

²⁴ Charla con un joven de calle de la ciudad de México, punto de calle metro Observatorio, septiembre 2004.

Entonces, el surgimiento y la expresión de niños, niñas y jóvenes **en situación de calle** para designar este fenómeno es más que un simple cambio terminológico. La adopción de la nueva denominación introduce, en verdad, a otra manera de ver, entender y, en consecuencia, de intervenir en la realidad personal y social de este segmento de la población.²⁵

Este nuevo enfoque permite entender que la población de calle forma parte de un espacio socio-cultural, que implica relaciones, lenguajes, valores, expectativas, necesidades, modos de ser y actuar **no homogéneos**. Y que este espacio, **la calle**, guarda grandes diferencias con otros como la casa, la escuela, las instituciones, la fábrica o la oficina.

2.3 Sobre el “Proceso de Callejerización”

“El modelo de familia nuclear y semi-nuclear que predomina hoy en día [...] es favorecido por un modelo neoliberal [que] en su afán de multiplicar a las familias pequeñas consumidoras y competidoras entre sí [...] Está formando núcleos domésticos encerrados y atomizados en sí mismos. En donde se rompen o debilitan las vinculaciones entre los parientes de primero, segundo o tercer grado [...]”²⁶ Así, la familia es reproductora de un sistema social más complejo, funciona como transmisora y reguladora de la misma sociedad.

Semejante tendencia en cuanto a la conformación y relación que se presenta en el interior de las familias, aunada a la ausencia de los padres y hermanos, al hacinamiento de familias extensas en un solo hogar, y a las distintas problemáticas intrafamiliares que hemos descrito anteriormente, da como resultando que el niño y el joven coexistan en un ambiente que se torna más asfixiante en la medida que van creciendo. Y que, en última instancia, favorece que los menores y los jóvenes busquen alternativas en el espacio público de la calle.

Espacios alternativos

Los niños o niñas pobres buscan un espacio interdoméstico para expandirse, socializar y jugar con otros niños. Suelen encontrarlo en el pasillo de la vecindad o del condominio, pero sobretodo en el vecindario más inmediato. Empiezan a establecer relaciones sociales, escapando, así, a su barrio. Se ubican, entonces, en lugares fuera del control

²⁵ Gómez Da Costa, Antonio Carlos. *op. cit.* p.56

²⁶ Leñero Otero, Luis. *Los niños de la y en la calle. Problemática y estrategias para abordarla*, Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, 1998, p. 51

familiar, e incluso comunitario, tales como parques, jardines, canchas, etc. Los niños pasan de su hogar a su calle, y de su calle, a las calles anónimas de la ciudad.

No obstante, deben entender y usar el reducido espacio que la industrialización moderna ha dejado sin acaparar. Es decir que, a diferencia de lo que ocurre en el medio rural en donde crecen en contacto con la naturaleza, los ciudadanos tienen que vivir dentro de espacios marcados o restringidos.

Otro importante espacio de socialización es la escuela en donde encontramos, generalmente, salones saturados y llenos de regulaciones. Y sujetos, también, a lógicas y dinámicas “estigmatizantes” y expulsoras.

Hay otros espacios restringidos a la expansión infantil, a saber: los talleres, centros comerciales, las terminales de autobuses y estacionamientos. Aquí cabe mencionar que aunque algunos de estos espacios, como lo son las plazas y centros comerciales, existen lugares “especiales para ellos” (cines, *maquinitas*, tiendas, etc.), la entrada y estancia en los mismos está sujeta al consumo de productos o servicios, además de que dichos establecimientos comerciales suelen estar en zonas distantes de los núcleos y centros habitacionales.

La calle constituye un **espacio alternativo**, para una gran cantidad de niños, niñas y jóvenes ante la situación que viven con sus familias y/o grupos de origen. ***Entre una miseria sin libertad como la que vive en su pseudo-hogar y una miseria con libertad, como se vive en la calle, el niño o niña marginal opta por lo segundo.***²⁷

Sin embargo, no se debe perder de vista que la población que vive [convive] en las calles de la ciudad, es producto de una sociedad llena de exclusión y marginación; organizada por una dinámica de relaciones en las que es menester, para la regulación y mantenimiento del mismo sistema social, la construcción de síntomas [fenómenos y problemáticas sociales] y enfermos [Chivos expiatorios], en este caso: “la población en situación de calle”.

Ahora bien, desde una perspectiva teórico-metodológica, el **Proceso de callejerización o estructuración de la identidad** hace referencia a los ciclos que viven los grupos de niños y jóvenes callejeros, mismos que dependen, en gran medida, de las relaciones y contactos que establezcan en el trabajo y con la comunidad. En dicho proceso juega un papel definitivo **la pernocta permanente en calle**, que está considerada como un factor que acelera la **callejerización**, ya que arraiga a los niños y

²⁷ Op. Cit. p.37-39

jóvenes a la calle, al vincularlos con la comunidad y mantenerlos fuera de su hogar de origen por un lapso cada vez mayor.

Por otro lado, existe otra población que ***no pernocta en la calle***, vive fuera de la zona en la que se mueve; pero pasa todo el día en la calle, y por la noche vuelve a su casa, o pernocta todos los días en un cuarto de hotel o un albergue.

Entonces, a través del proceso de callejerización, se ha constituido toda una gama de modalidades que se ubican entre la condición del “riesgo de calle”, y la de “apropiamiento de un estilo de vida callejero”, a saber:

- ***Personas que viven en la calle*** [Duermen en puntos particulares como fuentes, casa de campaña, coladeras, terrenos baldíos, solos o en grupo].
- ***Personas que conviven significativamente con la red callejera*** [Se relacionan con la red callejera pero viven con su familia, rentan cuarto, etc. Esta población presenta mayor permanencia en la calle que con su familia].
- ***Personas que son pares de consumo de sustancias*** [se relacionan alrededor de la venta, distribución y consumo de sustancias. Existe una mayor vinculación social en la calle y menor vinculación con la familia, no viven en la calle].
- ***Trabajan en calle*** [En comercios ambulantes o bien tienen familia que se dedica al comercio en informal, trabajan en estaciones de transporte público, ejercen sexoservicio o *sexo remunerado*, se relacionan con las personas que viven en calle para cuestiones de trabajo, consumo, relaciones afectivas y/o sexuales.²⁸]

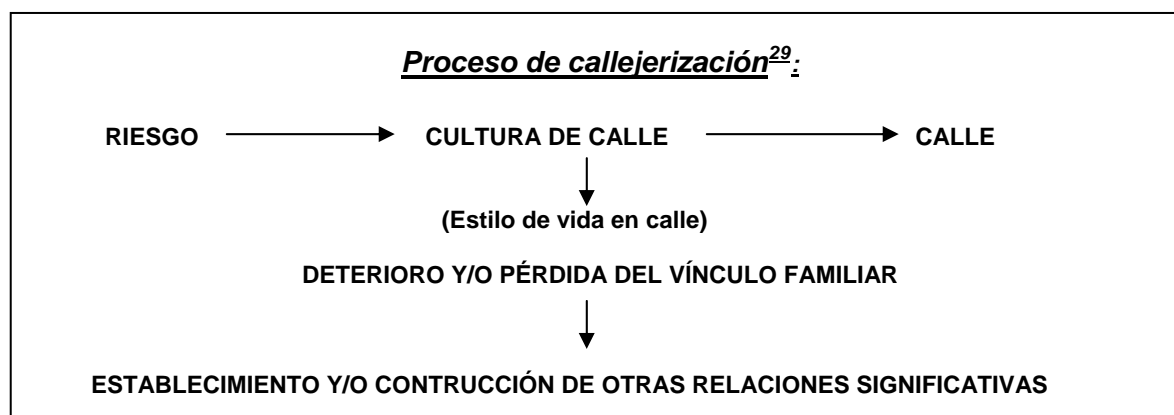
Más allá de la adecuación de tales categorizaciones, lo importante es destacar que, mediante este proceso, los niños, niñas y jóvenes se vuelven actores activos de las redes comunitarias. Donde lo más complejo de tal situación consiste en que ***son utilizados por las mismas***. En otras palabras, existe una especie de mecanismo o lógica comunitaria que favorece que los niños, niñas y jóvenes salgan de su hogar y transiten por un proceso de callejerización, porque así cumplirán mejor con una función de regulación social, que toma la forma de la construcción de chivos expiatorios. Semejante

²⁸ A diferencia del sexoservicio como actividad para obtener ingresos económicos, *el sexo remunerado* se ejerce a cambio de favores, protección, sustancias, no implica en todas las veces la cópula sexual, sino caricias, estimulación sexual, etc.

rol o función es la que le da sentido su presencia en las calles. Ellos son los depositarios de toda la violencia y de la enajenación, y producto del individualismo y la pérdida de identidad. Ellos son el objeto necesario para que la comunidad alivie o expíe la culpa social que adquiere por el hecho de permitir y coludirse con la existencia y permanencia de una sociedad desigual.

En la cultura de muchas comunidades mexicanas, la población de calle funciona como depositaria de toda una dinámica familiar y social, generada por parte de quienes requieren de estos fenómenos para evadir situaciones más complejas. Para encontrar “a quién culpar”, “a quién señalar” y estigmatizar. Se elige a aquellos quienes no tienen posibilidades de defensa, quienes se sitúan en condiciones de desventaja, y que por su propia historia han decidido estar en ese lugar sin entender completamente el porqué.

Cuadro 1 *Proceso de Callejerización*



Importancia del Entorno Cultural en el Proceso de Callejerización

El **entorno cultural** es importante como un espacio que propicia, o bien previene, el proceso de callejerización. Actúa como una variable que media entre la adquisición de un particular “estilo de vida” (para la población en riesgo de calle), como en la consolidación del mismo (población en “situación de calle”).

No todos los niños pasan a vivir directamente de su familia a la calle de tiempo completo. Se dan muchos casos en los que los niños inician realizando actividades en periodos muy cortos, y retornan a su familia cotidianamente pero, en la medida que se

²⁹ Elaboración propia a partir de la experiencia profesional.

van integrando e identificando con esta **red callejera**, su permanencia va siendo más amplia hasta terminar viviendo en la calle por completo.

La adquisición de un **estilo de vida callejero** hace referencia no tanto a la incorporación de la persona a la calle (físicamente), sino a su incorporación relacional en cuanto a las normas o reglas comunitarias se refiere. En donde adquiere un lugar y un rol social, importante para el contexto comunitario específico de que se trate. Y esta reflexión nos impulsa a continuar con los proyectos de atención a dicha población con el fin de profundizar en el asunto, y refutar o no estas hipótesis.³⁰

Si la calle frente al grupo familiar constituye en un principio una alternativa para los niños, es una realidad incompleta, incluso engañosa. En la calle un buen número de niños logran sobrevivir, crecer y hacerse adultos, pero su futuro en la calle no es nada promisorio, pues difícilmente podrán desprenderse de su condición de marginados.

A medida en que estos niños van creciendo, la posibilidad de allegarse a recursos les resulta cada vez más difícil; viéndose obligados, muchos de ellos, a integrarse a grupos delictivos organizados (como narcotraficantes, tratantes de blancas, prostitución, narcomenudeo, pornografía infantil, etc.). Donde su desarrollo es interferido y condicionado a frecuentes periodos de reclusión. **Sus condiciones físicas y psicológicas tienden a sufrir un creciente deterioro** por la estancia tan prolongada en la calle, en situaciones de salud precaria o nula, víctimas de accidentes, de la violencia, etc.

Movilidad de la población en Situación de Calle

La estabilidad y/o movilidad de la población en situación de calle depende del avance de su proceso de callejerización. En particular está determinado por sucesos relevantes de violencia, tales como riñas callejeras, comisión de delitos, establecimiento de una familia propia, inicio de relaciones amorosas y de amistad, mantenimiento o ruptura del vínculo con la red familiar, tráfico y/o consumo de sustancias psicoactivas, su tipo de actividad o trabajo principal, el costo de la renta de cuartos u hotel, la búsqueda de tratamientos para las adicciones, el ingreso o participación en retiros espirituales, etc.

³⁰ Seminarios de Inducción: "Tratamiento de Base Comunitaria" con la participación del Equipo de "La Carpa" del Hogar Integral de Juventud, 2003.

Los puntos de encuentro

Son los lugares de referencia de esta población. Representan el escenario del surgimiento de su propia identidad básica, del aprendizaje del sentido de su vida inicial, de la consolidación de su seguridad o inseguridad afectiva, económica y social. Y cabe mencionar que las zonas donde existe mayor número de población en situación de calle son las Centrales de Camiones, la Centrales de abasto, las zonas de comercio (tianguis, mercados, centros comerciales, etc.), los cruceros vehiculares, terrenos baldíos y plazas públicas.

En la situación de calle aparecen valores, concepciones de vida, desarrollo de habilidades, lucha competitiva, solidaridades, confrontaciones, violencia, identidad perdida, identidad encontrada, miedos, adicciones, dolores, huidas, diversiones, odios, amores, astucias, mentiras, sinceridades. El común denominador incluso en las diferentes zonas de la ciudad es el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en la población de calle, fenómeno que complejiza la intervención social y paradójicamente, para los niños, representa un recurso de sobrevivencia que forma parte del estilo de vida callejero.

Como se observa, la complejidad de los factores que se entretrejen en esta problemática es elevada, y de diversa índole. Sin embargo, y como veremos en la siguiente sección, las respuestas generadas tanto por las instituciones del Estado, como por parte de las Organizaciones de la Sociedad Civil, han seguido una lógica asistencialista, simplificadora y, en algunos casos, cronificadora del fenómeno en cuestión.

CAPÍTULO III

RESPUESTA DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD CIVIL A UN FENÓMENO SOCIAL EMERGENTE

3.1 Perspectivas “tradicionales” sobre el fenómeno

Los diversos programas impulsados para la atención del fenómeno de niñas, niños y jóvenes en situación de calle varían según el momento histórico, el contexto sociocultural en que viven y, como veremos a continuación, la perspectiva disciplinaria y teórico-metodológica a partir de la cual son concebidos y/o abordados.

Por tal razón, en la primera parte de este capítulo integramos una breve descripción de las tres perspectivas que, tradicionalmente, han sido empleadas tanto para el estudio de estos actores sociales, para “sustentar” las acciones y “centros” donde son asistidos. Sin embargo, previamente debemos comentar que cuando esta población se hizo “sumamente” visible, a raíz de los efectos provocados en la Ciudad de México por el terremoto de 1985, ni el Estado ni una incipiente “sociedad civil” contaban con la infraestructura, los servicios y, por supuesto, no conocían ni comprendían la complejidad del fenómeno de vida en calle.

A semejante situación le podemos sumar el hecho de que la mayoría de las acciones destinadas a asistir a “gente pobre”, “vagos”, alcohólicos, etc., se sustentaba en lógicas asistencialistas, de beneficencia y filantropía, impulsados y financiados por grupos, organizaciones e instituciones de distinta matriz. Y lo anterior generó algunas implicaciones que, generalmente, resultaron perniciosas para la población en situación de calle, por ejemplo, el hecho de que fuesen abordados y tratados en la misma forma, y con los mismos medios, que se empleaban para tratar a los alcohólicos, los enfermos mentales y/o los criminales.

De esta manera y antes de iniciar el desarrollo a este capítulo, es importante puntualizar que durante el periodo inmediato a la aparición y visibilización de esta población, se generó una especie de indefinición en torno a ella. Misma consistió (y en algunos casos aun consiste) en la caracterización del menor o joven en situación de calle como alcohólico, fármacodependiente, delincuente, “demente”, vagabundo, depauperado, disminuido, pobre, ignorante, etc. y, sin lugar a dudas, una de las caracterizaciones que más se empleó para definir y abordar a la población en situación de calle fue la de adicto, alcohólico y/o fármacodependiente.

El consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas son una práctica que acompaña al hombre desde que se tiene memoria histórica. Los problemas que suscita el abuso son

conocidos también desde hace mucho tiempo, al igual que las medidas que se han intentado para evitarlos.

En México, estos esfuerzos se realizan desde antes de la época colonial, y sus características han variado conforme los conceptos sobre el alcoholismo se ven modificados ante las nuevas evidencias científicas.

El establecimiento de leyes, normas y reglamentos demuestran una preocupación permanente por los problemas de salud, económicos y sociales, originados en el abuso del alcohol o en su consumo irresponsable.

Para hablar de las diversas miradas o enfoques de atención a la farmacodependencia en nuestro país, y que fueron empleadas para “entender” y “atender” a la población en situación de calle, tenemos que remontarnos a la historia. Así, en la cultura de las comunidades indígenas prehispánicas las sustancias psicoactivas eran un recurso de vínculo espiritual, y con espacios o dimensiones superiores a la de la propia naturaleza humana. Representaba también la posibilidad de adquirir un estado de percepción y conciencia diferentes para adentrarse a otras realidades. Es, entonces, un vínculo para comprender diferentes fenómenos naturales tales como las lluvias, erupciones, los ciclos de la flora y fauna, el movimiento del mar, los astros entre otros. No todas las personas tenían acceso al consumo de dichas sustancias. Únicamente los seres denominados brujos, chamanes, médicos o profetas podían hacer uso de la sustancia para entrar en un éxtasis mágico. Medio que empleaban para adentrarse en un ambiente mítico-mágico, donde se establecía el *contacto* con las deidades y/o espíritus “aliados”, y, así, conocían y elaboran el estado y definían el rumbo *correcto* para la comunidad. En suma, las sustancias psicoactivas tenían un papel importante y significativo, asumido por la comunidad.

Y esta forma tan particular de concebir y relacionarse con las sustancias psicoactivas y su ingesta habría de conducirnos a preguntarnos con respecto a la manera en cómo pensamos la farmacodependencia y cómo controlamos al farmacodependiente en la sociedad actual. Parafraseando a Joaquín del Bosque, se tendría que relacionar al chamán histórico, al médico o profeta con el farmacodependiente actual: *¿a partir de que se construye la farmacodependencia?, ¿a qué se evoca cuando se identifica a una persona como farmacodependiente?*³¹

Desde esta perspectiva, se puede decir que no existe una mirada única, por lo tanto ni tratamiento único, sino una gran variedad de modelos y servicios, y que estos varían según el

³¹ Del Bosque Cortázar, Joaquín. Machín, Juan. Beltrán Rodolfo. López, Lorena. Rosas Elizabeth. Tavera, Simón. “De Chamanes a nodos de redes sociales”. En: Schrek, Dorotea (coord.). ***Farmacodependencia y Políticas de Drogas; Seminario de Expertos: Modelos de tratamiento de las farmacodependencias en México de chamanes a las redes***, Berlín, Alemania, Mayo 2001. Bogotá, Colombia. Kimpres-Cáritas Internacional. Abril 2002., p 255-270.

enfoque, sus marcos teóricos y objetivos. Por ejemplo, para algunos programas la abstinencia total es un prerrequisito, mientras que para otros representa un objetivo a lograr en un plazo mayor, y, más aún otros, no lo consideran dentro de sus objetivos.

Con base a lo escrito, se identifican en general **cuatro formas de concebir y dar respuesta a la farmacodependencia en jóvenes y niños en situación de calle, entre éstas miradas se encuentran: a) Médica/Psiquiátrica b) Jurídica/Disciplinario c) Moral/Religiosa d) Psicosocial [Relacional].**

3.1.1 Médico / Psiquiátrico

Durante la década de los años cincuenta una de las organizaciones de médicos más grandes e importantes del mundo era la Asociación Médica Norteamericana (misma que congrega a casi todos los médicos de Estados Unidos), acordó reconocer el alcoholismo como una enfermedad.

Años más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS) también estuvo de acuerdo en tratar al alcoholismo como una enfermedad médicamente manejable. Posteriormente este concepto se amplió y se aplica también a la dependencia drogas ilegales o las de prescripción médica (que alteran el estado de conciencia que quien las consume). Esto es, que según esta perspectiva: la adicción al alcohol o a las drogas es una *enfermedad*.

Además, y tal y como se refiere en un documento de salud pública contemporánea, esta es la fuente de: “[...] [Algunas] de las ideas se sustentan en encontrar que los alcohólicos y los adictos tienen cosas en común, entre otras perder el control sobre sí mismos además de que tanto los consumidores “fuertes” de bebidas alcohólicas, como los de drogas ilegales e inhalantes pueden perder la razón y terminar sus días en un Hospital Psiquiátrico o pueden acabar con su vida por una sobredosis.”³²

Las últimas investigaciones realizadas desde el punto de vista médico siguen apuntando a que el alcoholismo es una cuestión hereditaria. “La persona nace con la propensión a convertirse en alcohólica o adicta porque su organismo va a reaccionar de manera diferente al de las demás personas cada vez que tenga contacto con alguna bebida alcohólica o con alguna droga de las que alteran el estado de ánimo. Se dice que quien tenga la propensión heredada, tendrá dificultades severas para detener su consumo de alcohol o drogas ya que se le

³² Documento de Salud Pública, Revista Health, no 5, Estados Unidos, 2000.

presentará una necesidad imperiosa de seguir consumiendo de manera ilimitada y sin control alguno porque su cuerpo así se lo exige.”³³

Dichos hallazgos, a su vez, le dan sustento a la concepción más generalizada en torno al porqué del *verdadero* alcohólico y el adicto a las drogas desarrollan una compulsión a la hora de estar bebiendo o consumiendo drogas, es decir, no pueden detenerse a pesar de las consecuencias negativas del consumo³⁴.

A partir del enfoque médico se originó un tipo de intervención, comúnmente conocido como el Modelo *Minnesota*, que es el más utilizado en el mundo. Dicho modelo creado en los Estados Unidos, en los años cincuenta, cuentan con planteamientos que han servido para desarrollar programas de rehabilitación para el alcoholismo y la drogadicción. El modelo aboga por el concepto enfermedad sin cura, pero con recuperación, siempre y cuando se adhiera a las propuestas del programa. Está orientado hacia la abstinencia del consumo de sustancia (principalmente alcohol), y se basa en los principios (de tipo ético-moral-religioso) conocidos como los *Doce Pasos*; fundamentales la atención brindada por Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA).

Con el tratamiento se pretende alcanzar dos metas a largo plazo. La primera, la abstinencia del alcohol y/o otras drogas. La segunda, una vida de calidad con salud física y emocional. Para lograr las metas a largo plazo, se trabaja con las metas a corto plazo que son: **1) Ayudar** al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias en su vida. **2) Ayudar** a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad **que no tiene cura**. **3) Ayudar** a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva. **4) Ayudar** a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente.

Resumiendo, según esta perspectiva el alcoholismo y las adicciones **representan una enfermedad**, misma que cuenta con diversos síntomas y etapas, que incluso pueden quitarle la

³³ *Loc. Cit.*

³⁴ *Factores genéticos en relación al consumo problemático de drogas* Los estudios actuales buscan un conjunto de genes que determine un actuación disfuncional entre los que el problema de drogas puede ser una manifestación. Otra orientación dentro de los estudios genéticos es determinar la existencia de un pequeño número de genes que dé cuenta de ciertas características conductuales (p.e: estrés) que se han mostrado ser factor de riesgo o determinantes intermedios para el consumo problemático de las drogas. *Factores neurofisiológicos*. Postular que existe una predisposición biológica para pasar del consumo de drogas al abuso y a la adicción significa que deben existir diferencias individuales premórbidas en las variables neurofisiológicas tales como: diferencias en la respuesta regional cerebral, diferencias en el metabolismo cerebral y patrones de activación asociados al abuso de drogas o a sus conductas de riesgo. *Factores neuroquímicos* Esta línea de investigación se centra en las diferencias individuales a nivel de los neurotransmisores. Se han podido detectar diferencias individuales en el nivel de neurotransmisores relacionado con determinadas conductas. Generalmente se estudia el plasma y/o el fluido cerebroespinal que son indicadores de la actividad metabólica del sistema nervioso central.

vida a quien consume las sustancias. **En este sentido, la problemática es individual y parte de que, el factor genético determina quien será o no un “verdadero alcohólico”**. Sin embargo, una crítica frecuente a este planteamiento se basa en la excesiva importancia que se le da a los modelos biomédicos de enfermedad y su tratamiento, dejando de lado el carácter humano y su contexto.

A través de los años se ha desarrollado una perspectiva bajo el mismo entendimiento de la enfermedad, en donde se suman aspectos de psicología, medicina, psiquiatría, nutrición, entre otras disciplinas. La figura más representativa de este enfoque y modelo es Alcohólicos Anónimos³⁵

Existen además otros modelos que contemplan, en sus investigaciones, la relevancia de involucrar a más actores del contexto social en el que vive el alcohólico o adicto. Tal es el caso de instituciones que, aunque también integran al Modelo *Minnesota*, tratan de ampliar su enfoque al integrar otros actores y distintos factores detonantes de la adicción (Monte Fénix, Clínica Nazareth, Clínica Oceánica y todas aquellas clínicas privadas que se organizan con costos que sólo puede cubrir una población con alto poder adquisitivo)³⁶.

Estos modelos se fundamentan en la propuesta de Alcohólicos Anónimos, e integran: a) la Teoría de sistemas; b) el tratamiento médico o psiquiátrico, y; c) un programa de actividades ocupacionales, recreativas y culturales. Su intervención incluye al paciente con el objetivo de alejarlo del contacto con la sustancia psicoactiva, y a la familia, **para enseñarle a vivir con su adicto**. Reconoce en la relación paciente-familia, la patología inscrita en el mismo paciente, es decir: el ciclo integrado por las fases de consumo por parte del *adicto* (evaluada como “conducta trasgresora”) y la familia (observada como la víctima del propio *adicto*).

Habría que mencionar que la intervención de estos modelos con la familia está dirigida a no permitir la manipulación por parte del adicto, teniendo como consecuencia la localización de la enfermedad en el mismo.

³⁵ Se describe como una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA, es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan ni honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones: AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros a alcanzar el estado de sobriedad. A partir de lo anterior se dice que la adicción al alcohol y a las drogas es una enfermedad **primaria, progresiva y mortal**. Primaria Las adicciones no vienen a partir de un trauma psicológico, si fuera así entonces la adicción sería una enfermedad secundaria, sin embargo, explica “la adicción puede padecerla cualquier persona, tenga o no tenga una enfermedad mental o emocional, por lo que primero debe reconocer que está enfermo (a) y que debe abstenerse de seguir consumiendo sustancias, además de pedir ayuda, Progresiva quiere decir que las cosas irán empeorándose cada vez más mientras la persona no se atiende y mortal a medida de que la persona adicta consume más drogas o alcohol tiene más riesgo de morir por una sobredosis, accidentes, riñas, etc. es mortal por el deterioro progresivo de las funciones del organismo.

³⁶ Es necesario señalar que instituciones de este nivel representan cuantiosas ganancias.

Algunos de estos modelos retoman como punto de partida a los grupos de autoayuda, tienen a complementar dicha estrategia con terapia individual o grupal, pero siempre enfocando a la fármacodependencia como una situación donde hay alguien a quien **curar-cuidar**.

Dentro de esta vertiente existe otro modelo, *Narconon*, que concibe a la fármacodependencia como **un cuerpo intoxicado**. Por lo tanto, la relación terapéutica o de ayuda se establece con el **objetivo de limpiar al mismo**; y no toma en cuenta la parte fundamental del actuar, pensar y sentir. Así, desde esta mirada, el adicto está intoxicado o *contaminado*, por lo cual habrá de purificarlo físicamente. Para ello es necesario el confinamiento total o residencial, que se realiza con el fin de detener el uso de sustancias y, como acto seguido, comenzar el uso de técnicas de tipo físico y cognitivo-conductual con repeticiones y reafirmaciones de frases o párrafos que intentan rescatar, en principio, la posibilidad de la **autovaloración**, desde las programaciones que se han ido construyendo desde la infancia.

Estas también son opciones de alto costo económico, que cuentan con grandes infraestructuras. Las intervenciones, igualmente, se realizan por periodos cortos de tiempo. Una vez más, el fenómeno se centra en la persona, sin observar las demás dinámicas relacionadas al abuso o dependencia de sustancias.

Por último, las personas que viven este tipo de alternativa suelen permanecer en torno a la institución o grupo en los que han recibido su tratamiento. Esto, con miras a difundir y propagar sus logros y, en consecuencia, los de la institución. Aunque muchos de los beneficiarios estiman que tal permanencia es “justa”, y tiene que ver con una suerte de retribución con respecto a la ayuda recibida, lo cierto es que algunos investigadores la critican como generadora de enajenación y dogmatismos, que le impiden a la persona analizar y entender su situación a partir de un punto de vista “más complejo”.

Por otra parte, es preciso señalar, también, las **Instituciones de Salud Mental**, en las cuales el dispositivo de tratamiento está centrado en la administración de medicamentos (restringidos) y técnicas psiquiátricas.

Continuando con las instituciones de salud mental de tratamiento interno, existen los pabellones mejor conocidos como “granjas modelo”, según investigaciones la mitad de los niños y niñas no deberían estar ahí pues no son enfermos mentales, sino niños con Síndrome de Down, o bien niños y niñas abandonados³⁷, que el DIF, PGR u otras instancias del Distrito Federal canalizan a dichos Centros. Desgraciadamente, en muchas ocasiones las personas

³⁷ Algunos de los diagnósticos tomados de los reportes del DIF refieren: derivaciones de la PGR; en donde se encuentran casos de Síndrome de Down, parálisis cerebral, retraso mental, desnutrición grave.

quedan en la responsabilidad total de la granja de por vida. El plan de tratamiento planteado en la granja consiste en la aplicación de dosis de vitamina B y sulfato ferroso, además de anti-convulsivos y calmantes.

Pues bien, como se ha descrito, el enfoque médico psiquiátrico ha dirigido su atención hacia las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias y alcohol, sustentando sus preceptos básicos en la ciencia biológica, en la medicina y en valores morales y religiosos. Esta visión se limita a tratar el fenómeno social, desde la búsqueda para la cura del *adicto-enfermo*, sin reparar e incidir, en los factores provenientes del medio familiar y del contexto social específico.

Es necesario señalar que las líneas de acción desde este tipo de modelos y programas se configuran en diversas modalidades: a) grupos de autoayuda, y b) terapias individuales, no obstante para la población en situación de calle se aplican más bien programas “desvirtuados” del Modelo Minnessota tales como “Anexos”, “Fuera de Serie”, “granjas”, aplicando su propia versión de las fases de tratamiento llamado: **12 Pasos o 12 tradiciones**.

Entonces no se incide en la raíz de las adicciones, sino que se enfoca únicamente en el portador del síntoma (el adicto). Tal es el caso de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que presentan problemáticas de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, pero que además se relacionan con situaciones de riesgo y marginación (pobreza extrema, enfermedades, actos delictivos, abuso y explotación sexual, entre otros). De tal forma que, a partir del enfoque descrito y de las metodologías que sustentan en él, la población en situación de calle es considerada como “enferma”, “viciosa”. Dicha población vive este tipo de tratamientos desde el encierro, muchas veces en contra de su voluntad siendo que, según la experiencia de investigadores como García Durán, el 40% del total de la población tienen posibilidades de recuperación fuera del lugar.³⁸

Debido a la cronificación y visibilización del fenómeno social estudiado, este tipo de respuesta se ha sido delegada y legitimada por parte del Estado, a través de la Secretaría de Salud. Si bien es cierto que esta Secretaría cuenta con sus propios programas, mismos que son ejecutados por parte del Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC), también lo es que ante el aumento de esta población, y la poca capacidad de respuesta por parte del Estado, muchas veces las autoridades han favorecido su institucionalización. Que no pocas veces toma la forma de un encierro-castigo ilegal, que atenta contra sus garantías y derechos humanos. Veamos ahora como se enfrenta la problemática desde la visión jurídica disciplinaria.

³⁸ García Durán Alejandro, *La porción olvidada de la niñez mexicana: Los 400 hijos del padrecito Chilchachoma* Casa Alianza, Depto del DF, México, 1990 p. 53.

3.1.2 Jurídico / Disciplinario

Desde esta perspectiva, los niños, niñas y/o jóvenes de calle que consumen sustancias psicoactivas son vistos como delincuentes; criminales o menores infractores. La adecuación a un estilo de vida cuya lógica profunda consiste, como veremos, en la ruptura o transgresión consuetudinaria a la norma, los coloca en posición de ser “perseguidos”, capturados, enjuiciados y, nuevamente, institucionalizados.

Así, por el echo de desempeñarse en el comercio informal, la prostitución y el tráfico de estupefacientes. Carecer de un lugar fijo de residencia (dentro del concepto tradicional), no contar con documentos de identidad, y consumir sustancias psicoactivas ilegales o vivir verdaderos procesos de fármacodependencia, la vida cotidiana de esta población es percibida por parte de la ciudadanía y las autoridades como una cadena de actos criminales e infracciones a la norma.

En la mayoría de los casos, la población en situación calle que consume sustancias y que puede estar o no vinculada con estructuras de narcotráfico (transporte, compra y venta de sustancias; pero en la mayoría de las veces colocados en un lugar de explotación, desventaja y riesgo, que pone en peligro incluso con su propia vida) es invariablemente cargada con un pernicioso estigma social que se compone, en general, por los siguientes etiquetas: adicto, peligroso, violento, ratero, agresivo, etc.

Como habíamos mencionado previamente, la vida cotidiana de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle es evaluada casi en su totalidad como una trasgresión a la norma. Por lo tanto, y desde la perspectiva que estamos describiendo, los principales intentos de “estudio”, “comprensión”, y “atención” del fenómeno toman como objeto de estudio a la familia. Veamos, pues, cómo funciona la familia ante la trasgresión de las normas sociales. En México, dicha institución social es la encargada de reproducir normas, reglas, valores y costumbres que inciden en la conducta y comportamiento de las personas. De manera particular, el rol de la familia difícilmente puede ser observado aisladamente, esto es, sin insertarla en el contexto más extenso de la sociedad (situación socioeconómica).

El código disciplinario que los padres establecen en una familia (aún informalmente) transmite mensajes a los hijos respecto a los comportamientos que se juzgan como aceptables o inaceptables. Cuando se trata de los últimos, la respuesta más común consiste en la imposición de sanciones, castigos o penas “apropiadas” o “adecuadas” al tipo y/o gravedad de la trasgresión. Según sea el caso, pueden recurrir a castigos corporales, privaciones o a no mostrar afecto. Pueden tomar formas opuestas o diversas, tales como los llamados a la reflexión

y a la responsabilidad o el hecho de engañar y reprender al menor. Los castigos y las reprimendas pueden ser tanto regulares y constantes, como intermitentes, y depender, así, del impulso o estado de ánimo de los padres.

No obstante, no sólo la familia envía dichos mensajes; sino que también la comunidad, la colonia y el entorno social inmediato en el que se desarrolla la vida cotidiana de la misma. Y este asunto es importante porque, muy en contra de la imagen idealizada que se tiene tanto de la familia como de la sociedad, lo cierto es que hogares, barrios y colonias (o contextos territoriales) **en donde la norma fundamental es la violencia, el robo, el consumo de sustancias, además tales actos son reconocidos y brindan status y protección dentro de la red social comunitaria**³⁹. Como se ve, las niñas, los niños y jóvenes crecen en una dinámica que se desarrolla fuera de la ley (en una cultura ilegal, trasgresora de la ley y de la norma social).

En este sentido, resulta oportuno mencionar que las investigaciones criminológicas constantemente llaman la atención sobre la importancia de la relación entre la moral de la sociedad y la justicia social. Donde **los actos criminales pueden ser también compensaciones por un reconocimiento personal negado o perdido y un intento por obtener ese reconocimiento dentro de las bandas o pandillas**.

La pérdida de control social tiene que ver también con los procesos de disolución de las comunidades. La influencia decreciente de las instancias de control tradicionales (familia, religión, escuela, etc.). La falta de reconocimiento a las diferencias y a las nuevas identidades juveniles, culturales y *subculturas*, mismas que suelen estar “envueltas” o “rodeadas” por estereotipos, prejuicios y estigmas que, invariablemente, generan procesos de exclusión y marginación social.

Desde el punto de vista jurídico-legal, cualquier joven, al ser detenido por un delito o infracción, se hace merecedor a un castigo o medida de tratamiento.⁴⁰ Desgraciadamente, en la cárcel (dispositivo conceptualizado como un entorno destinado a la *readaptación social, la re-personalización, la re-socialización*, etc.) la estructura social prevalente se finca en el establecimiento y mantenimiento de relaciones de poder y ejercicio de la violencia; tal como ocurre afuera de las rejas, en nuestra sociedad, e incluso peor. Dichas relaciones de poder se producen y reproducen entre los mismos internos (en el caso de menores infractores). De esta manera, podemos mencionar que, por una parte, existen diversos rangos de poder y privilegios,

³⁹ Como en ciertas delegaciones y/o colonias del Distrito Federal (p. e. Tepito), cargadas, además, de un estigma social que suele tomar la siguiente forma: *Los de esa colonia son delincuentes, violentos, malvivientes, peligrosos, etc.*

⁴⁰ En caso de ser menores de edad, a los infractores se les asigna una medida de tratamiento, que puede ser internación, externación y libertad absoluta.

y, por la otra, se emplean o imponen castigos y torturas, se “tolera” el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas y alcohol. Impera el tráfico de influencias, y la compra-venta ilegal y clandestina de artículos o utensilios de uso personal.⁴¹

En México, la Ley de Readaptación Juvenil vigente dispone la necesidad de estudios **sobre la personalidad psicofísica de los menores**, sus **antecedentes patológicos hereditarios y personales, exámenes antropométricos**; y con respecto a su **funcionamiento psíquico normal o patológico**, y generalmente se utilizan conceptos como el **“estado peligroso”** del menor.

Con ello se faculta aun Consejo de Menores (comúnmente integrado por licenciados en derecho, pedagogos y médicos “especializados” en conductas infractoras) para tomar en cuenta el **factor biopsicosocial** como agravante del hecho cometido. Es decir, se practican los estudios aún cuando no se ha probado su responsabilidad. De tal forma que, aunque los niños, niñas y jóvenes en situación de calle no sean señalados como culpables de la comisión de algún delito, o transgresores de algún reglamento o norma, lo cierto es que son sometidos a toda una batería de estudios y análisis que, en la mayoría de los casos, los colocan como personas, alienadas, **antisociales** y/o peligrosas. En este sentido, cabe señalar que, legalmente hablando, el término que más se emplea es el de **“peligrosidad social”**, mismo que es considerado como un agravante sumada a diferentes tipos de delitos, lo cual determina, en última instancia, la respuesta penal.

Desde esta perspectiva se puede ver cómo históricamente cada sociedad ha tenido y tiene sus “locos”, “leprosos”, “desviados”; aquellos cuyo estilo de vida está, por decreto y tradición, fuera de la normalidad y la ley. Y, las respuestas clásicas de la sociedad, la “ciencia” y las instituciones jurídicas ante este tipo de población consiste, también históricamente, en la exclusión, estigmatización, el control social y un tipo de represión que toma la forma de: separación, castigo, sacrificio (de personas **“de recambio”** cuya muerte importa poco), encierro y violencia.

⁴¹ *Los padrinos* generalmente relacionados corruptamente con el personal del centro (custodios, técnicos, empleados de limpieza), posteriormente los allegados a los padrinos; quienes tienen algunos privilegios, son también golpeadores, organizadores de grupo, eligiendo o no a los nuevos jóvenes. *Chavos*; generalmente hacen los trabajos de limpieza más pesados algunos con escoba o trapeador, pero es más común hacerlo con las *chichas* (jergas rotas; con las que limpian a mano; baños, pisos, cocina, incluso se llegan a usar de toallas.) Prácticamente toda la población de jóvenes padecen escabiasis. Las *rucas* generalmente encargados de hacer favores sexuales, aunque no es exclusivo de éstos. De mayor a menor posición de poder, incluyendo la estructura institucional converge en relaciones patológicas y de dependencia.

Fuente: Diario de comunidad: Comunidad Terapéutica Reeducativa; jóvenes relatan vivencias del *Centro de Tratamiento para Varones “San Fernando”* México, DF 2005

3.1.3. Moral / Religioso

Si bien es cierto que “*La norma moral [y religiosa], en su origen, es un saber práctico que le permite a las colectividades existir. Asegura un tipo de relación, con el contexto, con los semejantes, y consigo mismos que disminuya al máximo las amenazas y peligros*”⁴², en la actualidad suele ser empleada como un ideal de conducta.

De hecho, todo acto que respete la norma será visto no sólo como virtuoso, sino como fuente y sustento de la seguridad, tanto individual como grupal. En el mismo sentido, si tomamos en cuenta que la seguridad es una necesidad básica del ser Humano (que incluye la continuidad, la permanencia, la presencia de estabilidad, la conservación, la presencia de lazos, la dependencia, etc.); entonces, podremos percatarnos de que cuando se emplean las perspectivas y modelos que describiremos a continuación, lo que se intenta es “fortalecer” la seguridad, trabajando por la conservación de las normas y costumbres, y en contra del cambio y el establecimiento de estilos alternativos de vida.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que tanto la población en situación de calle, como el estilo de vida que esta lleva, es comúnmente evaluada como origen o fuente de inseguridad, y la inseguridad “[...] es una interrupción o ruptura de una situación de equilibrio. En este sentido por consecuencia, inseguridad significa discontinuidad, falta, inestabilidad, cambio, renovación ausencia de lazos, independencia, autonomía, etc.”⁴³, entonces podremos comprender por qué, ante la emergencia del desequilibrio, la ruptura y el cambio, los grupos sociales buscan en sus tradiciones, códigos morales y religioso, los elementos capaces de restaurar la “seguridad perdida”.

Así, el modelo de intervención enfocado a la población en situación de calle se fundamenta en el empleo del “mensaje bíblico de Jesús”, proclamado por los cuatro evangelistas, en el contexto de *Las sagradas escrituras*.

Desde este punto de vista o perspectiva, las niñas, niños y jóvenes en situación de calle son evaluados o representados como “pecadores” que lleva una vida licenciosa y corrupta. Donde conductas como el desarrollo de una sexualidad extra o prematrimonial, o el uso de sustancias psicoactivas, son considerados como el pecado o falta a expiar o corregir. **Donde,**

⁴² Polanco Frías, Víctor A., *Apuntes para el diseño y Gestión de Dispositivos de Formación colectiva*, México, 2005

⁴³ Cfr. Merlo, Roberto et al, *Prevención de la farmacodependencia: una propuesta comunitaria*, Tomo I, Coedición entre Plaza y Janés Editores y Centro Cáritas de Formación para la atención de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas, México, 2001, p. 24

por lo general, desde la parte moral se representa a la persona que vive en situación de calle, sea o no adicta a sustancias psicoactivas, como viciosa o débil de voluntad.

“Estos espacios se abren privilegiando un ambiente fraterno y comunitario, dirigiendo los esfuerzos a contener dentro de la naturaleza humana la fuerza divina suficiente de cada adicto, entonces hay un emisario y un depositario de la naturaleza ideal o de la naturaleza divina en donde la perfección es observada como la posibilidad de actuar en función de rehacer en el aquí y el ahora la vida en la perspectiva Dios-Hombre”.⁴⁴

Como se puede leer en la cita anterior, dicho modelo tiene su origen en la hipótesis de que el *Ser superior*, debe sanar las situaciones de marginación que la sociedad ha construido, esto, a partir las posibilidades que tienen todos los grupos sociales. Como se puede notar, su enfoque es mágico-religioso; mismo que suele dificultar u obstaculizar iniciativas tendientes a mirar la historia personal y familiar de cada individuo, que se realizan con el fin de saber cómo se ha ido construyendo la adicción. Entonces, y como fácilmente se puede deducir, **se coloca de nuevo toda la responsabilidad o “pecado” en el sujeto portador de la adicción.**

En México, las comunidades o *centros de internamiento* o *granjas* se encuentran dentro de la tipología de comunidades de inspiración religiosa o filantrópica, con una fuerte influencia de los métodos de la organización de Alcohólicos Anónimos. En donde la autoayuda es el instrumento terapéutico más importante. Esta “matriz religiosa y humanitaria” ha actuado en forma limitada y, en cierta medida, está poco preparada para proporcionar respuestas eficaces a los fenómenos de vida en calle y uso y dependencia a drogas. Pues carecen de formación especializada y sustentan sus trabajo en una “metodología” cuyos componentes fundamentales son en el castigo y el encierro⁴⁵.

Esta situación ha generado una dinámica anti-terapéutica, es decir, de no cambio reflejada en el hecho de que diferentes personas con un estilo de vida en calle transitan por diferentes tratamientos sin la posibilidad de experimentar un alivio a su situación de sufrimiento, hecho que da pie a la cronificación del problema, al experimentar el fracaso en sus intentos de cambio.

⁴⁴ *Op. Cit.* Del Bosque Cortázar, *et al.*

⁴⁵ Aquí, cabe mencionar que *no se tiene la intención de descalificar “gratuitamente”* estos intentos de intervenir de cara a este fenómeno; sino de hacer un análisis reflexivo acerca de cómo la carencia de metodologías sustentadas, rigurosas y sistemáticas cronifican fenómenos como la vida en calle y son co-constructoras de procesos adictivos y de generación de dependencias, tales como la fármacodependencia.

3.1.4. Psicosocial (Relacional)

El enfoque relacional, parte de la observación de las interacciones sociales que tienen cotidianamente las personas que viven fenómenos como la vida en situación de calle y la fármacodependencia. Es una alternativa que contempla **intervenciones orientadas a la comprensión del comportamiento**, es decir, acercarse, acompañar y comprender **el sentido de la situación de sufrimiento que experimentan las personas que padecen tales fenómenos**, e indagar, así, acerca de la pregunta: ¿Qué te pasa a ti? También toma en cuenta las respuestas de carácter afectivo cognitivo que sólo pueden ser descritas o narradas por la misma persona. Esto representa un elemento de lectura de acuerdo a lo que la persona mencione o deje de mencionar. Se parte, entonces, de un proceso cognitivo-afectivo y experiencial. (la persona encarna el síntoma de una problemática más compleja), y la intervención toma el sentido de incidir en los lazos que la sujetan al mundo (cualesquiera)⁴⁶.

Aquí, tanto el estilo de vida en calle, como la fármacodependencia, son caracterizados como fenómenos complejos, es decir, *multidimensionales*, en donde podemos ver: a) aspectos conductuales; b) relacionales (de contexto: familia y comunidad); c) intra-psíquicos (de organizaciones de la personalidad); d) socioculturales, etc.

Sin embargo, conviene establecer que en cuanto a la perspectiva relacional⁴⁷ se refiere, existen dos grandes problemas a resolver, uno de índole **teórico-metodológico**, y otro de orden **ético-social**.

El primero, **teórico-metodológico**, se relaciona con la marcada tendencia hacia la simplificación teórica de las problemáticas sociales en las que se interviene. Este tipo de simplificaciones tiene consecuencias negativas cuando se traduce en acciones de intervención, ya que, a partir de ellas, se obtienen resultados de bajo impacto o prácticamente nulos. En este sentido, el propósito del modelo que construye Hogar Integral de Juventud, IAP., junto con otras instituciones (nacionales e internacionales), consiste en hacer interactuar, en forma coherente y adecuada al contexto, un cuerpo de hipótesis *transdisciplinarias* que nos permita comprender los

⁴⁶ “La Fármacodependencia es entendida como una acción compulsiva presentando una escisión entre el pensamiento, la acción y la emoción (...) y el Tratamiento desde esta perspectiva busca reconstruir o construir las conexiones entre estas instancias (...) existen acercamientos a la Fármacodependencia que consideran la prevalencia de aspectos conductuales (enfoques represivos, como carcelarios o de algunas propuestas comunitarias como en las comunidades Encuentro, Alcohólicos anónimos etc.) pero no toman en cuenta el aspecto afectivo, emocional y fuertemente simbólico, otro acercamiento en el cual se consideran con prevalencia los aspectos simbólicos (el psicoanálisis, la teoría de las representaciones sociales) ha olvidado también que la Fármacodependencia es una conducta destructora y autodestructora.” (...)⁴⁶

⁴⁷ En general, tanto en el ámbito de la atención a las fármacodependencias, como de las situaciones críticas asociadas a éstas (p. e. la vida en calle).

fenómenos sociales desde su propia complejidad. Todo esto con el fin de estar en condiciones de construir estrategias de intervención mejor adecuadas a la realidad social.

En **segundo lugar**, en lo concerniente a la dimensión **ética-social** de nuestra tarea, es necesario: a) reconocer que la dinámica social es compleja y los procesos de cambio promovidos por las organizaciones civiles, no son generalizados, ni radicales, ni a corto plazo (desde este punto de vista, debemos mantener una posición humilde y realista en cuanto a las expectativas de cambio que se refiere); b) es necesario que exista un proceso de evolución y crecimiento de las organizaciones civiles, por medio de la profesionalización de los agentes sociales que trabajan en ellas; esto traerá como benéfico un sensible incremento en la calidad de los servicios prestados, así como el desarrollo de nuevos enfoques que permitan abordar el fenómeno en forma integral y efectiva; c) resulta de vital importancia trabajar para establecer y fortalecer los vínculos, tanto interinstitucionales, como intersectoriales.

En síntesis desde esta mirada psicosocial/relacional reconoce:

1. A la fármacodependencia como una de las **manifestaciones de la normalidad**.⁴⁸
2. Que **todos los actores** constituyen problemas/soluciones, amenazas/posibilidades: la familia, el grupo de pares, los líderes comunitarios, los fármacodependientes, los agentes y las organizaciones que trabajan en prevención y tratamiento, etc.
3. Que la conducta *desviada* como fenómeno colectivo es, antes que nada, una **construcción social**.
4. **A la comunidad como un sistema hipercomplejo y por lo tanto, irreductible**, evitando la simplificación que implican muchos de los enfoques de intervención imperantes.

Así, asumir una posición ética que incluye, entre otros elementos: 1) el reconocimiento de la seguridad de cometer errores, de ser parte del problema y no considerarnos sólo como la solución; 2) tratar de explicitar los mecanismos de autoengaño (que suelen generarse en los equipos que intervienen en este tipo de fenómenos); 3) estar atentos a la producción de efectos

⁴⁸ Entonces, se puede mencionar que se entiende el fenómeno de la fármacodependencia como parte de la "normalidad" de una comunidad, y no como una disfunción o desviación. Ahora bien, cabe aclarar que cuando se habla del concepto de normalidad se hace referencia a las formas recurrentes en que, históricamente, las comunidades han "enfrentado e intentado resolver" los desequilibrios relacionales que se gestan en su interior. Con esta postura, se evita sumarse a la tendencia que consiste en colocar a los fármacodependientes, y sus grupos familiares, en el lugar o rol del "Chivo Expiatorio". Tendencia mediante la cual los habitantes de las comunidades buscan (práctica y simbólicamente) expiar la culpa social por medio de la inmolación (estigmatización, marginación y exclusión) de víctimas propiciatorias.

secundarios no deseados en la intervención; 4) evitar la colusión de las instituciones tanto con el fenómeno, como con sus actores, etc.

En suma, esta perspectiva nos conduce a pensar en los seres humanos como **seres en relación**, es decir: **como seres relacionales que producen y requieren de sentido**. Donde fenómenos como la vida en calle y la fármacodependencia son vistas como experiencias tanto individual, como grupales y sociales. Que tienen vínculos muy estrechos con las variables culturales de las personas.

De tal forma que el estilo de vida o perfil de las personas es producto de la comunidad. Es una variable dependiente de estos elementos.

3.2 Respuestas; de la Emergencia al Método

No se puede perder de vista que en el desarrollo de la atención a la población de calle en México uno de los primeros modelos estaba basado en empleo de los **centros de atención masiva** (ciudades de los niños, albergues, etc.). Y otra forma común de “dar cobijo” fue **el de las casas-hogar**, también llamados hogares sustitutos; implementada, mayormente, a finales de la década de los años sesenta, y hasta principios de los años noventa.

Estos esfuerzos respondieron a diversas situaciones, a saber: a) la carencia de teorías, métodos y dispositivos especializados; b) la falta recursos (económicos, humanos, estructurales, culturales, etc.) que favorecieron la popularización de los centros masivos; c) al interior de dichos centros se carecía de medios para brindar atención individualizada; d) toda esta serie de factores se unía a la puesta en práctica de un tipo de asistencia indiferenciada, en donde las niñas y niños, los huérfanos, los abandonados, los indígenas, los discapacitados, con problemas familiares y de la calle, eran percibidos como “harina del mismo costal”.

En este contexto también se generaron los modelos **de casas-hogar de “puertas abiertas”**, donde los menores permanecían por su propia voluntad. Estas iniciativas constituyeron, en su inicio, una valiosa alternativa; puesto que buscaban brindar una atención personalizada, en un ambiente centrado en el afecto. Fungieron como así como el antecedente de la atención terapéutica de los niños callejeros.

Posteriormente, a principios de la década de los años ochenta, se pasó a un nuevo modelo conocido como **“introducción de programas de educación en la calle”**. Mismo que tomó fuerza a partir de la segunda mitad de dicha década. Se desarrolló en Brasil, y fue precursor de las iniciativas de acompañamiento en la calle por profesionales denominados

educadores de calle. En México fue aplicado por parte de un programa gubernamental denominado MESE (Menor en situación Extraordinaria). Sin embargo, a principios de los años noventa, dicha iniciativa entró en crisis.

De esta experiencia surgen diversas Organizaciones de la Sociedad Civil que adquirieron un compromiso sólido con esta población, y que a partir de entonces han intentado unir esfuerzos y metodologías para atenderla. Esto, sorteando factores adversos como la carencia de recursos, la sobresaturación de los espacios donde pernoctan los menores, y los procesos de disputa tanto por el territorio, como por el “derecho” a brindar atención.

En lo que se refiere a las instancias que atienden alcoholismo y fármacodependencia de la población en situación de calle existe un gran vacío, ya que son **los anexos** (que en su mayoría operan de manera irregular⁴⁹, y como reducto del sistema político económico) a los que se les ha dado la encomienda implícita de hacerse cargo de esta población. La falta de protección, supervisión técnica y de derechos humanos han hecho de los anexos, fuera se serie o granjas; lugares de violencia, tortura (física y psicológica), violación, estigmatización y cronificación de la problemática.

Por último, cabe mencionar que la ausencia de formación, método, evaluación, supervisión y ajuste de estas iniciativas de intervención favorece la cronificación de los fenómenos al permitir que los niñas, niños y jóvenes en situación de calle pasen por **programas de atención** (que no necesariamente son asistencialistas), y que los utilicen, desde una lógica meramente utilitaria, para subsistir. En el mismo sentido, la población de calle muchas veces vive y sobrevive “a costillas” de las instituciones, ya que éstas, en su afán por ayudar, ponen en la calle alimentos gratuitos, ropa, encerres, duchas, entretenimientos y servicios, sin percatarse de que convierten este estilo de vida no sólo en una “alternativa viable” de subsistencia; sino, incluso, deseable.

3.2.1. Respuestas del Estado

Actualmente las políticas públicas y los proyectos sociales dirigidos a la problemática están a cargo de instancias de Gobierno y organizaciones de la sociedad civil, ambos sectores han incluido a la población de niños, niñas y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social en

⁴⁹ En el territorio del Estado de México hay 3,500 que carecen de instalaciones y tratamientos adecuados. La mayoría de estos anexos no cumplen con la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-1999 para la prevención y el tratamiento de las adicciones además que la Secretaría de Salud estatal, encargada de regular estos centros de rehabilitación, no cuenta con un padrón oficial de cuántos son y dónde se ubican. Armando Pérez Soria, Presidente de la Comisión de Salud de la 55 Legislatura local, Informe año 2005.

alguna línea de sus programas. Mismas que tradicionalmente han estado caracterizadas por tener un corte asistencial.

Entre las instituciones más visibles, en cuanto a las respuestas del Estado se refiere, se encuentran, a nivel federal, el **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)** en el ámbito de la Asistencia Social, el desarrollo y la puesta en marcha de acciones y programas para atender a la población vulnerable.⁵⁰ Y, a nivel local (Gobierno del Distrito Federal), el **Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS)**⁵¹ que ofrece a las personas que sufren abandono, extrema pobreza o vulnerabilidad, distintos apoyos y mejores condiciones para puedan valerse por sí mismos.

Otro es el Programa que merece mención es el de Atención Social Emergente (PASE), el cual recibe reportes ciudadanos para la atención a personas en situación de calle (niñas, niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, familias, indigentes) y proporciona asistencia social a personas o familias afectadas por un siniestro o desastre (incendio, explosión, inundación, granizada, deslave, derrumbe), desde que se verifica este, y hasta que se restablecen sus condiciones de vida.

El **Registro Civil** tramita actas de nacimiento extemporáneas con el propósito de dotar de una identidad jurídica a menores, jóvenes y adultos mayores en situación de calle, sobre todo a las y los usuarios de los 10 Centros de Asistencia e Integración Social (aproximadamente más de dos mil 76 indigentes)⁵². Dicha iniciativa se basa en el objetivo del convenio interinstitucional que, en el marco del 143 aniversario del Registro Civil, firmaron la Secretaría de Desarrollo Social, la Procuraduría General de Justicia capitalina y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal.

Otra instancia que atiende y da seguimiento a las situaciones relacionadas con la violación a los derechos de los niños y niñas en condiciones vulnerables es la **Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)**. Los casos presentados en esta instancia toman la forma de actos de negligencia, abuso por parte de las autoridades (en específico de seguridad pública).

⁵⁰ En especial las niñas y los niños a través de programas preventivos y de desarrollo tienen por otro lado unidades asistenciales para niños de 0 a 6 años de edad y de 6 a 18 años de edad, en donde se ofrece protección física y emocional a los menores en situación de riesgo que han sido abandonados o salen de su hogar. Se les brinda servicios de regadera, alimentación, vestido, regularización escolar.

⁵¹ Ofrece servicios de asistencia social en 10 Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) en donde se brinda cuidado y atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres adultos, así como a personas de la tercera edad en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad. Proporciona además alojamiento, alimentación, atención médica, psicológica, psiquiátrica y gericultura, así como talleres de capacitación para el trabajo, educación, actividades recreativas, deportivas y culturales, entre los que se encuentra, el más conocido Plaza del estudiante.

⁵² Cabe mencionar que el trámite es gratuito, y para realizarlo basta con la declaración de los y las usuarias y dos testigos que den validez a dichas declaraciones.

Por otra parte, los programas que actualmente existen en nuestro país, diseñados a partir de las políticas implementadas por el gobierno federal, e implementados por el **Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC)**, van dirigidos hacia dos grandes objetivos: la prevención; y el tratamiento⁵³

En general, las acciones más visibles son las campañas publicitarias como estrategia de prevención. Por otra parte, persiste el mismo discurso y los recursos financieros son destinados a la lucha contra el narcotráfico y el narcomenudeo.

Los medios de comunicación también han colaborado desde su particular interés y visión, se han dado a la tarea, en los últimos 4 años, de realizar festivales musicales o maratones artísticos, buscando realizar grandes colectas a favor de los niños y niñas desprotegidos o bien de campañas publicitarias en contra de las drogas.⁵⁴ Cabe preguntarnos a qué responden sus intereses y de qué manera se perpetúa el estigma hacia la población en situación de calle.

Cabe destacar que las acciones dirigidas a la población en condiciones de vulnerabilidad de las diferentes instancias, Secretarías y centros antes descritos, suman a su programa general las acciones que operarán con dicha población, pero son pocos los que inciden de forma especializada en la problemática como las casas y/o albergues, sin embargo, aún ahí se atiende todo tipo de población discapacitados, extraviados, personas con problemas de salud mental todos con un estigma alto ante la sociedad.

3.2.2. Respuestas de las Organizaciones de la Sociedad Civil

En general, las líneas de trabajo de las Organizaciones de la Sociedad Civil que inciden con la población callejera, se focaliza en el trabajo especializado al tipo de población de que se trate, en un contexto físico más o menos definido, con identidades y fines similares, ya sea de carácter humanitario y/o religioso.

Sus intervenciones se caracterizan por tener en alta estima principios como la caridad y beneficencia. Sus valores están “ceñidos del amor de Dios”, amor a la humanidad, al desamparado, desprotegido, etc. Otras se caracterizan por guiarse con base en valores más humanitarios y de integración a la sociedad, sin perder de vista el rescate a través del amor, comprensión y apoyo integral a los niños, niñas y jóvenes.

⁵³ Con cobertura focalizada a población con alta vulnerabilidad.

⁵⁴ “...quien mejor que los niños para dar inicio a esta gran colecta del domingo [...] los talentosos “chicos de oro” de Código FAMA. Personalidades como Elefante, Mariana Seoane, Natalia y la Forquetina, Ana Bárbara, [...] que aunados a todos los esfuerzos de Fundación Televisa, Canal 4, Hermes Music y otras instituciones altruistas invitaron a la gente a sumarse en este gran proyecto de amor [...]” Fuente: Fundación Televisa

Sus objetivos generales se engloban en: a) Salud física y mental, b) educativa, c) Cultura, d) Capacitación e) Trabajo, f) Apoyo Económico, g) Alimentación, h) Espiritual, i) Derechos Humanos y j) Adicciones.

Los servicios que ofrecen son principalmente: de prevención de la violencia, protección de los derechos humanos, defensa legal, prevención de explotación sexual comercial, trabajo infantil urbano [UNICEF, Casa Alianza, Ministerios de Amor].

Por otro lado, los servicios de alimentación y albergue y/o programas de “Centros de Día”:⁵⁵[Casa Alianza, Centro de Apoyo al Menor Trabajador, El Caracol, Fundación Renacimiento, Ministerios de Amor y Fundación JUCONI (servicios educativos personalizados)].

Por su parte, la atención especializada a las madres adolescentes embarazadas o con bebés se encuentra Casa Dar y Amar (DAYA, IAP) en donde se les da asistencia y apoyo legal.

El Colectivo Mexicano de apoyo a la niñez (COMEXANI) presta servicios a personas abandonadas o que han sufrido algún tipo de violencia.

De los servicios dirigidos a las adicciones se tienen grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (dirigidos a adolescentes y adultos), y “anexos” o fuera de Serie se ofrece el servicio de desintoxicación (3 meses de abstinencia) la población acude por su voluntad o en contra de su voluntad, las “patrullas Espirituales⁵⁶” llegan a los puntos de encuentro por los jóvenes para llevarlos a sus instalaciones o retiros para lograr la abstinencia de sustancias.

Otros centros ofrecen sus servicios de terapia individual y/o familiar para el tratamiento de las adicciones u otras problemáticas afectivas, mentales y relacionales como es el caso del Centro Cultural y Humanista Tlalcalli y Casa Alianza.

Como se puede notar, por parte de las Organizaciones de la Sociedad Civil se observa el empleo de una variedad de técnicas de intervención, que si bien contienen algunos fundamentos, generalmente los tienen dispersos y no cuentan con un marco teórico-metodológico adecuado y suficiente. Esta situación, aunada a la carencia de instrumentos, o manejo sistemático de los mismos, nos hace pensar que su lógica de acción se basa más bien en un “activismo” (hacer por hacer), desarrollado a partir de las necesidades o demandas urgentes de la población de calle.

Resulta esencial mencionar que entre las instituciones del Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil existe un trabajo de red mínimo, que se finca más a la parte de la territorialización (demarcar y repartirse los puntos de reunión o encuentro) de la población en

⁵⁵ Alimentación, regaderas, baño, apoyo económico, alimentación y vestido

⁵⁶ *Patrullas espirituales* es el nombre coloquial que se le da a las camionetas en las que se llevan a la población de calle, éstas llegan a los puntos de encuentro y transportados la mayoría de las veces en contra de su voluntad según testimoniales de los mismos jóvenes en las distintas delegaciones del distrito Federal.

situación de calle que a al trabajo de red “operativo” (es decir, establecer marcos, metodologías, objetivos y formas de organización comunes). Con respecto a lo anterior, cabe señalar que en el Centro Histórico (de la Ciudad de México) existen infinidad de instituciones que “atienden” a la población en situación de calle por lo que han acordado intervenir en determinados puntos y grupos de población específicos sin embargo los niños, niñas y/o jóvenes se mueven en búsqueda de otros servicios, apoyos económicos, trabajo, etc. Incluso cambian sus nombres e identidad. Lo cual forma parte del proceso de callejerización y dependencia.

De esta forma, cuando una persona en situación de calle identifica a un educador de calle, o a algún voluntario de cualquier organización social o religiosa, primero pregunta: *¿Qué me vas a dar tú?* Con lo cual, antes de dar mayor información de sí mismo, aceptar entrevistas o recibir un servicio, busca obtener un beneficio o ganancia que no se relaciona directamente con lo que se podría denominar como un proceso de atención, o una relación de ayuda. Por esto decimos que las instituciones y la población han generado procesos de dependencia y cronificación, pues ante dicha pregunta, las Instituciones responden implícitamente *¿Qué me vas a dar tú?* Y lo que se da es información personal y de la familia, presencia en eventos institucionales, realizar algún servicio en los centros de día (como pintar, barrer, traer a los jóvenes del punto de calle a las reuniones, etc.). Más allá de este intercambio, en el fondo se devela una forma de relación que puede ser calificado como patológica (p. e. de doble vínculo) y dependiente. Entonces se despliega un acto o relación fincada en la simulación (lo que comúnmente es llamado actitud de *“como sí”*). Misma que puede ser resumida en la siguiente frase: ***Yo (persona en situación de calle) hago como que me ayudas y rescatas, y Tú (institución); juegas al salvador y de paso limpias/ purificas tus culpas.***

Ahora bien, como en los esfuerzos realizados el resultado no ha sido benéfico para la población en situación y riesgo de calle, surge una iniciativa de “trabajo en red” entre el gobierno federal y algunas organizaciones sociales que inciden en dicho fenómeno, cuyo nombre es **Proyecto “Centros de Promoción para la Infancia Matlapa”**, y sobre el cual abundaremos en la siguiente sección.

CAPÍTULO IV

RESPUESTA INTERSECTORIAL

4.1 Surgimiento del Proyecto “Centros de Promoción para la Infancia *Matlapa*”.

El proyecto *Matlapa (lugar de redes, en náhuatl)*, con sus 10 Centros en la capital del país, representa un ejercicio de intervención dirigido hacia la población en situación de calle. En él participan el Gobierno Federal, y diversas Organizaciones de la Sociedad Civil, el primero lo hace a través del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL)⁵⁷, que funge como la instancia que presta los recursos financieros (un total de diez millones de pesos). Mismos que se canalizaron a las Organizaciones de la Sociedad Civil para el desarrollo y ejecución de sus diversos programas y proyectos, dirigidos ahora sí, específicamente, a la población conformada por niños, niñas y jóvenes en situación de calle, y cuyos servicios tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas y la atención principalmente a problemáticas de salud, higiene, recreación, integración, cultura, alimentación, educación y adicciones.

Es importante mencionar que dicho proyecto emerge a partir de una propuesta gubernamental⁵⁸ de articulación con las organizaciones, que busca innovar en el terreno de la intervención social. La propuesta de “Matlapa” (en la cual participaron los diferentes centros, incluyendo a Hogar Integral de Juventud) intenta construir un **Modelo Específico para la atención de dicho fenómeno**, teniendo como eje la articulación intersectorial e interinstitucional, destinada a compartir tanto enfoques, como los distintos elementos que desde las diversas disciplinas sociales (sociología, trabajo social, psicología social), fuesen capaces de conformar los cimientos para un abordaje completo. Y donde la base es, justamente, la conjunción de experiencias y especificidades. Tal es el reto que nos deparó esta propuesta.

De esta forma, **se logró la conformación de un sólo programa con distintas vertientes denominado “Coinversión Social”**, para fortalecer la estrategia de corresponsabilidad intersectorial que permite direccionar e integrar acciones, y lograr un mayor impacto con los proyectos, al conjuntar los esfuerzos de los Agentes Corresponsables⁵⁹.

⁵⁷ El Instituto Nacional de Desarrollo Social, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social con quien, para este proyecto se vinculan las Organizaciones de la Sociedad Civil. La contribución del Instituto se expresa a través de diversas vertientes y programas estratégicos, con los que se busca materializar y consolidar el perfil participativo e incluyente que busca la política social.

⁵⁸ En el inicio del sexenio (2000-2006) del Presidente Vicente Fox, quien en su primer recorrido por el Distrito Federal visita Yolia “Niñas de la Calle”, AC desayunando “unos ricos tamaletos” con la población destinataria. Esto resulta ser uno de los antecedentes del proyecto “Matlapa”.

⁵⁹ Se entiende como Agentes Corresponsables de la Ejecución de los Proyectos (AREP) a las Organizaciones de la Sociedad Civil, los gobiernos municipales e instituciones académicas de educación superior o de investigación que

El proyecto Matlapa formó parte del **Programa de Acción 2002-2010 “Un México apropiado para la infancia y la Adolescencia”**. Se trata de un trabajo, que inaugura un nuevo modelo, en el que el gobierno proporciona los recursos para atender a la infancia callejera de la Ciudad de México y articula los esfuerzos de la Sociedad Civil, la cual, a su vez, aporta su conocimiento, experiencia y métodos de intervención. Dichas estrategias se dan a partir de una responsabilidad compartida entre el gobierno y las instituciones civiles que atienden el fenómeno⁶⁰. En el siguiente cuadro se enuncian las Instituciones del Proyecto Matlapa que atienden a población de calle en sus diferentes contextos comunitarios en la Ciudad de México, en las diferentes delegaciones

Cuadro 2 Organizaciones participantes del Proyecto “Matlapa”

No.	Organización de la Sociedad Civil	Nombre del Centro	Delegación
1	Fundación San Felipe de Jesús IAP	Matlapa Observatorio	Álvaro Obregón
2	Espacios de Desarrollo Integral	Matlapa Centro Histórico	Venustiano Carranza
3	Educación con el niño callejero	Matlapa Morelos	Cuauhtémoc
4	Artistas por la Calle	Matlapa Iztapalapa	Iztapalapa
5	Centros de Promoción Comunitaria	Matlapa Guerrero	Cuauhtémoc
6	Fundación Ama la Vida	Matlapa Escandón	Miguel. Hidalgo
7	Fundación Déjame ayudarte	Matlapa Alhóndiga	Venustiano Carranza
8	Mamá Margarita	Matlapa Cañitas	Miguel Hidalgo
9	Yolia Niñas de la Calle	Matlapa Santa María La Rivera	Álvaro Obregón
10	Hogar Integral de juventud	Tratamiento de Base Comunitaria	Álvaro Obregón

En cuanto a los servicios y atención que brindan las instituciones que participan en el proyecto Matlapa, se observa que **tienen experiencia en la atención de las necesidades básicas a niños y niñas en situación de calle o en riesgo de calle, desde hace dos décadas en promedio**. Dichas instituciones enfocan sus servicios hacia la **reinserción social y escolar de los jóvenes**, es decir, los apoyan mediante la búsqueda de trabajo, regularización escolar, capacitación, apoyo económico, etc. En su mayoría, las acciones y actividades están focalizadas a la **satisfacción de necesidades básicas** de alimentación, vestido, salud y vivienda. Sin embargo, en la mayoría de sus programas se tienen también **actividades del tipo educativo o reeducativo** que se ven reflejadas en el establecimiento de talleres de derechos humanos, sexualidad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), manejo de la afectividad y prevención de la violencia, entre otros.

participen en este programa. En el caso del Proyecto “Matlapa”, el programa de coinvertión social convoca a participar a instituciones que tienen un camino recorrido y experiencia en la intervención con población de calle.

⁶⁰ En algunos casos, dichas instituciones reciben además apoyo económico a través de patronatos nacionales e internacionales.

Con respecto a las **adicciones**, Artistas por la calle, San Felipe de Jesús y Reintegra brindan servicio de terapia gratuita, grupos de autoayuda en modelo de Alcohólicos Anónimos, no obstante, la población de calle abandona los tratamientos y no cumple con las reglas que se imponen bajo la mirada de una terapia convencional (a la que suelen acudir las personas que cuentan con mayores herramientas y elementos <p. e. una red social> en su calidad de vida: vestido, baño, solvencia para pagar las sesiones, horarios más o menos estables, esto es, con un estilo de vida más complejo y/o organizado).

Por otro lado, el “Centro Matlapa⁶¹ Centro Histórico” está más enfocado hacia la **prevención de prostitución infantil**, factible de reproducirse en aquellos escenarios y contextos donde confluyen factores que ponen en riesgo a niños, niñas y adolescentes, asimismo, la institución Yolia “Niñas de la Calle” focaliza sus servicios a las **niñas en situación y riesgo de calle**, además cuenta con un albergue en la delegación Álvaro Obregón.

Ahora bien, como se mencionó de manera general, éstos son los servicios y programas de actividades que prestan las instituciones del Proyecto Matlapa. De igual forma, todas éstas cuentan con la infraestructura necesaria y adecuada para la satisfacción de las necesidades básicas de niños, niñas y jóvenes en situación y riesgo de calle, esto es, infraestructura material y/o física requerida en espacios de; estancia, comedor, cocina, baños, regaderas, salón de juegos, biblioteca, salones de uso múltiple, espacios para atención individual, áreas para tendedores de ropa, áreas de descanso, aula de cómputo, aula de actividades artísticas, entre otros.

Resulta importante decir que las Instituciones del Proyecto Matlapa ya contaban, desde antes de que iniciara el proyecto, con la infraestructura para dar atención a la población destinataria y estaban establecidas en las colonias y/o barrios populares. No obstante, a través del financiamiento otorgado por parte de INDESOL, dichas instituciones pudieron tanto hacer remodelaciones, y construir espacios alternos, según sus necesidades, como únicamente redecorar o renombrar las instalaciones para que fueran identificadas como un Centro de Día del Proyecto “Matlapa”.

Así, cada una de las instituciones y organizaciones contó con: a) infraestructura propia; b) los programas de actividades por Centro de día, c) los educadores de calle para ejecutarlos, y d) el contacto directo con la población destinataria: los niños, niñas y jóvenes en situación y riesgo de calle.

⁶¹ Se le denomina **Centro Matlapa** a la infraestructura [edificio, casa] donde se llevan a cabo los programas de actividades y servicios que se brindan en el mismo lugar. Los Centros Matlapa están establecidos en diferentes delegaciones del Distrito Federal.

Hogar Integral de Juventud⁶² participó en la convocatoria realizada para seleccionar a las instituciones que conformarían parte del proyecto Matlapa. Fue aceptada como especialista en el desarrollo de procesos de tratamiento para la fármacodependencia. Esto, aportando al proyecto la lógica o “enfoque relacional de tratamiento” (que describimos en la sección pasada); sustentada en la implementación de metodologías de trabajo comunitario y de red. Todo lo cual convergió en el desarrollo de la propuesta denominada: **Tratamiento de Base Comunitaria**; que incluye estrategias de prevención, tratamiento y reducción del daño; tiene como escenario los barrios y colonias; y como sujetos de intervención y agentes de cambio social a los educadores de calle, la población en situación y riesgo de calle, los actores sociales comunitarios, e institucionales.⁶³

De esta manera, se da paso a la descripción de Hogar Integral de Juventud, IAP., dando así un panorama general de la Institución desde su origen hasta la consolidación de sus programas y proyectos. A su vez se señalará la conformación y funcionamiento del Equipo Operativo, el cual conduce los procesos de tratamiento desde sus etapas y objetivos específicos.

4.2 HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD, IAP

4.2.1 Antecedentes de la Institución

Hogar Integral de Juventud, IAP., es una institución con 35 años de experiencia en el tratamiento, prevención y reducción del daño de las situaciones problemáticas que experimentan las personas, familias, grupos y comunidades que se encuentran inmersas en el fenómeno de la fármacodependencia. Su historia inicia en los años setenta cuando Joaquín del Bosque (fundador), interviene con jóvenes que habitan en barrios marginales de Chihuahua, Chihuahua.

Durante la década de los años noventa, se inicia un proceso destinado a la profesionalización. Se establecen vínculos con instituciones internacionales (Estados Unidos de Norteamérica, España e Italia), cuyo producto fue la construcción, en conjunto con otras instituciones nacionales, de un modelo científico de intervención: *Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria* (ECO2).

En 1995 se presentó un protocolo de investigación ante la Comunidad Europea, el cual fue aprobado y financiado durante un año. Dicho protocolo integró los siguientes objetivos: a)

⁶² Institución en la que se describe la experiencia profesional de la trabajadora social.

⁶³ Entre los que se encuentra el “equipo itinerante” de Hogar Integral de Juventud.

Conformación de un método científico capaz de fungir como la base para la estructuración de una Comunidad Terapéutica Fármacodependientes; b) Un proyecto para intervenir en barrios marginales de la Ciudad de México, relacionado con la prevención y cura de la fármacodependencia; c) Experimentación de protocolos en “Prevención Primaria”, “Tratamiento, Reducción del daño y Reinserción Social de Fármacodependientes”.

Entre 1997 y 1998, HIJ realizó una evaluación estadística (en retrospectiva) con respecto a los resultados obtenidos por la institución de 1991 a 1996. Tomando como referencia a 120 pacientes que fueron atendidos (en distintas modalidades de intervención) en el periodo arriba señalado, Hogar obtuvo un 53% de efectividad. Dato que alcanza su valor real cuando se toma en cuenta que dicho nivel de éxito está muy por encima de la media mundial.

En el año 2001 los operadores sociales de Hogar Integral con mayor experiencia desarrollaron labores de formación en distintos países de Latinoamérica tales como Guatemala y El Salvador. Al siguiente año y desarrollando un trabajo de red interinstitucional, se colaboró en el diseño estratégico, supervisión técnico metodológica y operación del proyecto “cafetería móvil”, La Carpa (*Drop in Center*).

Las Instituciones vinculadas con Hogar Integral de Juventud son la Red Mexicana de Organizaciones que intervienen en situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS), Cáritas Superación Humana y Social, Centro Cáritas de formación, Centro Juvenil de Promoción Integral, Espacios de Desarrollo Integral (EDIAC), Fundación Ama la vida, Fundación Mexicana de Reintegración Social (REINTEGRA), Patronato Madre Trinidad “Madres Unidas”, Centro Toxicológico y el Centro de Formación (CAFAC) las cuales comparten el modelo de intervención así como los espacios de formación de directores y operadores sociales que ponen en acción los programas y proyectos institucionales.

4.2.2. De la Misión y Visión

La **misión** de Hogar Integral de Juventud es brindar una gama de servicios profesionales a la sociedad mexicana; en cuanto a la atención de las Fármacodependencias y las Situaciones Críticas asociadas a éstas, se refiere.

La visión de la Institución es buscar ser reconocidos en los ámbitos nacional e internacional, como una institución que ofrece servicios de alta calidad y efectividad en cuanto a la atención del fenómeno de las fármacodependencias se refiere.

De los Objetivos Institucionales

Ofrecer un Tratamiento profesional y de vanguardia a las personas que viven el fenómeno de la Fármacodependencia en México.

Crear, desarrollar e implementar modelos científicos de atención comunitaria que constituyan una alternativa viable y efectiva.

Promover una cultura que ponga relieve en las capacidades y competencias curativas de la población atendida (comunitaria).}

Que Hogar Integral de Juventud sea ubicado como un referente importante en su particular campo de acción.

Fungir como origen y nodo articulador de múltiples redes de recursos intercomunitarios.

Formación Especializada de Agentes Sociales Profesionales.

4.2.3 Resultados de la Incidencia Institucional

Además de los procesos de intervención comunitaria que ha establecido a lo largo de su historia, Hogar Integral de Juventud ha fungido como plataforma para la formación y especialización de numerosas generaciones de agentes sociales. Asimismo, el trabajo desplegado ha dado lugar a una serie de publicaciones a partir de las experiencias obtenidas.

De los Resultados Históricos en cuanto a la población Atendida⁶⁴:

No. de estados en los que hemos realizado actividades directas:	13
No. de barrios beneficiados directamente:	52
No. de familias beneficiadas:	34,084
No. de consumidores de sustancias psicoactivas beneficiados:	50,220
No. de agentes sociales profesionales formados:	403
No. de instituciones nacionales e internacionales con las que hemos colaborado:	135
No. de países en los que se han realizado actividades:	11
Población atendida:	4, 198⁶⁵

Requisitos generales para recibir los servicios:

Para que las personas puedan ser admitidas en la **Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes**, es necesario que:

⁶⁴ *Op Cit* Informe Anual 2003-2004.

⁶⁵ Personas de manera directa en 2004

- Los usuarios puedan seguir todas las actividades de rehabilitación y terapia prevista por el programa.
- Sexo masculino, de edad entre los 15 y los 25 años (aunque, en los hechos se han atendido a personas que tienen hasta 35 años en la modalidad residencial, en las modalidades semi-residencial, ambulatoria y de prevención de los cinco a los ochenta años)
- Se trate de una persona portadora de un problema de dependencia de sustancias psicoactivas, por lo menos con los parámetros descritos en el **DSM4**⁶⁶ en la sección dedicada al problema.
- No se trate de una persona portadora de retraso mental en un nivel que le impida entender el proceso de rehabilitación y terapia.
- La persona no tenga una discapacidad física o mental que le impida realizar las actividades del programa terapéutico.
- Que la persona no requiera soporte de un tratamiento farmacológico.
- La persona no cometa actos de violencia física en el curso de la fase de recepción y que participe en por lo menos en el 70% de las actividades diarias.
- Para los familiares y redes primarias, los únicos requisitos son: que firmen el contrato terapéutico, que asistan a los espacios programados, que no estén en abstinencia.

Para el Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”:

Se atiende a personas de ambos sexos.

De cualquier edad (aunque el rango prevalente, según estudios realizados por nuestra institución, estará entre los 14 y 30 años).

En situación de vulnerabilidad.

Pobreza extrema.

Que experimenten el fenómeno de la farmacodependencia, o alguna de las situaciones críticas asociadas a ésta.

4.2.4 Áreas y Proyectos

-Proyecto de Comunidad Terapéutica de Farmacodependientes Es un espacio residencial y semiresidencial de tratamiento a jóvenes usuarios de sustancias psicoactivas, sus familias y sus redes sociales de pertenencia. Se basa en el modelo de Comunidad Terapéutica, e implica la

⁶⁶ DSM 4: Diagnóstico de Salud Mental

conducción del proceso de las personas a través de la recepción, la rehabilitación y cura, la reinserción social y profesional, y, la reducción del daño.

Área de Recepción La recepción es una estrategia de abordaje y acogida con la población en general en situaciones relacionadas con el fenómeno de la fármacodependencia. Las personas se acercan a las estructuras comunitarias, utilizando diferentes modalidades.

Área de Rehabilitación Su programa tiene como beneficiarios a los jóvenes, y sus redes sociales inmediatas, de escasos recursos. Engloba servicios de rehabilitación y cura, en las modalidades residencial, semi-residencial y ambulatorio. El programa de intervención incluye cuatro rubros de actividad, tales como: elaborativo-formativo, educativo-formativo, lúdicas, y productivos.

Área de Reducción del Daño Tiene como objetivos la construcción de espacios de escucha y de los programas de actividades de reducción del daño al exterior de la estructura de la Institución. Actividades que tienen que ver con deporte, cultura, salud y necesidades específicas de las personas que no pueden vivir proceso de rehabilitación pero que pueden conducirse hacia reducción de los efectos negativos del abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas.

Área de Reinserción Social y Profesional Tiene como objetivo favorecer la inclusión a la dinámica social de jóvenes farmacodependientes y sus familias, a través de la presentación a diversos representantes de la sociedad, de las metas y objetivos logrados por cada uno de ellos, de las dificultades y de los obstáculos vividos, así como de las expectativas a futuro, permitiendo así, la retroalimentación por parte de los actores sociales, la reflexión sobre el proceso de reinserción en la concreción de sus proyectos de vida y su situación actual.

-Proyecto de Comunidad Real Local en las colonias de “Alfonso XIII y Nonoalco” Proyecto enmarcado en las acciones de prevención primaria, reducción del daño y tratamiento no institucionalizado en la Delegación Álvaro Obregón.

-Proyecto Tratamiento de Base Comunitaria Proyecto interinstitucional e intersectorial en el que se interviene a través de un equipo itinerante especializado en el fenómeno de la fármacodependencia, teniendo como objetivos la prevención, la reducción del daño y la

reinserción social a los niños, niñas y jóvenes destinatarios del Proyecto “Matlapa” en diferentes delegaciones del Distrito Federal.

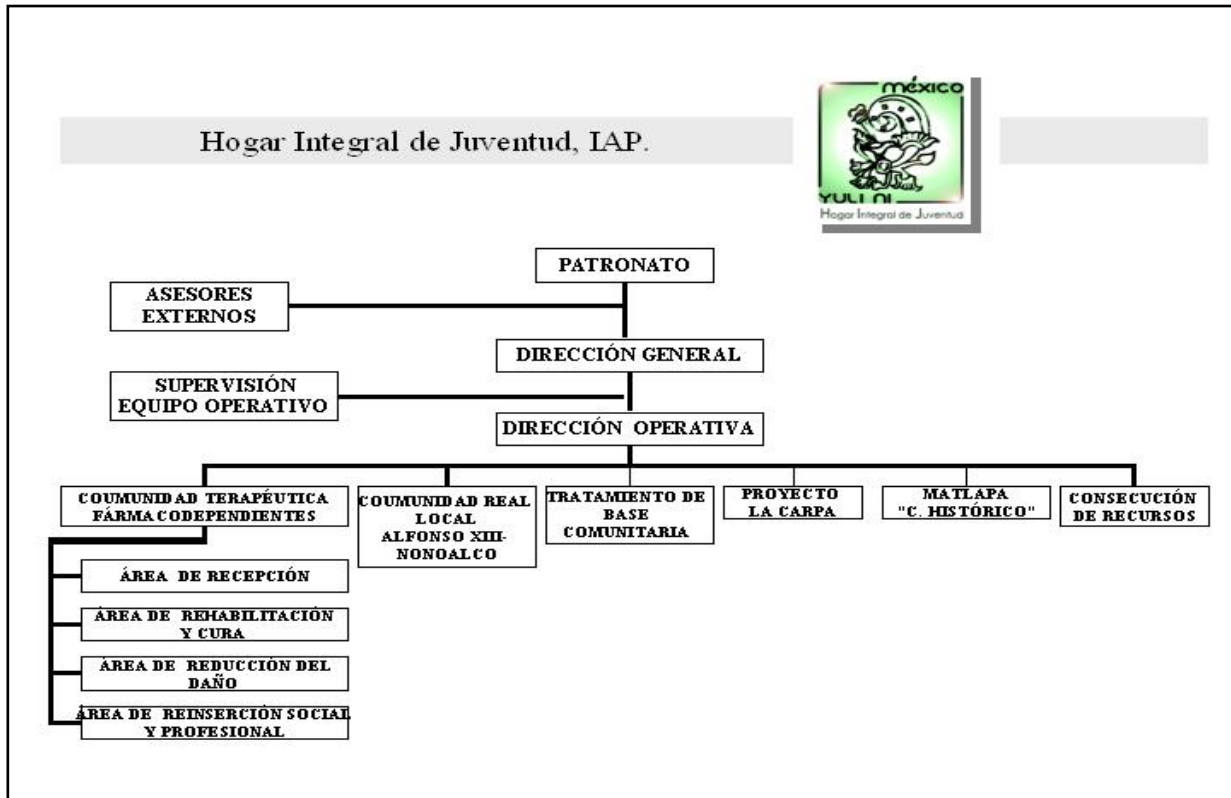
-Proyecto de tratamiento de bajo umbral “La Carpa” Este proyecto se desarrolla en la zona de “La Soledad” que se ubica en el Centro Histórico de la Ciudad de México. El objetivo general del mismo es la implementación de estrategias de Tratamiento no Institucionalizado, basado en los recursos de la propia comunidad. Dichas estrategias se desarrollan específicamente mediante la Cafetería Móvil “La Carpa” y la red local de servicios comunitarios.

-Área de Consecución de Fondos Tiene como objetivos establecer convenios inter-institucionales e inter-sectoriales, destinados a la negociación, obtención y gestión de recursos (económicos, materiales y humanos). Mediante el diseño e implementación de estrategias de relaciones públicas, difusión y contacto con agencias de segundo piso, nacionales e internacionales, así como con la iniciativa privada. Además de favorecer la elaboración de programas para establecer Proyectos Productivos, proclives a favorecer el inicio del proceso de autosustentabilidad institucional.

4.2.5 Estructura interna y Funcionamiento del Equipo Operativo

La estructura interna de Hogar Integral de Juventud está conformada por diferentes áreas y objetivos, que se organizan a partir de la administración de los recursos humanos y financieros, como es el caso; del **Patronato** que es la figura que se encarga de la representatividad ante las instancias públicas y privadas así como de recibir donativos financieros y en especie, posteriormente le sigue los **Asesores Externos** (Especialistas en el Modelo de Comunidad Terapéutica como Roberto Merlo, Efreem Milanese, Bridgite Lafay, etc.) posteriormente se encuentra por un lado, el **Director General** y figura pública, histórica y carismática de la Institución, y por otra parte, el Equipo de trabajo que ejecuta u opera los programas y proyectos institucionales. Quien dirige dicho equipo es la figura del **Director Operativo** quien integra, coordina, organiza y da seguimiento al equipo (intra-áreas e inter áreas). Así, se continúa con los **Responsables** de y **Operadores de Área**; quienes llevan a cabo los procesos directamente con la población destinataria. Finalmente están los **Practicantes** y/o **Estudiantes**, que por periodos o ciclos escolares, se incorporan a los procesos operativos de la institución (como lo son los prestadores de servicio social, voluntariado y grupo de prácticas).

ORGANIGRAMA DE HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD, IAP



4.2.6 De la conformación del Equipo Operativo de la Institución

El “Equipo Operativo” de Hogar Integral de Juventud se conforma de manera transdisciplinaria. Por un lado se encuentran profesionales de disciplinas tales como; psicología clínica, psicología social, antropología, sociología y trabajo social. Por otro lado, se encuentran las personas que han vivido un proceso de rehabilitación en situaciones de fármacodependencia, que se han formado y especializado en el modelo de intervención de la comunidad Terapéutica Fármacodependientes. En este tipo de equipo las intervenciones cobran vida desde una mirada compleja, conformada en la intersección de la formación académica y de la experiencia vivencial de un proceso de rehabilitación.

Al conjunto de recursos humanos que le dan vida a las intervenciones planteadas en relación con el fenómeno de las fármacodependencias, y con otro tipo de situaciones relacionadas con procesos de marginación, exclusión y marginación, se les ha dado el nombre

genérico de **Operadores Sociales o Agentes de Cambio Social**. Esto, porque la labor que realizan no solamente está dirigida a brindar una respuesta a fenómenos y situaciones emergentes; sino que su trabajo cotidiano favorece importantes modificaciones en las normas, lógica organizacional, formas de relación, etc., de las comunidades en las que se desempeñan.

En este sentido, y para promover una mayor comprensión de lo mencionado, a continuación se hace una descripción detallada tanto del Equipo Operativo, como de los distintos tipos de *Operadores Sociales* se refiere, así como de la forma en que se coordinan y organizan para realizar la tarea en el sentido general.

Según las fuentes consultadas, hay por lo menos cinco tipos de operadores sociales: a) las personas que han vivido un proceso de tratamiento relacionado con las adicciones [staff ex]; b) los profesionales; c) los voluntarios; d) prestadores de servicio social; e) y los estudiantes que realizan prácticas profesionales.

Los Staff-ex⁶⁷ Las personas que han vivido un proceso de tratamiento, tienen un conocimiento básico para la operación de los proyectos institucionales; traen consigo la experiencia del mundo vivencial de las adicciones desde *adentro*. Son “el testimonio vivo” de las capacidades de cura que se pueden llegar a desarrollar a nivel individual y mediante la relación con el otro. Los mismos se han actualizado y formado a partir de seminarios, diplomados, especialidades, etc.

Los profesionales Colaboran en los distintos escenarios de tratamiento. Son en su mayoría del área de humanidades (sociología, trabajo social, antropología, psicología social, etc.) y de la salud mental (psicología clínica, terapéutica familiar, etc.); distribuidos en diferentes áreas y proyectos. Convergen, entonces, diferentes perfiles y especialidades para intervenir en un fenómeno complejo que lleva dentro de sí aspectos culturales, de salud, sociales, políticos, clínicos, entre otros.

Voluntariado Conformado por personas que han vivido un proceso de tratamiento, o bien, algún familiar o amistad que prestaron parte de su tiempo (según sus aptitudes, talentos y habilidades) para la realización de algunas acciones específicas. El grupo se conforma por estudiantes, amas de casa, vecinos de la comunidad, monjas, extranjeros, amistades, etc. Asimismo, pueden también acercar recursos materiales, herramientas, prestar lugares amplios, etc. Es preciso

⁶⁷ Es una definición para referirse a esta parte del equipo operativo, por nombrarlo de alguna forma, no obstante puede traer el estigma consigo, es decir; del ex adicto, sin embargo es importante hacer la diferenciación pues implica una formación vivencial y posteriormente teórica lo que los hace agentes sociales de cambio. El concepto se retoma del libro de Helena Goti, *Historia de la Comunidad Terapéutica*, 1997.

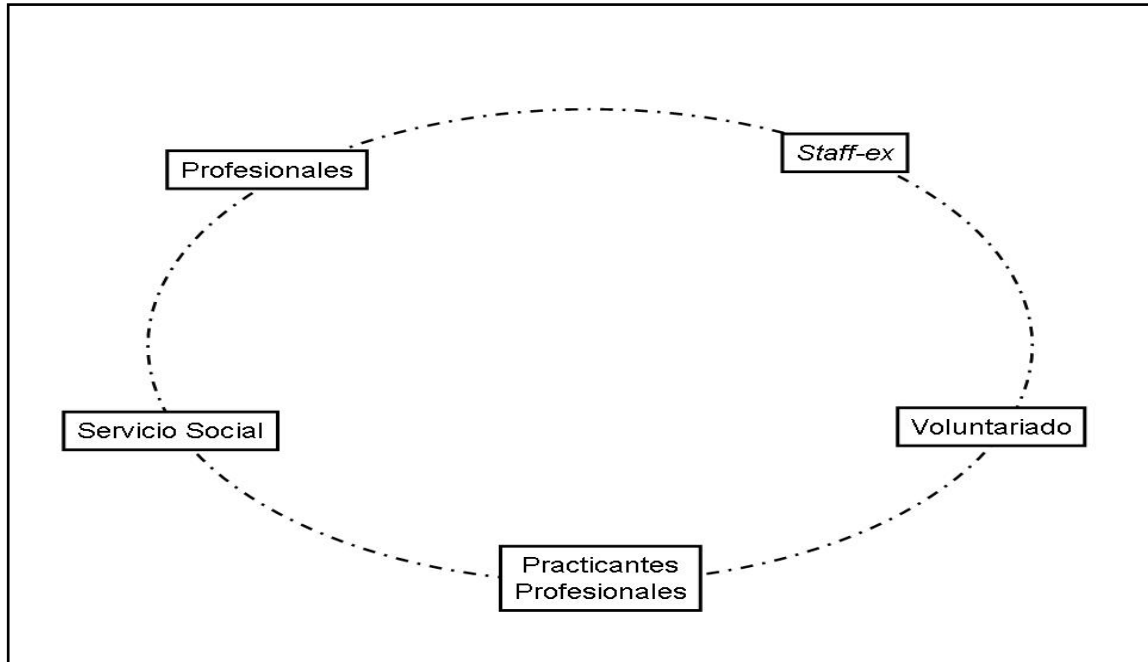
decir que el voluntariado también recibe una capacitación y formación, ya que la mayoría de ellos están destinados a trabajar directamente con los jóvenes y sus familias. Las funciones que cumplen son operativas, y tomando en cuenta sus capacidades, y su perfil, pueden formar parte del *staff*. El voluntario que trabaja en la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes, tiene algún tipo de motivación previa que lo “conecta” a su labor, tal como la relación personal con un fármacodependiente, la experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas, o el mero hecho de haber sido ayudado por alguien en algún momento crítico de su vida. Esta emotividad, aunada a su fuerte compromiso, tiene un sentido especial en la intervención. Entonces, la experiencia de voluntariado se convierte no sólo en un espacio para el desarrollo profesional y para dar acompañamiento a los beneficiarios; sino que también toma la forma de la “continuación” de un proceso de trabajo o “elaboración” individual.

Prestadores de Servicio Social Como parte de la formación académica, Hogar Integral de Juventud tiene relación con Instituciones educativas de nivel superior tales como la Universidad Nacional Autónoma de Metropolitana (UNAM) y Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). En donde estudiantes prestan su servicio, de acuerdo al número de horas, objetivos, perfiles de cada carrera a nivel licenciatura. Las actividades que realizan dependen de los objetivos del área o proyecto en el que se inserte el servidor social, y consisten, principalmente, en ejecutar tareas directamente con la población destinataria.

Prácticas Profesionales Grupos de estudiantes de nivel superior participan de manera directa, llevando a la práctica los conocimientos y habilidades que han adquirido y desarrollado durante la carrera. Lo cual implica que realizan las actividades en función de su Marco Teórico- Metodológico. Es importante mencionar que, a partir del 2003, cuando Hogar Integral de Juventud estableció el vínculo de colaboración con la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), se han tenido ricas experiencias formativas con estudiantes de la Licenciatura de Trabajo Social. Hasta la fecha se ha contado con la participación de tres grupos de la “Práctica de Especialización” de noveno semestre. Cabe mencionar que durante el periodo en que la trabajadora social que redacta este estudio colaboró con la institución mencionada, los practicantes de la ENTS realizaron un “Diagnóstico Situacional” de la situación institucional de Hogar Integral de Juventud durante el año 2003, y además participó directamente en las

acciones que competen al área de Recepción de la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes.⁶⁸

Cuadro 3: Diagrama de quienes conforman el Equipo Operativo⁶⁹



Para la coordinación e interacción del trabajo por áreas y proyectos institucionales se llevan a cabo **espacios de trabajo del Equipo Operativo**, en los cuales se toman decisiones, se elaboran reflexiones y se abordan los temas y problemáticas que se viven cotidianamente en la dinámica del trabajo en equipo (p. e. organización, planeación, entre otros). Dichos espacios son:

a) Organización interna: Reuniones de área en donde tienen lugar la coordinación, planeación, programación de actividades, seguimiento de los procesos iniciados, la realización de informes al resto del equipo, en un espacio formal (reunión: en tiempo y forma), acerca del estado actual del trabajo realizado;

⁶⁸ Tales como: co-conducción de primeros contactos, primeros coloquios, fase formación de grupo, análisis de caso entre otros.

⁶⁹ Elaboración propia a partir de la experiencia profesional, 2006.

b) Supervisión Operativa: La supervisión operativa se lleva a cabo en una reunión de área con el director operativo de Hogar Integral de Juventud. El objetivo es evaluar las acciones realizadas en una lógica de proceso. Si es necesario, se reconducen las estrategias, esto es, en ocasiones las decisiones o intervenciones vistas en retrospectiva no resultan las más adecuadas, por lo tanto, se puede modificar el curso de las mismas si las condiciones lo permiten;

c) Formación: Son los diferentes espacios de aprendizaje colectivo, a través de seminarios internos, externos y de la misma intervención, y;

d) Supervisión Clínica: Espacio terapéutico del equipo operativo en donde se “elaboran” (en el sentido clínico del término) las diversas situaciones que se dan a partir del quehacer profesional. Es el lugar en donde el equipo explora y manifiesta sus estados emotivos, y lleva a cabo reflexiones sobre aquellos elementos que en la cotidianidad obstaculizan la realización de la tarea;

e) Reuniones de equipo operativo: En estos espacios se desarrolla los procesos comunicación y organización. Se realizan semanalmente y tienen como objetivos realizar el seguimiento y la evaluación de las acciones emprendidas, informar la situación actual del grupo de jóvenes, familias, población de calle, y la comunidad, es decir, en todos los contextos en donde se ponen en marcha los proyectos. Se organizan las presencias (asistencia) del equipo operativo, las actividades y responsabilidades, se diseñan o perfilan las estrategias de intervención, etc.

Ahora bien, como se ha descrito con anterioridad, el Equipo Operativo de Hogar Integral de Juventud está conformado por actores sociales que entre sí se diferencian por su origen (profesional y/o *staff-ex*), características, formación y una particular visión para la intervención en los contextos de la Comunidad Real Local y en la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes.

Uno de estos agentes sociales es representado por las y los trabajadores sociales que inician su colaboración en la institución en el año 2003, incorporándose a las diferentes áreas y proyectos, mediante la experiencia de la práctica profesional de noveno semestre.

Es así como se tiene un primer acercamiento con la disciplina de Trabajo Social, que trajo como resultado, en primer lugar, el conocimiento de las capacidades y habilidades profesionales, funciones y roles que favorecen el planteamiento de estrategias en los programas institucionales. Y, en segundo lugar, el enriquecimiento de la cultura institucional de Hogar Integral de Juventud, fincada en la incorporación de la perspectiva, conocimientos, métodos y técnicas emanados de la disciplina del Trabajo Social.

4.2.7 Del papel del Trabajador Social en Hogar Integral de Juventud

En Hogar Integral de Juventud, el papel del Trabajo Social ha sido importante, ya que plantea desde una visión integral, la construcción de estrategias de tratamiento desde los diversos ámbitos del desarrollo humano, buscando incidir en su calidad de vida.

Particularmente, el trabajador social tiene un gran potencial para innovar y desarrollar estrategias de acuerdo a su formación, y de seguir especializándose en áreas necesarias para los programas relacionados con las adicciones tales como las redes sociales, la atención a Grupos, Instituciones, Jóvenes, y/o Intervención Clínica [terapéutica].

La disciplina del trabajo social es muy rica y abarca diversos ámbitos de intervención en las problemáticas sociales, es responsabilidad de cada trabajador social especializarse de acuerdo a sus capacidades e intereses personales y profesionales que van conformando a su vez su perfil profesional.

En Hogar Integral de Juventud, esta especialización gira en torno a las fármacodependencias y situaciones Críticas Asociadas en los contextos de intervención específicos. “Trabajo social es una disciplina de las ciencias sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos -individuales o colectivos- que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción social deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto.”⁷⁰

En sentido general, el trabajo social que se desarrolla en las diferentes áreas de la Institución, ya sea en el contexto de la **Comunidad Terapéutica**; como parte de las modalidades de tratamiento: residencial, semiresidencial o ambulatorio, o bien, en la **Comunidad Real Local**; en la prevención, la rehabilitación, la reducción del daño y la reinserción social. La intervención social se lleva a cabo de acuerdo a las necesidades, demandas y expectativas de las poblaciones destinatarias, ya sea en una intervención a nivel individual, grupal, familiar, institucional o comunitaria. “El contexto está dado por la dualidad **espacio-tiempo** en que tiene lugar la interrelación entre los miembros de una sociedad, **el sujeto y su problema adquieren expresión en el contexto que los contiene**, por tanto no es posible pretender entenderlos en independencia o tratar de aislarlos y posteriormente juntarlos,

⁷⁰ Tello, Peón, Nelia, Trabajo social Comunitario, UNAM, ENTS, 2005, México.

se trata de una unidad de análisis que para la intervención se convierte en una unidad de trabajo”.⁷¹

Las y los trabajadores sociales forman parte de una trama de diversas disciplinas trabajando en conjunto, cuestión que enriquece el conocimiento y aprendizaje sobre el fenómeno, pues se aborda desde su complejidad, con diversos lentes, esto es, el psicológico, social, cultural, etc.

El abordaje de nuestro objeto de intervención no se puede dar de manera aislada, sino que está en estrecha correspondencia con quienes construyen una estrategia para un proyecto social, esto tampoco significa que la profesión no conserve su autonomía en cuanto a la manera de abordar, analizar e intervenir sobre un fenómeno social desde su totalidad para dar respuestas en lo concreto, sobre lo cual se realiza la práctica profesional. Es decir, que la definición de etapas, técnicas, instrumentos que se utilicen, tienen que ser correspondientes a las necesidades y condiciones de los proyectos, como los de la población destinataria.

En el trabajo social contemporáneo se encuentra la presencia simultánea de los distintos métodos de atención en los procesos de intervención social que se realizan para caso, grupo y/o comunidad.

Desde esta perspectiva, se observa al trabajador social como mediador entre un problema social y el sujeto dentro de un contexto social determinado.

“La intervención social recae en lo social, los sujetos de lo social, ya individuales, ya colectivos son parte de la construcción histórica de la realidad. Asumirlos y asumirse como tal fundamenta la posibilidad de un cambio intencionado a una realidad dada.”⁷²

En esta definición encontramos una apreciación similar a la que plantea el Modelo de Intervención de Hogar Integral de Juventud; el contexto y las dinámicas relacionales producen o generan situaciones, identificadas como “problemas sociales”.

Para ubicar a los profesionales de Trabajo Social en la Institución se presenta el siguiente cuadro, señalando el número de trabajadores sociales por área o proyecto, así como el contexto social y el manejo de instrumentos necesarios, desde el Modelo que aplica Hogar Integral de Juventud.

⁷¹ *Op Cit*, p. 6

⁷² *Loc. Cit*, Tello Peón, p. 4

Cuadro 4: Trabajadoras sociales en Hogar Integral de Juventud, IAP⁷³

TRABAJO SOCIAL EN HIJ			
No. de TS	Programa y/o Proyecto	Contexto Social	Manejo de Instrumentos
2	Proyecto "La Carpa"	Centro Histórico Plaza de la Soledad	Hoja de primer contacto, Sidies, Siditer ⁷⁴ , Diario de Comunidad, Sociograma, Mapa Ecológico, Bitácora de Equipo Operativo, Hoja de registro de Presencias.
1	Área CRL "Alfonso XII y Santa María Nonoalco"	Delegación Álvaro Obregón	Hoja de primer contacto Sidies, Seguimiento individual, grupal e institucional. Evaluación Periódica y de pasaje, diario de Comunidad, bitácora de Equipo Operativo
2	Proyecto "Matlapa" interinstitucional	Centro Histórico	Hoja de primer contacto Sidies, Siditer, Seguimiento individual, grupal e institucional. Evaluación Periódica y de pasaje
1	Área de Recepción	Comunidad Terapéutica	Hoja de primer contacto, Siditer, Síntesis de caso, Genograma familiar, sociograma.
2	Proyecto "Tratamiento de Base Comunitaria"	Barrios y colonias de DF, Centros Matlapa.	Hoja de primer contacto, Sidies, Siditer, Seguimiento individual, grupal e institucional. Evaluación Periódica y de pasaje, diario de Comunidad, genograma familiar, sociograma
1	Área Reducción del Daño	Comunidad Terapéutica	Hoja de primer contacto, Siditer, diario de comunidad, sociograma, genograma
Total: 9			

Como se puede apreciar existe una relación clara entre la utilización de los instrumentos de trabajo desde la Metodología del Modelo ECO2 que se aplica en la Institución, con los instrumentos de intervención social que se utilizan en Trabajo social.

Por ejemplo, en cuanto se refiere a la atención de casos; desde la perspectiva del trabajo Social en atención individualizada que se define como: "Un método de intervención profesional que a través de un proceso de investigación, establece las características de una problemática individual y familiar, determina las estrategias de intervención, a fin de lograr que éstos alcancen mediante su revaloración y autoestima transformar la situación que les aqueja o aflige para su desarrollo humano".⁷⁵, se emplean para una primera fase, instrumentos para la obtención de la información y la construcción del vínculo que permita llegar a la elaboración de un diagnóstico individual, familiar y social.

⁷³ Elaboración propia a partir de la experiencia profesional, 2006.

⁷⁴ SiDies significa: Sistema de Diagnóstico Estratégico (para el uso en la comunidad) y SidiTer: Significa Sistema de Diagnóstico Terapéutico, ambos contienen un conjunto de información que tienen por objetivo la realización del diagnóstico para la posterior planeación estratégica. Se revisarán con más detenimiento en el apartado de las nociones básicas del Modelo Eco2.

⁷⁵ Valero Chávez, Aída, *Trabajo Social en la Atención Individualizada*, UNAM ENT, p. 18, México, 2001

En la formación de Trabajo social se reconoce y comprende la lógica y sentido del manejo de los instrumentos desde su visión metodológica ya sea para la investigación, planeación, ejecución, evaluación y/o sistematización. Más allá de la coincidencia en el manejo de los instrumentos la importancia radica en la relación que guarda el proceso Metodológico del Modelo Eco2, con el proceso Metodológico de la intervención en la atención individualizada de Trabajo Social.

Por supuesto también se consideran aspectos importantes de la relación de ayuda con el destinatario, se guardan criterios de ética y profesionalismo, el respeto, empatía, la confidencialidad, observar al sujeto con las posibilidades y recursos para salir delante de las situaciones de la vida que se le presentan.

Este ejercicio comparativo sirve para identificar, que la primera fase de tratamiento (La Recepción) tiene un procedimiento lógico similar al de trabajo social, así sucede en la intervención social en otros contextos de intervención tales como en:

-La Rehabilitación: El Manejo grupal, contención, elaboración y organización de programas terapéuticos, conducción de espacios grupales de jóvenes y sus familias, planeación, organización e identificación de recursos.

-La CRL: El trabajo de redes, diagnóstico comunitario y construcción del vínculo con actores de la comunidad, construcción de estrategias de prevención; en secundaria pública, identificación de casos, etc.

-“La carpa”: Se conjunta la intervención con acciones de: en el contexto del “Jardín de la Soledad”, en donde parte del dispositivo es el *drop in center*.

-Tratamiento Base Comunitaria: Se conjunta la intervención con acciones de los contextos de los Centros Matlapa y en las instalaciones de los mismos.

Cuadro 5: Cuadro Comparativo de Atención a Casos

<p>Proceso Metodológico del Modelo Eco2 Área de Recepción [Diagnóstico]: Hogar Integral de Juventud, IAP</p>	<p>Proceso Metodológico de la Atención Individualizada. Aída Valero Chávez</p>
<p>Primer Contacto Construcción del vínculo</p> <p>Primeros Coloquios Exploración de la información para la elaboración del diagnóstico; familiar, laboral, educativo, identificación de los recursos de la red familiar y red subjetiva</p> <p>Fase Formación de Grupo Espacio de elaborativo terapéutico en que se aborda la representación social del adicto, de la fármacodependencia, la familia, etc.</p> <p>Diseño de Tratamiento Se integran acciones a nivel individual, del sistema familiar, que darán vida en el proceso de tratamiento</p> <p>Cierre Pasaje a la Rehabilitación en cualquiera de sus modalidades, después viene el proceso de la Reinserción social, ahí se cierra el Proceso de Tratamiento</p>	<p>Primera Entrevista La investigación consiste en buscar toda clase de hechos y situaciones que se refieren al caso</p> <p>Funcionamiento individual (datos personales) Estudio de las relaciones y roles familiares, de las relaciones en la comunidad Antecedentes económicos laborales Educativos sociabilidad</p> <p>Plan Social La exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el problema o necesidad de la persona</p> <p>Tratamiento Es el plan puesto en acción, es la etapa donde hay un vínculo más fuerte con el trabajador social, en que el cliente participa activamente en la solución de su problemática</p> <p>Evaluación y Cierre de Caso Contar con los materiales y notas devolución del tratamiento.</p>

Una parte fundamental del trabajo en lo social, en el sentido general que se realiza en la Institución está basada sobre la “deontología Profesional” esto es, la postura ética y moral con respecto al quehacer profesional en los diferentes procesos de intervención, es decir, los principios y las reglas que regulan los deberes y obligaciones de los profesionales, los comportamientos y la visión que les identifican, así como abrir el diálogo a la crítica profesional.

Vayamos, ahora, a conocer con mayor profundidad el modelo Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria “Eco2” de Hogar Integral de juventud, con sus conceptos y acercamientos teóricos para la intervención de las fármacodependencias y situaciones críticas asociadas.

4.3 Modelo “Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria (ECO2)

Antecedentes

El Modelo Eco2 es resultado de un proceso de coordinación interinstitucional convocado y presidido por Cáritas Arquidiócesis de México (1995 a 1998), basado en las experiencias de intervención de tres organizaciones de la Sociedad Civil: Hogar Integral de Juventud, Centro de Promoción Integral (CEJUV) y Cultura Joven, las mismas se realizaron en un proceso de investigación en la acción para desarrollar un Modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación a las fármacodependencias y situaciones críticas asociadas, con el aval y financiamiento de la Unión Europea y Cáritas de Alemania.

Estas organizaciones han tenido la oportunidad de mantener vínculos desde sus diferentes orígenes, lo que les ha permitido llevar a cabo diversas acciones de articulación y de efectuar seminarios de formación de 1989 a 1994. A partir de 1994 se elaboran, con la asesoría de los expertos internacionales, y conocedores de la realidad mexicana, Efrem Milanese, Roberto Merlo y Brigitte Laffay, los protocolos de un proyecto interinstitucional de **investigación en la acción** con respecto al fenómeno de interés común para las instituciones mencionadas: **las fármacodependencias**⁷⁶

De 1995 a 1998 se continuó con el proyecto de **investigación en la acción**, con el aval y el financiamiento de la Unión Europea y Cáritas de Alemania. Estas acciones favorecen un proceso complejo de articulación, que trae como resultado la **creación de la coordinación interinstitucional**, y por otro lado, la de un modelo de prevención, reducción del daño y tratamiento de las fármacodependencias.

El nombre del Modelo deriva de algunas de sus principales características

Su enfoque epistemológico (Epistemología de la Complejidad)

Su base Ética.

Hace referencia a la raíz griega ECO, que significa casa, y que comparten términos Ecología y Ecumenismo.

La potencia (2) hace referencia a las iniciales de Comunidad y Complejidad

⁷⁶ Desde la perspectiva de su prevención y cura.

Es un Modelo⁷⁷ de intervención en lo social, que retoma aspectos teóricos de diversas disciplinas sociales, mismas que nos ayudan a comprender la realidad. Propone un procedimiento formal con una particular lógica de intervención, que se traducen en acciones que buscan como fin último incidir en las condiciones de vida de las personas, grupos o comunidades que presentan problemáticas que impiden su desarrollo, se trata de revertir las dinámicas de inseguridad, exclusión y marginación social, por dinámicas de inclusión, de rehabilitación y de reorganización que favorezcan condiciones de seguridad que brinden un beneficio común. “Los modelos son representaciones formales de los sistemas reales. Los modelos se desarrollan dentro de las teorías generales, pero hacen referencia a un campo específico particular de la ciencia, que permite la posibilidad de ir descubriendo las distintas relaciones que conforman un hecho o fenómeno social y permiten un dinamismo en el paso de lo abstracto a lo concreto y viceversa.”

Acercamientos Teóricos del Modelo Eco2

Psicología social

Psicología Comunitaria

Sociología

Antropología social

Teoría psicoanalítica

Fenomenología

Teoría de Redes sociales

Teoría de Sistemas

El Modelo de intervención integra como premisa teórica de partida que, ***para el trabajo en la comunidad, las estrategias de acción social deben enfocarse a la modificación (complejización) de las representaciones sociales que los diferentes actores tiene en torno a un fenómeno social específico*** (p. e. fármacodependencia, jóvenes, situación de calle, etc.), puesto que las comunidades desarrollan una serie de mecanismos (de exclusión y marginación) que suelen expresarse a través de procesos de estigmatización y etiquetamiento, mismos que, por lo general, se expresan en intervenciones sociales caracterizadas por el encierro, la persecución, la dependencia institucional, entre otras, que lejos de presentar

⁷⁷ Mendoza Rangel, María del Carmen, Una Opción Metodológica para los trabajadores sociales, Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, AC, México, 2002.

alternativas que reviertan los daños producidos, cronifican aún más las situaciones de sufrimiento o malestar social.

El modelo de intervención integra, como premisa Teórica de partida **para el trabajo en comunidad**, que las acciones de prevención primaria y reducción del daño deben enfocarse a la modificación (**complejización**) de las “Representaciones Sociales” que los diferentes actores tienen tanto de la fármacodependencia, como de los fármacodependientes.

Las representaciones sociales están integradas por elementos **simbólico-evaluativos, relacionales y afectivos**, a través de los cuales la población (no fármacodependientes), ubicada en un contexto espacio-temporal específico, media su relación con los fenómenos (como la fármacodependencia), los actores de los mismos (los fármacodependientes), y orientan su forma de actuar en la cotidianidad ante ellos.

A su vez, frente al fenómeno, las comunidades desarrollan una serie de mecanismos (de exclusión y marginación) que suelen expresarse a través de procesos de *estigmatización y etiquetamiento*, mismos que, por lo general, se traducen en intervenciones destinadas a la persecución y el encierro, no para curar un estado de sufrimiento, sino para “vigilar y castigar” una conducta *desviante*.

Para ahondar aún más en la dirección que toma el trabajo en comunidad, podemos mencionar que la intervención se realiza con las **redes sociales** (primarias y secundarias), esto es, las personas que tienen interacción cara a cara con los usuarios de sustancias psicoactivas en la vida cotidiana, donde las relaciones más cercanas comprenden lazos afectivos estrechos, y las lejanas se caracterizan por ser funcionales y/o utilitarias. Esto con el fin de revertir los procesos de estigmatización y marginación que padecen los fármacodependientes, e impulsar el desarrollo de procesos de inclusión social y participación en la vida comunitaria

En toda comunidad existen múltiples redes sociales, y los integrantes de cada una de ellas observa, comparte y transmite, en mayor o menor medida, las normas, tradiciones, mitos, ritos, cultura, etc., de la comunidad. Lo anterior favorece la permanencia de los elementos identitarios de las comunidades, sin embargo, también torna muy difícil el desenvolvimiento de procesos de cambio social. Frente a esta situación, el modelo descrito recurre al empleo de **minorías activas**⁷⁸, como grupos de personas que, al mantener una norma de relación distinta a la del grueso de la comunidad (o mayoría), pueden impulsar un cambio social. De lo que se desprende que tanto las redes sociales, como las minorías activas son concebidas no como un concepto únicamente descriptivo y analítico, sino como un modelo de intervención. En la cual se

⁷⁸ Son los grupos que poseen una norma interna, diferente a la mayoritaria, y desarrollan un estilo específico de comportamiento, el cual puede ser definido como consistente. Más adelante se abundará sobre el particular.

hace énfasis en la conformación de minorías activas, mediante la metodología de la “Intervención de Red”⁷⁹.

Por otra parte, el hecho de contar con un modelo sustentado en un enfoque comunitario reporta numerosos beneficios. No sólo diluye la representación que se tiene de la fármacodependencia como problema individual⁸⁰, sino que desplaza el foco de atención a los fenómenos y problemáticas⁸¹ que generan, precisamente, los procesos de estigmatización, marginación y exclusión que padecen los consumidores de sustancias y su red familiar. Dicho enfoque posibilita también el inicio de procesos que revierten la situación de dependencia de las comunidades. Esto, mediante la detección, reactivación y orientación de los recursos (económicos, materiales y humanos), redes sociales, organizaciones, instituciones y agregaciones de la misma. Con lo cual, se *re-empodera* a la colectividad y se posibilita el inicio de procesos de organización, participación, autogestión e ingerencia política. En última instancia, pero no por eso menos importante, la labor que se realiza en cuanto a la modificación de las representaciones sociales, que sobre la fármacodependencia y los fármacodependientes se tiene, favorece el cambio en la lógica relacional que se establece en cada comunidad.

Síntesis de las Premisas del Modelo Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria

1. Reconocer que los problemas sociales son complejos
2. Hacer por lo mismo una evaluación constante de la acción realizada
3. Intervenir directamente en fenómenos sociales
4. Hacer diagnóstico, es decir, observar la realidad donde se actúa, analizar, ordenar datos, reflexionar, prever y lograr objetivos.
5. Investigación en la Acción; actuar y seguir aprendiendo, investigando y reconduciendo la acción.
6. Tener una postura ética:
7. Las intervenciones se hacen en lo local y cotidiano, en donde están los problemas
8. Las intervenciones con las redes familiares, sociales o institucionales
9. Busca impulsar y favorecer a las minorías activas o grupos que, aunque no tengan formalmente un rol social preponderante, tienen la capacidad de movilizar los cambios en las comunidades.
10. Promueve la participación comunitaria y la creación de espacios de seguridad

⁷⁹ Milanese, Efreem, *Op cit.* p. 126

⁸⁰ En el sentido en que se cree que este fenómeno es causado por la debilidad moral o volitiva de los consumidores de sustancias psicoactivas.

⁸¹ Reales y percibidas.

11. El trabajo en equipo y su formación constante en la acción
12. El manejo y sentido de los diferentes sistemas de instrumentos para cada fase de la intervención social.

4.3.1. Nociones básicas del Modelo Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria

A partir de los procesos de formación, investigación en la acción y sistematización se han formulado consensos en cuanto a las concepciones y diversas teorías que integran el modelo, tomando de ciencias y disciplinas sociales (tales como de la psicología social, del psicoanálisis, sociología, antropología y otras) algunas nociones y teorías, enmarcadas por una perspectiva particular: la epistemología de la complejidad, etc. Veamos, entonces, breve pero claramente, dichos elementos:

El Diagnóstico en Comunidades Locales, grupos e Instituciones comprende el conjunto de intervenciones realizadas en las comunidades locales, mismas que contemplan la participación de los distintos actores sociales. En otras palabras, la intervención es realizada en conjunto con los grupos, instituciones, asociaciones, líderes de opinión y autoridades locales, entre muchos otros. De esta forma, se puede hablar de una intervención de base comunitaria.

En este sentido, ***el SiDiEs es un protocolo de diagnóstico con un enfoque comunitario***, que se sustenta en la **epistemología de la complejidad**⁸². Este sistema está contextualizado en la experiencia realizada por agentes sociales pertenecientes a tres instituciones mexicanas. Y también podemos referir que se adopta la modalidad de la “investigación en la acción”, considerando que los equipos preexisten respecto al proyecto y que las actividades de “formación” y acción se insertan en el trabajo cotidiano de los mismos.

Diagnósticos realizados en la comunidad de interés En la actualidad coexisten distintos modelos que buscan dar respuesta a las situaciones críticas derivadas del fenómeno de la fármacodependencia. Y cada uno de ellos está delimitado por el momento histórico, el contexto cultural y las situaciones grupales e individuales. Por principio de cuentas, podemos mencionar que se cuenta con un ***Sistema de Diagnóstico Estratégico de intervención en comunidades***

⁸² No existe una teoría completa de la complejidad, sin embargo, buenas aproximaciones son las emprendidas por Morin, Edgar. “Introducción al pensamiento complejo”. Gedisa. España. 1994. Morin, Edgar. “Sociología”. Tecnos. Madrid, España. 1995. Morin, Edgar. “Ciencia con consciencia”. Anthropos. Barcelona, España. 1984; Morin, Edgar. “El método” (4 tomos). Cátedra. España). Además de este autor, tomamos aportes críticos de las teorías de sistemas, (Von Bertalanffy, Ludwig. “Teoría General de Sistemas”. Fondo de cultura económica. México, DF. 1982.)

[SiDiEs], que incluye una serie de instrumentos adecuados para el diagnóstico, planeación, seguimiento y la evaluación a escala grupal, institucional y comunitaria.

El **SiDiEs** está constituido por cuatro grandes partes⁸³, cada una basada en diferentes teorías (que por cuestiones de espacio no discutiremos en su totalidad) que se desglosan a continuación.

1. Construcción de la “representación social de la comunidad”.

- a. Individuación de los actores en la vida social de la comunidad
- b. Identificación de los líderes de opinión: ¿quiénes son?, roles institucionales que eventualmente detentan, roles sociales que se les atribuyen, tipos de relación con otros líderes de opinión⁸⁴, estructura aparente con la cual se identifican, etc.
- c. Representación de la colonia por parte de sus actores

2. Historia de la comunidad y datos sociológicos

- a. Breve historia de la comunidad.
- b. Eventos de la historia, fundación y fundadores, situación sociopolítica en la época de la fundación, acontecimientos más relevantes.
- c. Composición de la población de la comunidad: datos sociológicos (situación de servicios, edades promedio, escolaridad, etc.).

3. Construcción de un proyecto de acción social.

- a. Definición de los actores del proyecto.
- b. Definición de los temas generadores.
- c. Análisis de las formas de Anclaje y Objetivación.
- d. Análisis de formas rituales y mitos.
- e. Explicitación de conflictos.

4. Una estrategia para la acción social.

- a. Sistema de construcción de la estrategia: articulación de actores, acciones, tiempos y objetivos.

⁸³ Milanese, Efre. *et al.*(2001) *Prevención y cura de la fármacodependencia; una propuesta comunitaria, tomo I.* Plaza y Valdez Editores, México.

- b. Sistema de corrección de la estrategia: nueva articulación de actores, acciones, tiempos y objetivos.

Por otra parte, los instrumentos propios del contexto específico de la **Comunidad Terapéutica** Farmacodependientes se encuentran reunidos en lo que denominamos como el **Sistema de Diseño de la Estrategia Terapéutica con Farmacodependientes y sus familias [SiDiTer]**; que permite, entre otras cosas: **a)** la realización de diagnósticos individuales, familiares y de red de las personas que demandan ayuda a la institución; **b)** la planeación de estrategias terapéuticas; **c)** el seguimiento de casos y; **d)** la evaluación de las acciones realizadas.

El Diagnóstico en la Comunidad Terapéutica Farmacodependientes: se utiliza el **Sistema de Diagnóstico Terapéutico (SiDiTer)**⁸⁵, ya que en este contexto los instrumentos de registro y de diagnóstico constituyen una de las partes esenciales para la programación de estrategias, hipótesis, evaluación y la comprobación científica del proceso operativo. Así, el **SiDiTer** está constituido, entre otros, por los siguientes instrumentos:

1. Hoja de primer contacto: es un instrumento de recopilación y sistematización de la información que es empleada para registrar las demandas que beneficiarios potenciales (individuales o grupales, privados o institucionales).

Diario de proceso: este formato posibilita contar con una síntesis del proceso de cada caso. Incluye datos del paciente, fechas de primer contacto y primeros coloquios, eventos relevantes, la fase en que se encuentra su proceso, entre otros datos relevantes.

Expediente: Se concentra la información clínica del caso, y está compuesto por las siguientes categorías: a) datos anagráficos del paciente designado [nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, dirección actual, teléfono, persona que hace el contacto y operador que realiza el diagnóstico], b) el contexto familiar de origen y/o propio [situación económica, sucesos relevantes, genograma, etc.], c) el contexto personal [desarrollo afectivo y vida de pareja, desarrollo escolar, experiencia laboral, experiencia de vida grupal formal, contexto penal y judicial, contexto de la salud, relación con las sustancias, etc.] y d) anámnesis [sucesos relevantes que se presentaron a partir de la concepción del paciente y durante su infancia y juventud].

⁸³ A diferencia del SiDiEs, el SiDiTer es un protocolo de diagnóstico individual. En otras palabras, se elabora un SiDiTer para cada Paciente Designado (caso), en el cual se puede incluir información relativa tanto al paciente como a su sistema o red familiar (de origen y/o propia).

Evaluación para el registro y la evaluación periódica y de pasaje: Este instrumento, que puede ser definido como una escala tipo “Likert”, da cuenta de la manera que el paciente designado se relaciona en distintas áreas, a saber: **1.** Relación consigo mismo y con su espacio. **2.** Relación con el grupo/ comunidad/ institución/ red. **3.** Relación con los operadores. **4.** Relación con las reglas. **5.** Actividades reflexivas. **6.** Actividades culturales. **7.** Relación con el trabajo y con las actividades ocupacionales. **8.** Actividades recreativas. **9.** Relaciones con la familia, etc.

Representación Social el término representación (unido al calificativo **colectiva**), fue empleado en el ámbito de la sociología, específicamente por Emile Durkheim. Posteriormente fue retomado por la psicología social y hoy es ampliamente utilizado en la teoría social, en general. De acuerdo a Moscovici, *la representación social da cuenta de la imagen y valor que adquieren individuos, fenómenos, circunstancias, opiniones, por mencionar algunas actitudes y nos sitúa en el punto donde se intercepta lo psicológico y lo social*⁸⁶. El concepto de Representación Social “*Designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social... constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica*”.⁸⁷

Es por esto que uno de los objetivos de las tareas de la Prevención y por consecuencia de todo el proceso de tratamiento, desde la óptica del ECO2 es poder incidir en el pensamiento social de ciertos fenómenos como la Fármacodependencia, la Población en situación de Calle, etc. Modificando la Representación Social que pende sobre este fenómeno y sus actores se pueden gestar cambios significativos sobre el imaginario social y, por tanto, en el acaecer en la vida cotidiana. De acuerdo a Agnes Helller, ***la vida cotidiana como producto y expresión de las relaciones y situaciones sociales.***

Redes Sociales Son el campo relacional total de una persona, las cuales tienen una relación en el espacio y en el tiempo, además de estar sumamente vinculadas con el intercambio de información entre las distintas personas que la conforman. De esta manera, siendo la red social el espacio de referencia que tienen los individuos, no es posible conceptualizarla de manera

⁸⁴ Denise Jodelet. *La Representación Social: Fenómenos, Conceptos y Teoría*. En S. Moscovici, Psicología Social II. Ed Paidós, p. 470-490

⁸⁵ *Op. Cit.* p.474.

abstracta. La red tiene un tiempo y un lugar concreto. Así la red social y su espacio comunitario marca el territorio en el cual se desenvuelven las personas y los grupos. Dependiendo de la red a la que pertenezca el joven serán los lugares que frecuente, la escuela a la que asista, sus grupos de pares y el contenido cultural y simbólico que le es transmitido por su propia red.

Existen diferentes tipos de redes sociales, de las cuales mencionaremos a continuación;

a) La Red subjetiva Se refiere a la red que se dibuja o modela a partir de una persona. Es la red formada por todas las personas que una persona (*ego*) declara como significativas en su vida.

b) Red Familiar Se entiende como el conjunto de nodos (o interconexiones) constituidos por los miembros de la familia (familia de origen, familia propia, familia de la pareja);.

c) Red Subjetiva Comunitaria Es el conjunto de personas/ nodos por medio de los cuales yo “estoy” en esa comunidad viviendo algunas experiencias típicas de la vida comunitaria. Dicha red, representa bien la manera con la cual la persona participa en la vida cotidiana de la comunidad. Se incluye en esta red a todas las personas que **Yo** (*ego*) menciona en su discurso cuando habla de sus vivencias en la comunidad. Es su mundo afectivo, su universo de *objetos parciales* en el cual se introduce el operador. Existe una parte activa y otra parte pasiva en esta red; la activa está constituida por las relaciones actuales y pasiva cuando no ha tenido contacto con los nodos en un tiempo considerable.

Partimos del reconocimiento de que toda persona tiene por lo menos una red de referencia, que la pertenencia a cierto número de redes corresponde al nivel de marginación y exclusión social en que cada individuo o grupo social se encuentra. Los instrumentos metodológicos contemplados son sesiones con objetivos de:

Terapia e Intervención de red Tiene sus antecedentes en los años cincuenta, desde la antropología con Barnes, y como una respuesta de la psicología sociología frente a la psiquiatría. Para los años sesenta se escriben las primeras experiencias por Ross Speck, Carolina Attneave, Mony Elkaiin, Nora Dabas, etc. Estas metodologías sirven para dinamizar las redes sociales como herramientas terapéuticas, que llevan un procedimiento específico, con el uso de técnicas estratégicas que logro el propósito planteado.

La Terapia de Red tiene como fin dinamizar un sistema de relaciones que se ha vuelto rígido, buscando propiciar cambios provocados por el *efecto de red* (toda la serie de movimientos emotivos, afectivos, de reflexión, de cambio en las representaciones sociales que se muestran en cada uno de los nodos de la red, haciendo olas e influyendo en la misma) que se desencadenan en el encuentro de la red y dan parte a la modificación de ser y hacer de la red.

La intervención de Red se centra en el tipo de relación que se ha establecido en la red, respecto a una situación o problemática que se hace síntoma en uno o varios nodos de la red, tiene la finalidad de la modificación de la relación y la construcción de una posible respuesta o solución, esto lo construye la misma red.

En la intervención y terapia de Red, existe un equipo de mediación (equipo operativo) que juega diferentes roles y funciones estratégicamente seleccionados, quien conduce es el equipo de mediación, acompañando en su proceso a la red.

Tanto intervención como terapia de red: atraviesan por una serie de fases las cuales se describen así: **a) La tribalización** Es la primera fase en donde se encuentran las diferentes personas que conforman la red, se simboliza a través de técnicas de contacto físico, afectivo o una presentación simple por nombres de acuerdo al nivel de cercanía, alejamiento o conflicto de la red (previo conocimiento).

Antes de comenzar el trabajo la pregunta que se debe formular es: ¿qué efecto de red se quiere producir? Es un ritual de inicio: tribalización viene de “tribu” formar tribu, **b) La polarización** Recapitular en lo que trae a la red a encontrarse, hacer que se verbalice en la red, se significan las presencias, se pone en juego la situación o conflicto existente así como las diversas posturas, partes, acciones que ha tomado parte la red; responsabilidades, sucesos, entre otros. Reflexionar de las distintas posiciones e identificación de la problemática sentida por la red (momento emotivo fuerte por las resistencias a hablar y visualizar la situación que influye en todos los nodos. En esta fase el efecto de red da paso a las primeras formas de solución a los problemas. Las técnicas varían se puede utilizar el psicodrama, rol playing, phillips 6.6, entre otras, **c) La movilización** Las primeras expresiones de respuesta o solución ante la problemática o conflicto, generalmente, son respuestas estereotipadas, excluyentes, “recetas de cocina” sin tomar en cuenta el sentido profundo de la misma. Se evidencia el conflicto. Al no encontrar eco en dichas iniciativas se pasa al momento de depresión o bien, regresar a la polarización. El desarrollo de las fases no es lineal, suele saltar de una a otra atravesando el

proceso finalmente, es por ello que la lectura que realiza el equipo de mediación debe estar alerta, para intervenir cuando sea necesario en caso de fuerte bloqueo, violencia etc., **d) La depresión** Generalmente acompañada de un silencio en la red, un silencio de impotencia, confusión, reflexión etc. O bien, expresiones de boicot y desaliento del trabajo de red, **e) El desbloqueo** Comienzan a surgir nuevas ideas que son enriquecidas por la misma red y acompañadas por el equipo de mediación. Es la apertura a la acción autónoma. Comienza a cambiar el estado de ánimo de la red para crear y construir; principios de organización, comunicación, identificación de recursos, etc., **f) La euforia** Entusiasmo por continuar y seguir en la red, se fortalece el sentido de pertenencia y lo más importante, el efecto de red se hace uno en el “empoderamiento” de cada una de las presencias. Poder para dar solución a los problemas en conjunto y por último, **g) La retribalización** El reencuentro de la red, para finalizar la intervención o terapia de red; la fase de construcción del vínculo, conversación, incluso para afinar detalles, intercambiar datos personales, etc. Puede consistir en un acto tan sencillo como compartir un café y unas galletas, o de índole técnica, como un cierre de la actividad.

Minorías Activas Son los grupos que poseen una norma interna, diferente a la mayoritaria, y desarrollan un estilo específico de comportamiento, el cual puede ser definido como consistente. Mismas que, a través de sus interacciones cotidianas con el resto de la población, inciden en la representación que se tiene de los fármacodependientes y de las fármacodependencias, con el objetivo de aumentar los niveles de seguridad e inclusión de la población que es vista como “desviante”, de ellos mismos y del resto de la comunidad. La minoría empieza a ejercer un influjo en la mayoría y puede incitar un proceso de modificación de su comportamiento o de su actitud para inducir a ser más tolerante con lo que antes estaba excluido o prohibido.

Prevención La prevención toma su punto de partida de un sistema complejo, es decir, desde la normalidad y pone en acto un proceso (un conjunto de acciones estratégicamente relacionadas y articuladas), es decir un movimiento hacia delante que permite contrarrestar los mecanismos de la simplificación social (la fármacodependencia es un mecanismo de la simplificación social, como lo es el maltrato de los niños o el abandono de los ancianos). Los instrumentos de trabajo para una prevención con estas características, son la intervención de red y el contexto de la acción en las agregaciones sociales (barrios, colonias, etcétera).⁸⁸ La apuesta del modelo ECO2 consiste en experimentar y/o implementar procesos de prevención primaria y tratamiento

⁸⁸ Milanese, Efrem. *Op cit.* p. 20, 21

en las mismas comunidades o barrios en donde emerge y toma cuerpo el fenómeno. Modelo que contempla el desarrollo de estrategias de intervención destinadas a favorecer que las poblaciones implicadas reconozcan, fortalezcan y apliquen sus propios recursos y capacidades. Lo anterior nos permite establecer como prioridad y pasaje ineludible un primer abordaje que tiene que ver con: **a)** la *exploración*; **b)** el *diagnóstico*; **c)** y el *establecimiento de vínculos* cercanos con la comunidad. De tal forma que se posibilite la emergencia de una *demanda de ayuda y contacto con todos los actores de la misma*.

En forma paralela, se realizan acciones destinadas a la conformación de una red de servicios locales (que presten una asistencia integrada, no fragmentada), que intervenga ante las necesidades de la población en situación de sufrimiento social.

Reducción del Daño “Un estudio muy reciente del Consejo de Europa⁸⁹ ha propuesto una definición que diferencia el concepto de “reducción de los riesgos” (que comprende la minimización de las consecuencias desfavorables –a nivel médico, psicológico y social- del uso de drogas), de la de “reducción del daño”, entendida como la actuación de un programa o estrategia destinada a limitar los efectos del uso de drogas a nivel de salud, social y económico [...] Este estudio parece confrontar un concepto de reducción del daño que va más allá de la relación exclusiva de la persona con la sustancia en el momento en el cual la consume. Contribuye a introducir elementos nuevos que, ulteriormente, complejizan el tema [e incluyen]: el daño individual (psicológico, relacional, de salud, afectivo, económico, etc.), el daño social (daño en la seguridad / calidad de vida, daño en la salud pública, económico, etc.”⁹⁰

Reducir el daño “es una manera de manejar conductas que pueden dañar la salud de la persona involucrada y de su comunidad. A través de la reducción del daño se trata de mejorar la salud del individuo y de la comunidad. En individuos con problemas de consumo de sustancias, el primer factor que motiva a las personas a buscar un Tratamiento es su experiencia sobre las problemáticas consecuencias o efectos dañinos (p. e. Problemas de salud, problemas en sus relaciones con las redes socio familiares, falta de recursos para cubrir sus necesidades, etc.) En lugar de identificar “la sustancia de consumo”, en sí misma, como “**el problema**”.

Bajo Umbral Del punto de vista de las poblaciones, tiene como finalidad permitir a los beneficiarios pasar un tiempo variable en un lugar que ofrezca alternativas menos riesgosa y dañinas respecto a las que las personas encuentran directamente en la calle. Estas estructuras

⁸⁹ Cfr. “La Riduzione del danno: concetti Generali. Premessa.” En Boll Farcacod. Alcoholismo (2002) No. 3

⁹⁰ Montoya, Fernando (2003). *Reporte Técnico 2003; Área de Reducción de Daño*. Mimeografiado, México. p. 59,60

son un lugar en el cual las personas pueden: a) encontrar propuestas diferentes respecto a la calle; b) ser escuchadas; c) aprovechar acciones de orientación, ayuda médica, legal, psicológica, descanso, etc. En particular el ***bajo umbral*** se refiere a la construcción de un dispositivo de seguridad que permita el desarrollo de la relación de ayuda, teniendo como fin el establecimiento y la claridad de las presencias, los roles, reglas, espacios, tiempos, objetivos, y que, sobre todo, cuente con normas mínimas de ingreso y estancia.

Vulnerabilidad Social La vulnerabilidad social es la ausencia absoluta de defensas o protecciones, de los recursos internos u opciones alternativas para enfrentar el efecto externo de una problemática.⁹¹ Todos los grupos que debido a su raza, condición social o cultural se ven en marginados y excluidos socialmente.

La transmisión intergeneracional de la pobreza Los hijos de padres y madres padres inmersos en un contexto económico y social tampoco no muy distinto que atraviesa las últimas generaciones. A medida que aumenta la pobreza se desmoronan los efectos protectores que debieran estar dirigidos a los niños, niñas y adolescentes de dichos hogares. Así, crecen en condiciones de vulnerabilidad social asociadas. Los beneficios sociales y económicos de los programas dirigidos a la niñez y la adolescencia tienen un impacto en el futuro del individuo, que se traduce en importantes beneficios sociales y económicos por la contribución del individuo a la familia.

Desarrollo social⁹² Tiene su fundamento en la igualdad y dignidad de la persona humana. Su objetivo consiste en que todas las generaciones actuales y futuras puedan gozar de una calidad de vida plena, basada en el respeto y el ejercicio de los derechos humanos a través del uso y cuidado de los recursos naturales y de los avances tecnológicos.

⁹¹ CEPAL-Serie Población y Desarrollo, Vulnerabilidad y Grupos Vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes, Jorge Rodríguez Vignoli, No. 17, Santiago de Chile, agosto de 2001.

⁹² Un primer antecedente al desarrollo social se puede encontrar en el mismo proceso capitalista de los países industrializados durante el siglo XIX y a principios del siglo XX. Las nuevas exigencias económicas, aunadas a las luchas populares, especialmente las demandas obreras, obligaron al Estado a sustituir los principios de *laissez faire* y a ejercer paulatinamente una función reguladora, interviniendo en los aspectos económicos y sociales de estos países. Con el fin de mejorar las condiciones de trabajo, se decretaron leyes para regular el derecho al trabajo y en general de los derechos sociales y con este fin se establecieron las instituciones públicas. En este contexto se dan los primeros antecedentes y el surgimiento del Trabajo social como una actividad profesional. Sin embargo las expresiones de desarrollo social, planificación social se dan en los años posteriores a la segunda guerra mundial.

4.3.1.1 El cambio de paradigma: Tratamiento de Base Comunitaria

Como se ha mencionado antes, los mecanismos implementados por la sociedad para contener y controlar dicho fenómeno no han sido suficientes, y, en el mismo sentido, las intervenciones institucionales han sido limitadas.

A través del análisis de la intervención social, se observa que no sólo se debe contemplar a los usuarios de sustancias psicoactivas, en este caso a los niños, niñas y jóvenes de calle; sino incluir a los demás actores sociales, como son: la comunidad, familia, grupos, instituciones y la sociedad en general. Debido a que todos ellos son parte del fenómeno, y experimentan situaciones de sufrimiento de manera conjunta.

El método de intervención denominado como **Tratamiento de Base Comunitaria (TBC)** tiene como finalidad construir un trabajo en la comunidad real local, que busca el mejoramiento de las condiciones de vida de **todos sus integrantes**. Concretamente, se trata de activar los recursos de la comunidad,⁹³ brindando elementos de organización para la conformación de una red de recursos locales; para que los operadores sociales puedan orientar, acompañar y derivar los recursos requeridos hacia las personas que necesitan ayuda. No se trata entonces de construir una institución más que trabaje con una modalidad de “bajo umbral”, se trata de experimentar una modalidad específica de trabajo con la comunidad local.

Dicho trabajo debe permitir establecer **contacto directo con la población en situación de calle, con sus redes subjetivas y sociofamiliares**. Esto, con la finalidad de: posibilitar el “diagnóstico constante”; la mediación comunitaria; y el fortalecimiento de los vínculos. Lo cual favorece la experimentación de modalidades de **tratamiento comunitario**, orientadas por los objetivos clásicos de la **rehabilitación** (el mejoramiento general de las condiciones de vida de la persona, de su red subjetiva y comunitaria, sin que por esto se pretenda únicamente la abstinencia del uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol) y también por los objetivos clásicos de **la reducción del daño** (trabajar en el sentido de un uso “funcional” de drogas y cuando sea necesario, de la abstinencia de sustancias en un contexto de vida digna).

Es importante hacer hincapié en la diferencia que existe entre el **“tratamiento Institucionalizado”** y el **“tratamiento de Base Comunitaria o no institucionalizado”**. El primero hace referencia a las formas clásicas de intervención terapéutica con fármacodependientes, en estructuras más o menos controladas en contextos delimitados y artificiales (p. e. La Comunidad Terapéutica). En el caso contrario, cuando se habla del segundo

⁹³ Hospitales, médicos, otras asociaciones, ayuda legal, social, psicológica etc.

(*tratamiento de Base Comunitaria o no institucionalizado*), se hace referencia a una intervención territorial de la comunidad real local, sus redes sociales y la complejidad de las mismas, es decir, en donde el objetivo de la intervención deja de ser sólo el farmacodependiente, ya que también se incide en la *representación social* que con respecto a la fármacodependencia poseen los actores sociales de la comunidad.

El Tratamiento basado en la comunidad, no excluye al tratamiento institucionalizado (lo replantea pero no lo excluye). Es posible con ello, la intervención en espacios “formales”; por ejemplo: la sede del centro “Matlapa”, el albergue, en actividades específicas de la Comunidad Terapéutica, o bien, en los espacios “informales” de la comunidad, es decir: las calles; los puntos de encuentro, de pernocta, plazas o parques públicos. Dicha premisa de intervención tiene que ver con el ***set y setting***⁹⁴, aquí son los operadores quienes buscan a los pacientes, y no al revés. Si en la terapia institucionalizada, el hecho que un paciente pida una cita y acuda a la misma puede ser interpretado como una forma concreta de manifestación de una demanda o de una petición, en el TBC esto en parte desaparece ya que ***se puede pensar que los recorridos de los operadores en la comunidad son una propuesta que explícitamente sugiere una demanda.***

En las comunidades existen puntos de encuentro o de referencia. “El punto de referencia es el ***contexto físico urbano***, es entonces un espacio de la comunidad, pero también es un espacio para quien lo ocupa efectivamente, (cuando deja de estar en el espacio deja de ser suyo: no inmediatamente pero es un proceso). ***El criterio de pertenencia a este escenario es; estar presente, apropiarse de las calles, como un elemento del mismo barrio, ocupando un espacio.***”⁹⁵

Se trata, como se puede deducir de lo anterior, de la forma que toma el sentido de pertenencia. Mismo que los operadores pueden interpretar. En la medida de que no es un lugar cerrado totalmente, es importante practicar y entender estos procesos de pertenencia para los objetivos que busca la presencia del equipo.

⁹⁴ El **Set** se refiere a las características estructurales del contexto, a todo lo que se puede ver y tocar en un espacio y tiempo determinado, es decir, es el Escenario en el que se desarrolla la dinámica grupal todo lo que tiene que ver con la dinámica operativa.

El **Setting** es el Marco Teórico que sustenta y que le da sentido al encuadre y se refiere al planteamiento estructurante invisible que tiene componentes principales; éste se encuentra conformado por las presencias o ausencias de las personas, las actividades, los lugares, los tiempos, las normas principalmente. Además de lo que es expresado explícitamente los demandantes externos (la institución o la familia por ejemplo) son portadoras, en la situación terapéutica de objetivos, de motivaciones, expectativas, fantasías y emociones no dichas (no explicitadas, inconscientes) que pueden ejercer influencia muy fuerte sobre el desarrollo del trabajo. Se trata del mundo psíquico activo el cual, si no es comprendido, puede interferir hasta limitar las posibilidades de trabajo; lo **social**: las posiciones culturales y políticas prevalentes, las demandas y metas sociales que influyen y están presentes en el desarrollo de las intervenciones.

⁹⁵ *Tratamiento Comunitario de las adicciones para una clínica de las comunidades locales, Capítulo VI: mimeografiado México, 2004.*

Ahora bien, el hecho de trabajar en el interior de un marco institucional (una estructura institucionalizada) hace que, cuando una persona llega a la estructura, lo hace porque tiene un conjunto de informaciones que le han permitido tomar una decisión (acudir a la estructura). **En el caso del trabajo en comunidad local, los actores comunitarios necesitan tener ese mismo conjunto de información, antes de manifestar, no solamente una demanda, sino también, tomar una decisión con respecto al tipo de relación que va a tener o establecer con los “nuevos llegados”.** Y esto nos lleva a comprender la importancia de distinguir entre la demanda de la persona y/o la sugerencia de la relación del operador con el territorio y la persona. Puesto que el tratamiento comunitario se injerta en la vida cotidiana de la comunidad: lugares de trabajo, en el mercado, en reuniones informales, etc. La acción de dar información de lo que el operador hace en la comunidad, es fundamental ya que define el *set* contextual y de la relación que será soporte del tratamiento comunitario.

Asimismo, en el **Contexto Institucional, el surgimiento y la explicitación de la demanda de la población constituyen una premisa esencial para iniciar cualquier tipo de tratamiento** (individual, familiar, etc.). **Se puede considerar que la situación no cambia en el marco comunitario, aquí también el análisis del proceso por medio del cual surge la demanda y el análisis del contenido de la misma es un paso esencial;** lo que es modificado sustancialmente, es el **setting** (escenario) en el cual se presentan.

Para el desarrollo del tratamiento comunitario **es fundamental mantener una actitud diagnóstica permanente**, debemos recordar que las fases o etapas de tratamiento en el contexto de calle requieren mayor tiempo debido a la movilidad de la población, las presencias y los contactos más espaciados (en función del tiempo y espacio), lo que **influye en la construcción del vínculo de confianza con la población.**

Para ejemplificar lo anterior se distingue que, en la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes, **la Recepción** (Fase de tratamiento que implica una etapa de diagnóstico, construcción del vínculo e identificación de la demanda) se lleva a cabo a través de un primer contacto y, posterior a esto, se inician los coloquios o entrevistas de diagnóstico en un lapso de dos meses aproximadamente; no así en el caso del tratamiento comunitario, donde la recepción se realiza en un periodo de seis meses a un año (estamos hablando de un proceso de primeros contactos (1 o más) y de las entrevistas diagnósticas que sean necesarias).

En esta primera fase se busca evaluar la situación de crisis o de dependencia, e indagar la posibilidad de iniciar un proceso de cura o rehabilitación socio-educativa y psicoterapéutica, mediante la organización del dispositivo necesario para el tratamiento. Es decir, las personas, la definición de roles y tareas (estructura organizativa), la programación de actividades dirigidas a

la rehabilitación, así como la presencia de los operadores en la Comunidad Real Local durante el transcurso del tratamiento. Por otro lado, resulta importante que durante el proceso de tratamiento se tomen en consideración **algunos elementos informativos esenciales con respecto a la población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle**

El **conocimiento de la Red comunitaria** que representa el mundo afectivo, universo de los objetos parciales en los que se introduce el operador. Puede encontrarse con tres diferentes marcos (contextos) de relación:

- a) Marco dual:** Aquel en el que se da la relación del operador y el paciente.
- b) Marco Grupal:** Aquel en el que se relaciona el operador y un grupo de pacientes.
- c) Marco Comunitario:** Aquel en el cual se da una relación entre dos redes [la red de pacientes u otra y la red operativa].

El **estudio y la comprensión de la mitología familiar** (personajes, historia y acontecimientos narrados por la población), resulta esencial en la clínica comunitaria porque es la estructura de esa mitología que la persona se sentirá empujada a reproducir o repetir en las fases de mayor dificultad como decir que las personas en situación de calle no repiten el trauma pasado como medida para tratar de superar el trauma presente. El Tratamiento Comunitario, de la misma manera dual o grupal, se inserta en esa mitología para ayudar a superar la compulsión a la repetición, ofreciendo un sentido diferente de alternativas relacionales (un set).

Esto sin perder de vista, los propósitos del tratamiento comunitario como; **a) Mejorar la calidad de Vida**, es necesario monitorear y dar seguimiento a las demandas de ayuda, las acciones que tienen que ver con la salud, la escucha, asesorías legales o información en cuanto a los servicios sociales de la comunidad, **b) Evaluar, impulsar y sostener el desarrollo de la red subjetiva** con respecto a la red subjetiva del caso, estar pendiente del tipo de relación que establece favoreciendo que sea recurso para la cura y **c) Sistematización y Gestión de la información** el uso de los instrumentos en tiempo y forma comunes al equipo operativo y la presentación para análisis de caso o estrategia a nivel grupal o comunitario. Propósitos fundamentales para la operación de los procesos de tratamiento, como se puede notar todos éstos implican a la población destinataria, a la red social y al equipo operativo [buscando desencadenar procesos de transformación y cambio social].

4.3.1.2 Proceso Operativo del Proyecto: Tratamiento de Base Comunitaria

Objetivo general

Construir y realizar procesos de tratamiento individual, familiar y de red para la atención a la fármacodependencia y situaciones críticas asociadas desde la prevención primaria, Tratamiento psicosocial y Reducción del daño dirigidas a la población en condiciones de vulnerabilidad social; pobreza extrema, marginación, desigualdad y exclusión social. El fin en esencia es el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

Objetivos específicos

- Constituir un equipo itinerante de Tratamiento clínico especializado que desarrolle procesos de Tratamiento de Base Comunitaria en las comunidades reales locales.
- Colaborar con la conducción e implementación de procesos de reducción del daño y rehabilitación de la fármacodependencia, en conjunto con las redes sociales e instituciones participantes, en los diferentes contextos y localidades específicas⁹⁶
- Generar estrategias de intervención a nivel individual, familiar y grupal, de red y comunitario, destinadas a la prevención y reducción del daño de las fármacodependencias y situaciones críticas asociadas.

Fases de Tratamiento de Base Comunitaria

La recepción

Es el proceso de diagnóstico que se inicia con el primer encuentro o contacto y los subsiguientes con la finalidad de conocer a las personas y establecer una relación o construir un vínculo de confianza y respeto. La realización del un diagnóstico individual y sociofamiliar.

El manejo de primer contacto en cualquiera de sus modalidades tiene como objetivos: el saludo y presentación entre quien recibe la demanda y el solicitante, es decir, posibilitar que la persona que solicita el servicio, haga manifiesta su problemática, proporciona la información que introduce al demandante en el proceso operativo de recepción, delimitar las bases sobre

⁹⁶ Población de las localidades de las Delegación Venustiano Carranza, Delegación Álvaro Obregón, Delegación Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo

las cuales la persona logra hacer explícita su demanda. Para este momento el o la operadora social (en este caso la trabajadora social)⁹⁷ tiene los elementos suficientes para dar una respuesta y/o tomar una decisión. Si las demandas solicitadas se encuentran dentro de los parámetros de atención de la institución, se establecen las condiciones para dar continuidad al proceso. Desde este primer acercamiento, se realiza una convocatoria familiar.

A su vez, los primeros contactos tienen como objetivos: **a)** construir un *set* (contexto físico urbano) mínimo para poder captar la demanda, **b)** análisis de la demanda, **c)** inicio del diagnóstico provisional, **d)** Tener un cuadro de conocimientos y relaciones a las que se le llaman “condiciones iniciales” que sirven para definir las acciones y evaluar el desarrollo y resultados del proceso, y **e)** La construcción del vínculo

Cabe señalar que esta primera etapa de tratamiento constituye en esencia la elaboración del diagnóstico, pero no el término o culminación del mismo, ya que en la medida en que se desarrolle el vínculo y el tratamiento se irá profundizando el diagnóstico.

De igual forma durante la recepción, a causa de la situación de riesgo y vulnerabilidad que viven los niños, niñas y jóvenes en situación de calle, se integran desde un primer momento, acciones de reducción del daño, previamente planteadas en la estrategia de tratamiento tales como visitas al médico, buscar un lugar de pernocta, trabajo, etc.

En la práctica el concepto utilizado en relación con el operador y la población; es la construcción del vínculo que tiene que ver con:

- Buscar al otro en su contexto de vida iniciando una relación basada en la escucha activa.
- Hacerse reconocer dando las informaciones esenciales para que entienda que se está haciendo en su contexto de vida.
- Mantener el contacto; que el operador distribuya el tiempo de los contactos realizados.
- Mantener una constante actitud diagnóstica y de evaluación.

Un elemento constante que surge de la práctica institucional, es el hecho de que, el diagnóstico se desarrolla en función de cómo se desarrolla la relación; mientras la relación es más cercana, más detallado y profundo es el diagnóstico. Uno de los elementos de observación, al que se le debe dar mayor atención es evaluar el impacto y las consecuencias de su “postura

⁹⁷ Es importante señalar que en la recepción trabajan personal con perfiles de trabajo social, psicología y terapeutas, todos estos atraviesan un proceso de incorporación, pasando por este se pueden realizar ya actividades propias de la recepción.

relacional” frente a la persona con la cual se trabaja, siendo que puede favorecer adelantos o retrocesos en el proceso de lo que el operador “hace o es”, en relación con la transferencia.

El proceso de la recepción tiene su principio en **el deseo y esperanza, la posibilidad de aspirar a un estilo de vida diferente al que ha vivido o se ha relacionado**. Asimismo el proceso de la recepción puede durar de uno a dos años, no es como en la CTF que está delimitado por un periodo de tiempo definido en el cual se deben tomar decisiones dentro de los periodos pertinentes. El TBC es flexible en cuanto a tiempos y espacios.

La demanda se individua a partir de la concientización, a partir de los elementos que le brinda el Equipo Operativo durante el proceso. A partir de este pasaje se levanta el umbral, midiendo así la construcción del vínculo, entonces comienzan a emerger las demandas reales pasando de la relación de goce, a la demanda real. En los primeros contactos y primeros coloquios, se obtienen elementos informativos que permiten tomar decisiones relacionadas con el desarrollo de un programa de acción ya sea de prevención, tratamiento, reducción del daño, formación, etc.

El tratamiento (reducción del daño/ rehabilitación)

Se inicia con el diseño de los procesos con la inclusión a los programas y servicios identificados en cada uno de los espacios, instituciones o Centro de Referencia, el trabajo comunitario, y el trabajo de calle. Del diagnóstico, individual, familiar y social se pasa a la construcción de líneas estratégicas de intervención integral: terapéuticas, legales, reeducativas, lúdico-recreativas, y de salud. El tratamiento en la CRL implica entonces que la persona conserve su encuadre de vida cotidiana con un incremento de complejidad mediante una más intensa participación en la vida social.

El Desarrollo de procesos de tratamiento se dan en la construcción de la estrategia de intervención Interequipos (de las instituciones del proyecto “Matlapa”), es decir, son las estrategias diseñadas en la intervención individual y familiar de las redes sociales a nivel local, se reorganiza a la red institucional y comunitaria operativa para la satisfacción de las necesidades y búsqueda de los recursos para el tratamiento.

Las modalidades de Tratamiento son:

a) ambulatoria: se acude a la sede del Centro a las actividades terapéuticas y permanecen en sus actividades donde se encuentran insertos socialmente como laborales, educativas, etc.

b) Centro de Día: además de las actividades terapéuticas, permanecen un mayor número de horas en los programas o servicios de los Centros.

c) Residencial: La derivación como un pasaje del proceso de Tratamiento a la Unidad Residencial de HIJIAP u otras instancias especializadas en el modelo de Comunidad Terapéutica de Farmacodependientes (CTF). El tiempo de estancia se define con el resultado del diagnóstico y en el diseño de tratamiento.

Una vez terminada esta parte, se procede al análisis de los casos, en donde se requiere la presencia de los educadores de calle para el análisis y la definición de las líneas estratégicas de intervención. Es importante la sistematización de la información en este caso se utiliza el (Siditer).

Ahora bien, las características principales del rol de conductor del proceso de tratamiento: **es un profesional que realiza diagnósticos grupales, individuales y de red, realiza un pronóstico y prescribe un programa, interviene con la red social como un todo bajo la modalidad de terapia de red y es un mediador social**, la trabajadora social funge este rol en los procesos de tratamiento.

A partir de las condiciones observadas de cada uno de los pacientes, la situación de la familia, las necesidades y recursos de cada uno de los grupos e instituciones, se estructura un **programa de tratamiento multimodal** que considere actividades (terapéuticas, educativas, laborales, de salud, culturales, que a su vez puedan ser contratadas a partir de un contrato terapéutico (institución, red que participa y paciente).

Lo que constituye **una red de tratamiento** (dispositivo de tratamiento) hacia fuera, la viabilidad del tratamiento ambulatorio, hay sin embargo pacientes que necesitan en una etapa del tratamiento la modalidad residencial o semiresidencial, en el cual el TBC no excluye el recurso de la CTF, sino lo replantea dentro de una estrategia global de tratamiento.

La Reinserción Social (Regreso)

El trabajo de este pasaje previo a un vínculo más fuerte y estable, desarrolla las posibilidades de construir el diseño de la estrategia ligada al proceso del tratamiento:

- Contactar y/o re-contactar a la familia de origen,
- Contactar y/o re-contactar a su red social y subjetiva
- Completar o iniciar el diagnóstico de red socio-familiar,
- Contemplar la posibilidad de la intervención de red,

Los elementos que componen el desarrollo de esta fase:

a) Gradualidad en el proceso de salida o regreso,

b) Separación de las estructuras de Tratamiento de Base Comunitaria,

c) Pertenencia a su red donde se han construido nuevos lazos y vínculos,

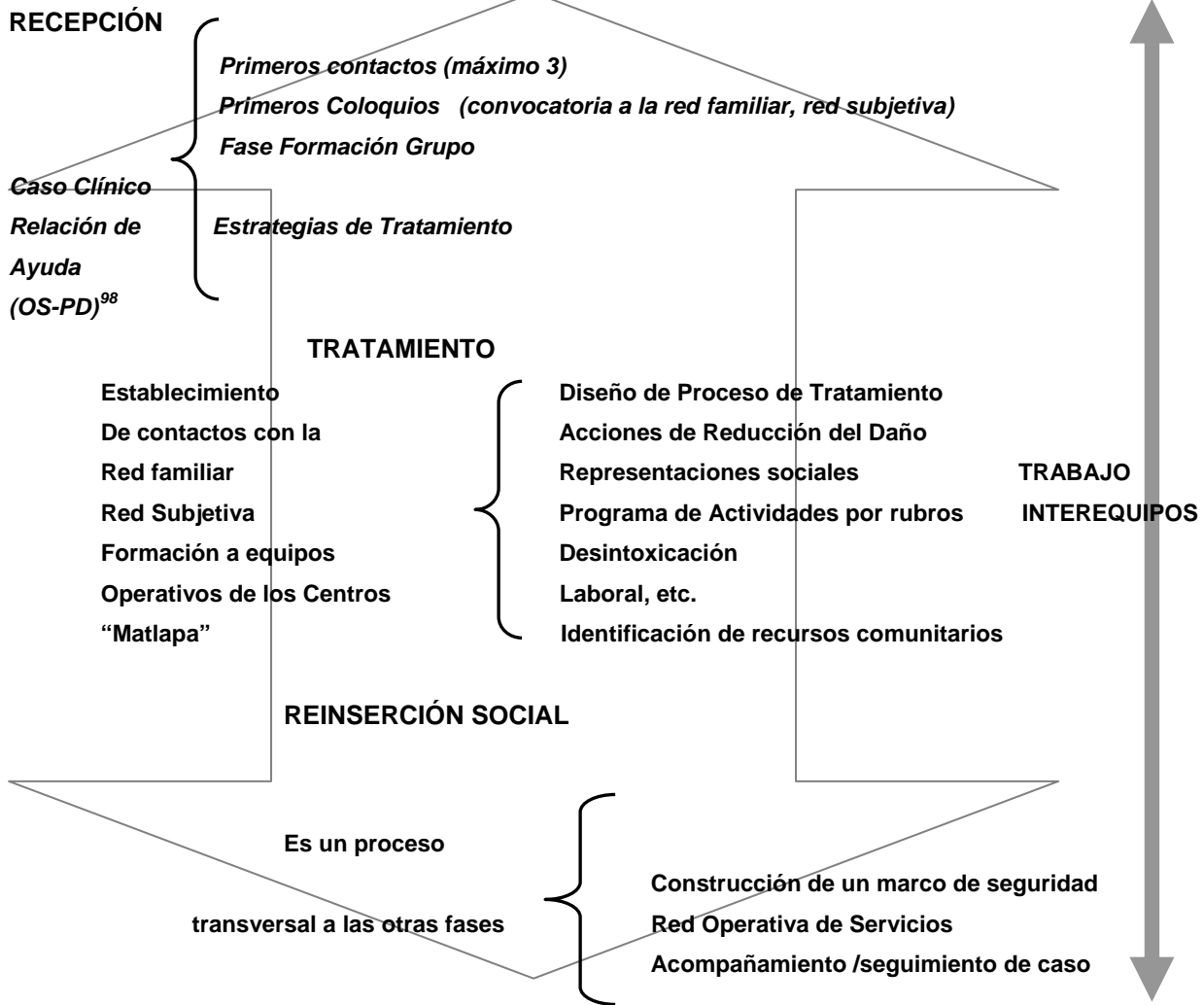
d) Autonomía; capacidad y competencia para tomar decisiones sobre su propia vida y enfrentar las consecuencias de éstas.

Esta fase no es el fin del proceso mismo, sino un eje transversal al proceso en el cual se sigue interviniendo con una mirada prospectiva pero desde el aquí y el ahora. Pero a un nivel más amplio dentro de las posibilidades de cada caso, desde la red subjetiva y sociofamiliar y con los recursos de la comunidad real.

Es preciso mencionar que, paralelamente a las fases del proceso operativo, del tratamiento basado en la Comunidad planteado en este caso para el proyecto “Matlapa” de Hogar Integral de Juventud, además se realizan diferentes tareas operativas, las cuales no son llevadas a cabo con la población destinataria, pero si con los actores sociales implicados en los procesos de tratamiento, dichas acciones estuvieron focalizadas hacia los contextos de trabajo de los Centros Matlapa, los actores comunitarios, la red de instituciones, entre otros.

En el proceso operativo de Tratamiento de Base comunitaria, en el marco del proyecto “Matlapa” se plantean de esta forma las fases, las cuales como se trata de expresar en el esquema se interrelacionan entre sí y se trabajan simultáneamente dentro de un proceso dinámico en forma de espiral (p. e. se va construyendo el vínculo en la recepción, mientras se tienen elementos para la elaboración del diagnóstico y se resuelven situaciones emergentes en relación con la salud o de recontacto con su red familiar)

Esquema 6: Proceso Operativo TBC



Resulta esencial mencionar, que la intención es trabajar con los subsistemas relacionales, las “relaciones” son algo complejo de trabajar o intervenir, ya que se requiere de la observación y acción social que permita incidir en las representaciones sociales de los adictos, de los niños de calle, de los educadores de calle, etc. Por lo tanto se da mucho énfasis, más que en el llenado u obtención de información en el establecimiento de una forma de relación

⁹⁸ OS: operador social y PD: paciente

diferente a la que tradicionalmente han establecido las instituciones con la población en cuestión.

De esta forma podemos dar paso a la descripción de la experiencia profesional de la trabajadora social en Hogar Integral de Juventud, en lo que se refiere a su labor en el proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria” dirigido a la población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle.

CAPÍTULO V

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN EL PROYECTO: “TRATAMIENTO DE BASE COMUNITARIA”

En este capítulo, se plasma la experiencia profesional de la trabajadora social en el Proyecto: “Tratamiento de Base Comunitaria”, desde el proceso de la incorporación institucional, pasando la “formación en la acción” a través de la propia intervención social.

Dicho proceso estuvo organizado de tal forma, que pudiera tener un conocimiento global de la labor de Hogar Integral de Juventud, lo que implica la lógica de su intervención y visión del fenómeno de la fármacodependencia. Es por ello que se tiene una participación directa en otras áreas y proyectos institucionales lo cual responde a dos finalidades:

1. Comprender la lógica y conocimiento de los procesos de tratamiento de fármacodependencia y situaciones críticas asociadas, así como el encuadre de trabajo (escenario de intervención)
2. Entrenamiento en la conducción de espacios individuales, grupales y comunitarios desde la perspectiva del Modelo Eco2, participando directamente con la población destinataria con todas las acciones implicadas en este desarrollo de la intervención social, como lo son la investigación, la planeación, la evaluación y la sistematización .

Esto es, que los profesionistas que vaya a participar en los procesos de tratamiento de la Institución, atraviesan por un proceso de formación en la acción acompañados del equipo operativo y los responsables de las áreas o proyectos. Lo cual implica una formación teórica y práctica, por ejemplo; en la conducción de primeros coloquios, en el acompañamiento a grupo de jóvenes, en el manejo y sentido de los instrumentos de trabajo, etc.

Así, pareciera que la formación directa en otras áreas o proyectos institucionales, no tiene que ver con el trabajo realizado directamente en el proyecto Tratamiento de Base Comunitaria, no obstante, está vinculado, sustancialmente con la puesta en marcha de los procesos de tratamiento. Inclusive existen intervenciones conjuntas, como es el caso de la Intervención y/o Terapia de Red en las que participa la población atendida de la comunidad Terapéutica de la Comunidad Real Local de Alfonso XIII, y de la población destinataria del proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”.

5.1 Proceso de Formación en la Acción

El proceso de formación en la acción comienza con el **Programa de Inducción**, en segundo lugar, con **la intervención en la Comunidad Terapéutica Fármacodependientes** y en el contexto de **la Plaza de la Soledad en la “La Carpa”**.

La formación teórica no se puede dejar de lado, el equipo de “Tratamiento de Base Comunitaria” cursa la **Especialidad en Fármacodependencia y situaciones críticas asociadas**, que le brinda elementos de carácter Teórico Metodológico para la Intervención social.

5.1.1 Programa de Inducción para el Equipo de “Tratamiento de Base Comunitaria”

Inicialmente el equipo se conforma por 2 trabajadoras sociales (1 especializada en Terapia Familiar), 1 Sociólogo, 1 psicoanalista, y 1 psicólogo social, quienes participan en los seminarios de inducción del Modelo “Eco2” para conocer el Proyecto e incorporarlo con la situación a atender; la población de niñas, niños y jóvenes en “situación de calle”. Es así, que se constituye el Equipo Operativo del Proyecto, para dar atención especializada en el fenómeno de la fármacodependencia y situaciones críticas asociadas.

Cuadro 7: Programa de Inducción vía seminarios⁹⁹

Actividad	Características	Sesiones	Presencias*	Horas
Seminario sobre Redes	Formación	1	5	3
Seminario sobre Redes II	Formación	2	8	4
Seminario de Construcción de Mecanismos de Vinculación	Planeación Coordinación	2	8	6
Seminario de planeación	Planeación Coordinación	2	5	6
Planeación del marco referencial (investigación documental)	Planeación	2	8	12
Seminario de construcción de indicadores Matlapa	Formación Por parte de INDESOL	4	20	12
Seminario de Evaluación Matlapa	Evaluación	2	4	8
Seminario de Grupos	Manejo de grupos	2	6	4
Seminario de análisis de Caso	Formación	2	6	6
Seminario Tratamiento de Base Comunitaria	Formación	2	6	4

⁹⁹ Bitácoras de Seminarios de Formación Interna, HIJ, México, 2003

5.1.2 Formación en la Acción: Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes y en la Comunidad Real Local ¹⁰⁰

-En la Recepción:

Comenzamos con el área de la *Recepción* que representa la estrategia de abordaje y acogida con la población. Las actividades realizadas por la trabajadora social:

1. Dar atención a las distintas modalidades de acercamiento a la estructura terapéutica o primer contacto: por teléfono, directamente al servicio, derivación de otras agencias de rehabilitación y/o derivación al contexto comunitario

2. Atención a Primeros coloquios

Los primeros coloquios, constituyen el primer pasaje del proceso operativo de recepción, este pasaje determina la continuidad y la articulación del primer contacto. Los objetivos de los primeros coloquios: La posibilidad de establecer formalmente la relación de los operadores y los usuarios de servicio, en un contexto del escenario de tratamiento de la comunidad terapéutica.

3. Conducción de La fase formación de grupo

Las finalidades de la fase Formación de Grupo son completar el diagnóstico de red, familiar e individual, contrastar el diagnóstico realizado en un contexto de grupo familiar con otro de grupo de pacientes y familiares por separado (grupos paralelos), completar el estudio del contexto de cura, el cual permita arrojar los indicadores para la programación de las diferentes modalidades de tratamiento, favorecer una experiencia de grupo organizado entre los pacientes designados y proporcionar información sobre las características del área de rehabilitación y cura.

Otra de las finalidades tiene que ver con el establecimiento del encuadre y la designación de responsabilidades tanto para las familias como para los jóvenes y del llenado de los instrumentos necesarios:

¹⁰⁰ La Comunidad Terapéutica Fármacodependientes está ubicada en Franz Hals no. 105 colonia Alfonso XIII en la Delegación Álvaro Obregón

Cuadro 8: *Instrumentos de registro y diagnóstico*

<ul style="list-style-type: none">• Expediente• Genograma familiar• Síntesis de caso• Diario de proceso• Hipótesis de intervención e indicaciones operativas• Bitácora Pruebas proyectivas <ul style="list-style-type: none">• Criterios para trastorno narcisista de personalidad Criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad	<ul style="list-style-type: none">• Mapa familiar• Cartografía social• Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias.• Criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias.• Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de personalidad.• Criterios para el diagnóstico de trastorno narcisista de personalidad.
--	--

En específico la trabajadora social aporta elementos de lectura de sistema familiar (relaciones, triadas, límites, etc), la parte del contexto comunitario social y cultural, así como en la situación económica de las familias, para el análisis de caso.

En particular se elabora junto con otra colega en la elaboración de un instrumento de estudio socioeconómico que no tenía la Institución, por otra parte se elabora el manual operativo de la recepción en el 2003,

-En la Rehabilitación:

El programa de actividades incluye cuatro rubros que son: elaborativo-formativo, educativo-formativo, lúdicas, y productivos. La intervención se da en dichos espacios que se describen en breve. La trabajadora social colabora en:

1. Acompañamiento en Comidas

La trabajadora social participa en acompañamiento de comidas con el grupo de jóvenes, las funciones realizadas son: presidir el encuadre, observar la dinámica grupal, en las horas de comida, generalmente los jóvenes suelen manifestar emociones, reflexiones que hay que derivar a los espacios grupales específicos, así como crear un ambiente de confianza, evitando situaciones que pongan en riesgo al grupo como provocaciones, violencia, etc.

2. Convivencia organizada Comunitaria

Es el espacio en el cual la función del equipo operativo es facilitar la organización de las familias, se les da la bienvenida, se menciona la forma de trabajo así como la forma de conducirse en el espacio, es decir, el encuadre, se da lectura al programa de actividades, significando al coordinador/a del grupo de familias.. Es un espacio en el cual las familias viven

una experiencia de vida organizada, creando un continente de seguridad y tiene como objetivo modificar las representaciones sociales y para favorecer los vínculos y la relación intercomunitaria.

3. La Conducción de espacio grupal “Cierre del Día”

Es un espacio elaborativo del grupo de jóvenes en tratamiento, tiene como objetivos: cerrar el día, sirve para identificar el estado anímico del grupo, es el espacio donde se significa y se preside el encuadre, además el operador tiene como tareas; contener al grupo y hacer el pasaje a la residencial, reforzar la relación terapéutica y contacto y producir seguridad en el grupo.

La función de la trabajadora social es dar contención y/o apoyo, crear seguridad y hacer emerger los conflictos de la vida cotidiana, reforzando la relación terapéutica con el grupo,¹⁰¹. mediante la lectura de la bitácora de equipo operativo, se identifica las actitudes en el desarrollo del programa de actividades y las trasgresiones al encuadre que se dieron al final del día.

-En la Reinserción Social y Profesional:

“La reinserción psicosocial y profesional, significa la posibilidad que tiene un sujeto, una familia y una red que pide ayuda, de darle significado diferente a sus problemáticas, de reconocer sus recursos, de sanar sus heridas históricas, y, de poder establecer con los otros relaciones diferentes que favorezcan una vida cotidiana más sana. Dicho estilo de vida, caracterizado por su complejidad, su diversidad y la inclusión de la diferencia, permite a las personas nuevos patrones de conducta y de relación con los demás diferentes a los vividos hasta el momento.”¹⁰² .En este sentido la intervención gira alrededor de un objetivo común; ***la construcción de la red de contención comunitaria que favorezca las necesidades de las redes familiares y sociales implicadas con jóvenes que tienen un problema de adicciones***, en cualquiera de los contextos incluido el contexto de calle, necesidades de recreación, escucha, capacitación, bolsa de trabajo, deporte, acompañamiento, etc.

Le Terapia de red es una compleja forma de intervención social de gran impacto para la población destinataria de diferentes lugares y contextos [de la Comunidad Terapéutica, de la colonia Alfonso XIII, de la población en situación de calle del Proyecto “Matlapa”], para poder apreciar el trabajo realizado invitamos a revisar el cuadro del panorama de acciones alrededor de la terapia e intervención de Red. (Ver anexo 1)

¹⁰¹ Instrumentos utilizados: a) Bitácora (elementos para registro) Descripción sintética y clara del desarrollo de la sesión, Acuerdos y pendientes para seguimiento operativo, Indicaciones operativas.

¹⁰² Tarango, Bernardo, *Documento de Reinserción social y profesional*, Coordinador de área, HIJ, 2005

En lo que se refiere a los roles operativos, la trabajadora social funge como activista de red, participa en la recepción en acompañamiento y a su vez en el acompañamiento formativo a dos practicantes de trabajo social, en ocasiones lleva a cabo la logística junto con otros compañeros y la elaboración de la bitácora de las sesiones de terapia de red, es importante mencionar que la organización del equipo estuvo basada en comisiones de trabajo.

5.1.3 Formación en la acción en el Proyecto “La Carpa”

La formación en este proyecto tiene como objetivo el acercamiento a la población en situación de calle a través del dispositivo de bajo umbral. Las funciones realizadas por la trabajadora social tienen lugar en la: **a) Recepción:** Acoger respetuosamente a las personas, informa de las normas y procedimiento de entrada, **b) Ambientación:** Recibe a las personas que se acercan a la estructura, observa y registra la dinámica relacional, interviene cuando es necesario (en caso de un conflicto) Interactúa con las personas, propiciando la expresión de las mismas, **c) Contacto exterior:** Las personas que permanecen en la periferia y no entran a la Carpa, también son contactadas por el equipo operativo, la función aquí es de observación e interacción con la población y, **d) Cafetería:** Se solicita a cada persona la cuota por el café y las galletas y se les explica el sentido del costo [2 pesos; esto es lo que cuesta la mojada de una mona de activo] Se encarga de mantener limpio el espacio y los enseres. Asimismo se llevan a cabo actividades para la planeación, programación de días comunitarios y análisis de caso.

-Formación Teórica en la Especialidad en fármacodependencia y situaciones críticas asociadas

En el Centro de Formación de Cáritas (CAFAC), participan hoy en día más de 30 organizaciones mexicanas y 15 de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Su objetivo es dotar a los agentes sociales para la operación del proyecto y el vínculo institucional e intersectorial. A partir del vínculo con el Centro, comenzamos el proceso de formación cursando la Especialidad en “Fármacodependencia y situaciones críticas Asociadas”. Dicha formación tuvo una duración de 2 años. En la especialidad se interactúa con operadores sociales de distinta formación como lo son; psicólogos, antropólogos, sociólogos, pedagogos, lo que permitió realizar diversos análisis en un proceso de aprendizaje colectivo cada uno desde su escenario y contexto de trabajo.

5.2 Desarrollo de los tres Contextos de Intervención en el Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”

Para continuar la descripción de la experiencia profesional, se señala inicialmente, la participación de la trabajadora social en el proceso de formación dentro del marco del Modelo Epistemología de la Complejidad y Ética Comunitaria “ECO2” en Hogar Integral de Juventud, dicho proceso es transversal a la intervención social dirigida específicamente a la población destinataria del Proyecto “Matlapa”.

Este trabajo profesional se desarrolla en distintos contextos de intervención social, que para su mejor comprensión se diferencian en **el Trabajo en y desde la comunidad** en donde está contenida la población objetivo: los grupos vulnerables en condiciones de marginación y exclusión social con problemáticas de fármacodependencia y situaciones críticas asociadas, el segundo contexto **es en la Institución**, la coordinación a través del Trabajo interequipos son los espacios en los que se brindan servicios de asesoría, formación, organización y coordinación de las tareas operativas, del seguimiento de casos con problemas de adicciones y de su red familiar y social a los educadores y educadoras de calle, **y en el Tratamiento psicosocial** con los niños, niñas o jóvenes que demanden **tratamiento** a causa del abuso y/o dependencia a las sustancias psicoactivas y/o alcohol. Para identificar cronológicamente, cada una de las acciones en los contextos definidos (*Ver anexo 2*)

Cuadro 9: Contextos de Intervención en el Proyecto Tratamiento de Base Comunitaria¹⁰³

Trabajo en la Comunidad	Trabajo Interequipos	Tratamiento
ACCIONES REALIZADAS	ACCIONES REALIZADAS	ACCIONES REALIZADAS
I. Elaboración de Diagnóstico del contexto de Intervención II. Trabajo en las comunidades de los Centros “Matlapa” III. Recorridos en la comunidad de encuentro. IV. Reconocimiento de puntos de encuentro y/o pernocta V. Identificación de la Red social. VI. Identificación de actores comunitarios. VII. Intervención de Red /Terapia de red. (en conjunto con el área de la Reinserción social, en la comunidad Terapéutica	I. Coordinación y organización institucional. II. Reuniones interequipos III. Espacios de Formación IV. Seminario de “Análisis de Caso” V. Seminario de “Reducción del Daño” VI. Programa de Actividades Centros de día “Centros Matlapa”	I. Atención a primeros contactos II. Atención a Primeros Coloquios III. Fases de Diagnóstico Grupal IV. Acciones de Reducción del daño V. Coloquios Familiares VI. Visitas Familiares VII. Intervención en el Programa “Albergue de Invierno”

¹⁰³ Elaboración propia para el trabajo de sistematización

5.2.1 Elaboración del Diagnóstico Institucional y comunitario

Como en cualquier tipo de intervención social que busque incidir en el desarrollo de la comunidad, fue necesario diseñar una estrategia para tener conocimiento del contexto en el cual se llevarían a cabo los procesos de tratamiento, por lo que resulta esencial conocer no sólo características de las colonias en donde se han establecido los puntos de calle y/o pernocta de la situación de calle, sino también ahondar en el conocimiento de la institución y de sus programas sociales y además explorar en el perfil y las tareas que realizan cotidianamente los operadores sociales de los Centros “Matlapa”, es decir, los y las educadoras de calle, terapeutas, sociólogos, trabajadores sociales, etc.

Esta propuesta fue formulada como un primer acercamiento a las Instituciones del Proyecto “Matlapa”, para que después gradualmente se fuera profundizando en el conocimiento de los problemas comunitarios, así como los individuos organizados en diferentes grupos o instituciones activos en estos momentos. El proceso metodológico establecía un trabajo posterior simultáneo que consiste en una recolección más específica de datos sobre la vida y la dinámica de la comunidad, a la vez que se desarrollaran los procesos de tratamiento para satisfacer las necesidades y demandas de ayuda manifestadas por la población en situación de calle, además de generar confianza y vínculos con la población en general.

Entonces estamos hablando de una fase de investigación y de diagnóstico preliminar, con vías de elaborar una planificación de las acciones a realizar y posteriormente, ejecutar las primeras tareas directamente con la población. Vayamos a conocer el objetivo general de la elaboración del diagnóstico de las instituciones y comunidades implicadas en el Proyecto “Matlapa”.

Objetivo general


Conocer las características y situaciones de las comunidades, de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que atienden los Centros “Matlapa”, así como en el proceso operativo de atención de las instituciones del “Matlapa”.

Objetivos específicos

1. Conocer los contextos de los Centros “Matlapa” en el Distrito Federal que comprende las delegaciones de Coyoacán, Iztapalapa, Álvaro Obregón, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

2. Contar con un panorama general de la población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle en la Ciudad de México¹⁰⁴.
3. Identificar la forma de trabajo; estructura, funcionamiento, metodologías de los Centros “Matlapa”.

Cuadro 10: Metodología de la Investigación

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	
Elaboración de Instrumentos de entrevistas (cuestionarios dirigidos a: 1. Directivos 2. Operadores, 3. Población en situación de calle.)	
Investigación Documental  Investigación de campo *de manera simultánea	-Bibliográfica (instituciones, autores...)
	-Videográfica
	-Hemerográfica
	-Internet
	Centros Matlapa:
	-Entrevistas a directivos
	-Entrevistas a Operadores (educadores de calle)
	-Entrevistas a beneficiarios (población de calle) ¹⁰⁵ -Recorridos de calle
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaciado en instrumentos ▪ Trabajo en Equipo para el análisis y síntesis de la información obtenida. 	

Elaboración, aplicación y evaluación de instrumentos de Diagnóstico

Se consideran tres etapas en la obtención y análisis de la información; la primera etapa: se da a través del diseño de los instrumentos, la segunda etapa; a través de la aplicación de entrevistas diagnósticas con los directivos y operadores de los Centros de Promoción “Matlapa”, y la tercera etapa; en el análisis y síntesis de la información obtenida a través de matrices previamente diseñadas para la elaboración final de documentos.

Durante el trabajo desarrollado **se elaboraron una serie de documentos producto de la investigación** iniciada por el equipo de Tratamiento de Base Comunitaria, que **son el punto de partida para la consecución del proyecto**, esto es, antes de iniciar la operación directa con los destinatarios, se lleva a cabo un primer ejercicio de investigación documental y de

¹⁰⁴ La información del instrumento dirigido a la población en situación de calle estuvo dividida en los rubros de: a) datos generales, b) En relación al consumo de sustancias, c) situación laboral, d) situación familiar, relación con las instituciones, e) estado de salud, f) educación, g) documentos personales y h) redes subjetivas.

¹⁰⁵ Las entrevistas formuladas para la población de calle no se aplican en este momento por el equipo de TBC, son los educadores de calle quienes realizan el sondeo de información a partir de la información que se requiere en el cuestionario debido al vínculo previamente construido con los educadores de calle. El hecho de que llegara el equipo de TBC a aplicar los instrumentos hubiese activado aún más, la resistencia y defensas de la población de calle.

campo acerca del fenómeno estudiado, que no sólo encuentran el sustento teórico de investigaciones realizadas con anterioridad, sino que son verificadas con la realidad actual (en la práctica profesional). Dichos documentos forman parte **del producto de investigación** y del proyecto presentado al Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL); dichos documentos elaborados en el marco del primer periodo de Proyecto “Matlapa” fueron los siguientes; a) “Propuestas desde una visión de las sicopatologías que los niños, niñas y jóvenes presentan”. [recopilación], b) Documento de la “Aproximación diagnóstica de los Centros de Promoción para la Infancia Matlapa”, y c) “Diagnóstico clínico de la situación de adicción de los niños referentes”,

Las actividades de investigación y diagnóstico se organizaron por comisiones de trabajo del equipo de operadores de Tratamiento de Base Comunitaria, con el apoyo de operadores de otras áreas de Hogar Integral de Juventud, debido a la carga de trabajo con todas las instituciones de referencia. El equipo implicado participa en reuniones de seguimiento con diversos objetivos para *planear, coordinar y evaluar* las acciones cotidianas.

Actividades realizadas en la investigación de campo

- Reuniones con las Instituciones a través del contacto con los nueve Centros del proyecto “Matlapa”, realizando ocho entrevistas con los coordinadores operativos y/o directivos.
- Aplicación de ocho entrevistas a operadores de los Centros “Matlapa”.
- Se realizaron ocho Recorridos de identificación de la zona en localidades específicas.
- Elaboración de mapas ecológicos de las localidades en las que se encuentran los Centros Matlapa

Actividades realizadas en la investigación documental

- Construcción de instrumentos y cuestionarios de diagnóstico
- Elaboración de entrevistas a los siguientes actores: a) directivos de los Centros Matlapa, b) Operadores, c) Beneficiarios (población de calle).
- Investigación documental
- Investigación de fuentes documentales, se asiste a diferentes bibliotecas y centros de documentación, se consulta el Internet para obtener información del fenómeno social de niños, niñas y jóvenes en situación de calle.
- Captura de información en instrumentos.
- Elaboración de documentos en base a la información obtenida.

La fase de diagnóstico e investigación preliminar se articula con la profundización del diagnóstico comunitario, ya en las distintas comunidades de los Centros “Matlapa”, que debido a la particularidad de cada uno se plantean líneas de acción de trabajo conjunto del equipo de Tratamiento de Base Comunitaria y del Centro “Matlapa”. Los puntos de información que se retoman el diagnóstico comunitario son los contenidos en el *Sidies* (Sistema de Diagnóstico Estratégico), a continuación se describe el desarrollo de la intervención en dichas comunidades.

5.2.2 Trabajo realizado en las Comunidades de los Centros “Matlapa”

Es fundamental iniciar un proceso de primeros acercamientos a la comunidad, a través de la ejecución de acciones definidas previamente para la elaboración del diagnóstico. En las comunidades donde se ha experimentado la elaboración del diagnóstico con la batería de instrumentos del **Sistema de Diagnóstico Estratégico (*Sidies*)** propio del Modelo “Eco2”, se ha observado que para su realización, son necesarios recursos humanos capacitados en el manejo y sentido del instrumento, recursos en una modalidad de tiempo completo para la realización de entrevistas, observación y presencia en la comunidad, participación en eventos o ritos comunitarios, contacto con los líderes formales e informales, etc. Desde luego, se ejecutan las tareas de vaciado de información en la base de datos, para después analizar la información y construir las estrategias de tratamiento. Ante dicha realidad se decide tomar los elementos esenciales del instrumento ***Sidies*** sin aplicarlo en su totalidad, debido a varios elementos observados en las Instituciones del “Matlapa”; es decir, el desconocimiento del modelo ECO2 (lógica, instrumentos) por parte de los educadores de calle, el factor tiempo (ya que tienen actividades propias de la institución independientes al “Matlapa”, y en otros casos, la falta de recursos humanos para aplicarlo.¹⁰⁶ Por lo tanto se realiza un ejercicio de diagnóstico comunitario retomando algunos elementos del ***Sidies*** como la construcción de la “representación social de la comunidad”, la “historia de la comunidad y datos sociológicos” y la “Construcción del proyecto de acción social”.

Objetivo General del trabajo en la comunidad

Diseñar e implementar procesos de Tratamiento psicosocial a nivel individual, grupal, familiar y de red, para la atención a la fármacodependencia desde la prevención, Tratamiento I y

¹⁰⁶ Se aplica el Instrumentos Diario de Comunidad en que se plasma la descripción de la observación y en otra parte las implicaciones subjetivas de quien usa el instrumento.

Reducción del Daño. A través de la construcción de un dispositivo comunitario, que permita incidir en problemáticas asociadas a los procesos de marginación y exclusión (p. ej. Fenómenos de callejerización, prostitución infantil, maltrato, adicciones, violencia, ITS, estigmatización, discriminación, etc.)

Objetivos específicos

- Conocer el contexto comunitario alrededor de los puntos de encuentro y punto de pernocta en los que vive la población en situación de calle.
- El reconocimiento del Equipo Operativo de Tratamiento Base Comunitaria en los distintos contextos, a partir del conocimiento previo que la comunidad tiene de las Instituciones de los Centros Matlapa en los lugares específicos en que cada uno de éstos interviene.
- La identificación de las redes sociales que giran alrededor de la población de calle así como el tipo de relación que han establecido unos con otros para construir el Dispositivo Comunitario de Tratamiento, esto es, las presencias, las instituciones, los convenios y acuerdos, los contactos establecidos con las personas de la comunidad (conformación de la red social, las normas, objetivos, marco teórico, etc.)

Acciones

- Recorridos de Calle
- Presencia en eventos o fiestas Comunitarias
- Identificación de –Redes sociales en los contextos de intervención
- Establecer contacto o recontacto con las siguientes instancias de manera general para los distintos contextos

Resultados en las comunidades de los Centros Matlapa

La finalidad que tienen los recorridos de calle es hacer presencia alrededor de los puntos de encuentro y de pernocta, de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle, sin buscar necesariamente a la población destinataria. Se trata de una tarea de observación de la dinámica comunitaria, el hecho sistemático de estar en la comunidad. En caso necesario, cuando se establece contacto con la comunidad, se da la información del proyecto y lo que se hace en la comunidad (datos generales básicos). En resumen, es un ejercicio de observación de la dinámica comunitaria. El número de recorridos, depende por un lado, de la organización operativa de los equipos y por otro lado, de la dinámica comunitaria; ciclos de movimiento, horas de mayor riesgo (por tráfico de sustancias principalmente), comercio, etc. En la presencia en

eventos o fiestas de la comunidad se tiene como objetivo la observación de la dinámica comunitaria: en lo que se refiere a dichos ritos de la comunidad se observan líderes formales e informales, tipo de relación, población predominante, etc.

Cuadro 11: *Recorridos en comunidades de los Centros Matlapa*

Centro Matlapa	Frecuencia de recorridos
Observatorio	2 veces a la semana
Morelos	1 vez a la semana
Centro Histórico	1 vez a la semana
Guerrero	1 vez a la semana

Además se activan las redes sociales para favorecer procesos de prevención en la comunidad real local (CRL) identificando los recursos para los procesos de tratamiento. A nivel general, se establece contacto y/o re-contacto con las instituciones en los diversos contextos comunitarios. Por medio de la puesta en marcha de proyectos destinados a revertir los procesos de marginación y estigmatización social, aumentar las capacidades curativas de las comunidades, y a reducir los estados de sufrimiento, las instituciones con las que se estableció contacto y seguimiento de los casos fueron:

Programa Delegacional Juvenil “La Comuna”¹⁰⁷ Los servicios que dirige hacia la población juvenil: de bolsa de trabajo, capacitación, actividades culturales, estudios, talleres de temas de interés para los jóvenes

Centro Toxicológico: Para los procesos de desintoxicación que se requieran con la población de calle siendo acompañados por el equipo de TBC.

Asesoría Legal: Existe la necesidad de contactar con instancias que puedan ofrecer sus servicios de forma gratuita, dirigidos hacia la población de calle que se encuentran en proceso, tienen procesos legales pendientes, etc.

Comisión Nacional de Derechos Humanos: talleres de formación para educadores de calle, talleres para la población de calle.

INEA: Necesidad de cerrar ciclos escolares o continuar con la educación en la modalidad del Sistema Abierto (secundaria) y Preparatoria abierta

Centros de Salud: servicio de emergencias, seguimiento médico y tratamiento a enfermedades diversas, acompañamiento del equipo de TBC.

Servicio de Cama (albergues)

¹⁰⁷ Álvaro Obregón

Intervención de sensibilización en el interior de la red de sobrevivencia (de calle: punto de encuentro y comerciantes)

Conocer la estructura sociodinámica de la red sociolaboral, de los diferentes puntos de encuentro y de pernocta.

Ahora bien, aquí se presenta de manera Sintética el trabajo realizado por la trabajadora social y el sociólogo, en las comunidades de los Centros “Matlapa”:

I. En el Centro Matlapa Observatorio

Delegación Álvaro Obregón

Se identifica y contacta a la gente de los puntos de encuentro y de pernocta: ¹⁰⁸ “La fuente” Metro Observatorio, Metro barranca del muerto. Se llevan a cabo recorridos en calle, se establece el vínculo con el anexo. “Una Luz en la montaña” se busca el servicio de cama para la población de calle que acceda a tratamiento. Se revisa la estructura sociodinámica del grupo de calle: quienes son, cuales son sus roles, parentescos, ocupación, consumo, actividades, relaciones, contactos, familia (tipos) y redes subjetivas. Se favorece el vínculo con comerciantes y con las Redes locales-Delegacionales.

II. En el Centro Matlapa Morelos

Delegación: Venustiano Carranza

Puntos de encuentro: Av. circunvalación esquina con congreso de la unión, Hortelanos y Congreso de la Unión, Herreros y Congreso de la Unión, Nacozari y Congreso de la Unión, San Antonio Tomatlán con Congreso de la Unión. Se participa en el performance que desarrolla el grupo de pacientes (rehabilitación) de la CTF de HIJ: es una actividad lúdica cultural en este caso colaboran las practicantes de trabajo social de noveno semestre quienes organizan el performance desde la elaboración del guión, la escenografía, la convocatoria y establecen el contacto con la UNAM para la fiesta de día de muertos.

III. En el Centro Matlapa Iztapalapa

Delegación: Iztapalapa

¹⁰⁸ *Punto de encuentro*: Se reúne grupo de pares a socializar, consumir, comer, platicar, no es exclusivo de la población de calle participa gente de la comunidad y de otras. *Punto de pernocta*: Sitio exclusivo de grupo de pares, con una dinámica social específica, líder, hay consumo de sustancias. Lugar referente de pertenencia.

Puntos de encuentro: Cruce de avenidas principales. Puntos de pernocta Coches abandonados, Las cuevas.¹⁰⁹

Se busca servicio de salud y neurología para el caso de un joven con síntomas de pérdida de memoria a corto plazo, es necesario hacer una valoración, es una acción de reducción del daño. Es importante su estado de salud, psicológico y neurológico. Se busca servicio de cama en Delegación Iztapalapa (albergue) Se explora la red sociolaboral de un caso en la fase de recepción, Se brinda Acompañamiento médico y de intervención con la red comunitaria, para el mismo caso se Organiza una caja de ahorro con 10 pesos diarios para el beneficio de un joven en tratamiento.

IV. En el Centro Matlapa Escandón

Delegación: Miguel Hidalgo

Puntos de encuentro: Metro normal, Galerías, Metro BARRANCA del muerto y Casa de Mamá Rosa [persona de la comunidad que adopta jóvenes y niños en situación de calle, lo lleva a vivir a su casa]

Se contacto con las redes sociales de la población de calle, con esta población se Identifican demandas de tratamiento Se revisa de la Propuesta de instrumento de diagnóstico para los niños y niñas, adolescentes y jóvenes en situación de calle, basado en los resultados de trabajo elaborados en el Seminario Intermatlapa.

V. En el Centro Matlapa Guerrero

Delegación: Cuauhtémoc

Identificación de cuatro puntos de encuentro ubicados hasta el momento en la colonia Guerrero; Plaza "Mural de la Reconstrucción", Eje Guerrero y Eje 1(en su mayoría son jóvenes y familias de trabajadores), Metro Guerrero y Hotel Moctezuma, Glorieta de San Martín

Acercamiento general a la comunidad, iniciar etapa diagnóstica. Coordinación institucional de la zona con Reintegra Guerrero, Centros Matlapa que convergen su trabajo en el Centro Histórico, Delegación Cuauhtémoc y Venustiano Carranza y la Secretaria de Seguridad Pública.

Pasemos ahora a la forma en la que se coordinaron las actividades entre los equipos de las diferentes instituciones participantes.

¹⁰⁹ Las cuevas, es un territorio abandonado, donde literalmente son excavaciones y cuevas en donde vive población de calle, inclusive niños muy pequeños. Existen relatos de padres que van a trabajar a los cruces o "payasean" los niños no van a la escuela, sólo socializan entre sí,

5.2.3 Coordinación Interinstitucional

El desarrollo del proyecto de Tratamiento de Base Comunitaria, en el contexto del Proyecto “Matlapa”, se basa esencialmente en la vinculación interinstitucional e intersectorial de los diversos actores sociales. La idea del proyecto de TBC, tiene una particular lógica pues no se trata de un equipo estático puesto en la infraestructura de la Comunidad Terapéutica de Fármacodependientes, sino de un equipo itinerante, especializado en el Tratamiento de las adicciones, que se desplaza por las instalaciones y los contextos comunitarios de los Centros “Matlapa”, partiendo de la hipótesis del arraigo comunitario y de los vínculos y/o relaciones que se han construido entre sí (los educadores de calle, los niños, niñas y jóvenes en situación de calle) en los contextos específicos.

En este sentido, se trata de constituir una misma lógica en los procesos de intervención para que promuevan la inclusión y reinserción socio-familiar y comunitaria de los destinatarios, así como la promoción social; a través de acciones como; la atención y seguimiento médico, la canalización a centros especializados de diversa índole, la prestación de servicios, pero sobre todo en la aplicación del proceso de atención para reducir los daños generados por el consumo de sustancias.

La modalidad de Reuniones Interequipos

La modalidad del trabajo interequipos representa el espacio operativo de trabajo en red. Para lograr ***el trabajo en red, es necesario construir un proceso de identidad, es decir, proponer un lenguaje en común y apuntar hacia la definición de espacios de diálogo y programación de líneas de acción*** con cada Centro Matlapa desde su particularidad; en cuanto a sus metodologías, servicios y atención hacia la población en situación de calle. Las reuniones interequipos tienen como finalidad el acercamiento con los centros “Matlapa” para la construcción de líneas de acción conjuntas para diseñar estrategias operativas de tratamiento.

El trabajo interequipos se basa en el ahorro de recursos, el trabajo en red, buscando favorecer el desencadenamiento de sinergias necesarias para lograr los objetivos generales del proyecto “Matlapa”. De esta forma, la serie de encuentros intermatlapa favorecen el conocimiento institucional, abriendo brecha al trabajo en conjunto, desde las especialidades y experiencias de cada una de las organizaciones. Las reuniones interequipos con los Centros “Matlapa” se desarrollan en diferentes etapas; **a)** La presentación de las instituciones y proyectos, **b)** Aplicación de instrumentos de diagnóstico, **c)** establecimiento

de acuerdos en la operación **d)** Conocimiento de los programas operativos, **e)** Reflexión de la situación de calle y del fenómeno de la fármacodependencia así como de los modelos de intervención, **f)** Detección de casos, **g)** Se toman los acuerdos acerca de las tareas que a cada quién conciernen, es decir en cuanto al seguimiento, escucha y contención, acompañamiento durante el proceso **h)** Seguimiento de casos y estado grupal e institucional.

Con respecto al trabajo interequipos, la trabajadora social convoca y conduce las reuniones interequipos, brinda elementos para la realización del diagnóstico comunitario (el cual es función de los educadores de calle por tener el vínculo relacional y cercanía territorial), colabora en la construcción de convenios institucionales en la delimitación de las tareas para cada equipo (Tratamiento de Base Comunitaria- Educadores de Calle de Centros Matlapa), da seguimiento de casos y paralelamente, sugiere indicaciones operativas, colabora también en los análisis de caso y en el proceso de Formación para los educadores de calle y finalmente acompaña junto con el equipo de Tratamiento de Base Comunitaria la supervisión en los programas de actividades diarias de los Centros “Matlapa”.

Es preciso señalar que la mayor parte del trabajo se realizó con dos Centros de promoción para la infancia; Centro Matlapa “Observatorio”, la coordinadora es la Trabajadora social, y para el Centro Matlapa “Morelos”, el coordinador es el sociólogo, aquí se funge como el referente principal interinstitucional, pero cabe señalar que acciones como los seminarios formativos, recorridos en calle, se desarrollan de forma conjunta [coordinador operativo y equipo Tratamiento Base Comunitaria, operadores de reinserción social y reducción del daño], debido a la falta de recursos humanos institucionales.

Cuadro 12: Líneas Generales del Trabajo Institucional

Líneas Generales del trabajo interinstitucional	
Información y Construcción del Vínculo entre el equipo operativo de TBC y los Centros “Matlapa”	Presentación de proyectos y programas Visión Métodos Propuestas de Tratamiento
Diagnóstico	Elaboración de instrumentos Aplicación y presentación de resultados
Supervisión y Formación a las y los educadores de calle.	Sensibilización hacia el fenómeno Reflexión del quehacer profesional Espacios de formación: vía seminarios
Conducción de procesos de Tratamiento	Gestión de casos: seguimiento, instrumentación, análisis de caso, coloquios, definición de roles y funciones Construcción de programas de Tratamiento

1. Centro Matlapa Observatorio

Se expone la nueva modalidad del proyecto de Hogar Integral de Juventud (Tratamiento de Base Comunitaria): equipo itinerante especializado en el fenómeno de las fármacodependencias) desde las localidades de los Centros “Matlapa”, se plantea la situación presupuestal por parte de INDESOL, Existe resistencia hacia la nueva propuesta de tratamiento no institucionalizado, ya que según los directivos de los Centros “Matlapa”, esta modalidad, implica más trabajo, más recursos, más capacitación, sin embargo, se trabaja a partir de los programas de actividades del mismo centro. A pesar del escepticismo se conviene iniciar el trabajo.

2. Centro Matlapa Morelos

Se inicia a partir del seminario intermatlapa en donde se revisan los instrumentos de diagnóstico a aplicar, posteriormente se expone la nueva modalidad de tratamiento. Se da un intercambio de la información, acerca del diagnóstico, la detección de grupos de calle y los contactos realizados en la comunidad. Después se da una reestructuración institucional en Educación para el niño callejero (EDNICA), que interrumpe el trabajo interequipos. Finalmente, se planea operativamente recorridos de calle y presencia en el programa de actividades del Centro. Planeación para el programa de “medicina alternativa” y de la “elaboración de composta”.

3. Centro Matlapa Escandón

Se hace la revisión de la propuesta de instrumentos de diagnóstico para la población de calle basado en los resultados del seminario intermatlapa. Hay un primer acercamiento a la coordinación de las tareas para la fase de recepción. Tienen interés en la formación de terapias de red, igualmente que la población de calle pueda acudir. Finalmente no se logra convenir el trabajo en conjunto debido a la falta de acuerdos para realizar los procesos de tratamiento, ya que Matlapa Escandón (Fundación Ama la Vida) es también una comunidad Terapéutica, pero que tiene una visión diferente a la de Hogar Integral de Juventud, con respecto a la operatividad del tratamiento de base comunitaria. Sin embargo, en cuanto a las terapias de red, si participan operadores sociales de la Fundación Ama la Vida y pacientes en modalidad residencial.

4. Centro Matlapa Iztapalapa

Se presentan los proyectos de ambas instituciones. Las primeras líneas estratégicas que se plantean a partir de un diagnóstico, en las que se identifican diferentes recursos y espacios para

llevar a cabo el proyecto. Por otro lado comenzó a plantear el trabajo con las redes sociales de la comunidad y la presencia del Equipo del Centro “Matlapa” en los seminarios formativos.

5. Centro Matlapa Guerrero:

Se expone la modalidad de Tratamiento de Base Comunitaria y revisión de instrumentos de diagnóstico para la caso y comunidad real local. Asimismo se desarrollan análisis de los casos y se sugieren indicaciones operativas para la conducción de casos y grupos de calle, principalmente en cuanto al establecimiento de normas y límites.

6. Centro Matlapa Centro histórico

Los ejes de trabajo se basan en la participación de los educadores de calle en los espacios de Terapias e intervenciones de red, seminarios de formación análisis de caso y reducción del daño, así como espacios de asesoría en la conducción de casos con demanda de tratamiento. Presencias en Seminario de análisis de la información, de la sistematización y evaluación para la asesoría metodológica externa así como asesoría para la construcción de la intervención con los resultados de la evaluación del Matlapa Centro Histórico.

Con relación a las demás instituciones de referencia del proyecto Matlapa no se desarrolla más trabajo por distintas y particulares situaciones, sin embargo se lleva a cabo también la presentación de la propuesta de tratamiento a cada uno de los Centros y otros encuentros, en el intento de la colaboración pero se tienen intereses, métodos y concepciones que no permitieron la vinculación y el trabajo en conjunto.

5.2.4 Espacios de Formación: Seminarios de “Análisis de Caso” y “Reducción del Daño.”

A partir de los contactos establecidos en la primera etapa del proyecto, surge un mayor interés por parte de las Instituciones de los Centros Matlapa por continuar la relación interinstitucional para el tratamiento de las adicciones de la población en situación de calle. Es así como en el desarrollo de los encuentros con los CM se vierte una serie de **demandas** hacia el proyecto de TBC, que van desde lo operativo; **manejo de instrumentos, seguimiento de casos y modificaciones a los programas de actividades y la conducción de los espacios**, entre otros. Debido a la **falta de recursos humanos de TBC**, surge la necesidad de iniciar análisis

de casos, no con una institución, sino de convocar a todos los CM con el objetivo de reflexionar acerca del quehacer profesional, compartiendo experiencias, instrumentos, metodologías, etc.

Operativamente se busca la mejor forma de **optimización de los recursos existentes**; se utiliza la infraestructura de la CTF: para llevar a cabo los seminarios, eso juega un papel importante porque los equipos conocer de cerca –en- la CTF, es decir, “set” y “setting”¹¹⁰. Lo cual favorece la construcción del vínculo y la visibilidad del trabajo que realiza HIJ en cuanto a las adicciones en las modalidades residencial, semiresidencial o ambulatoria.

La convocatoria para la participación en los seminarios del proyecto TBC se hace alrededor de actores de la red de Hogar Integral de Juventud, de la red Matlapa, y de otras instituciones de carácter educativo como la Universidad Pedagógica Nacional (UPN), Universidad Nacional Autónoma de México: Escuela Nacional de Trabajo Social; grupo de práctica de especialización y de servicio social, voluntariado. También se tiene presencia por el colectivo “Biblioteca Cannábica” y del Proyecto “La Carpa”

Es importante dejar en claro, el tipo de seminario al que se hace referencia aquí “Es una forma de trabajo colectivo que tiene un carácter informativo y formativo, ya que se pretende que cada participante exponga en torno a un tema seleccionado sus conocimientos y experiencias en torno al mismo. Las características del seminario son la actividad, la participación y la elaboración de documentos. Por otro lado, la finalidad es compartir conocimientos, la reflexión profunda del tema o problemática seleccionada para así llegar a modificar si es necesario el quehacer profesional”.¹¹¹

A continuación, se presenta una serie de cuadros con las temáticas principales de los espacios de construcción del conocimiento, ya que se considera sumamente importante, la voz de las profundas miradas hacia el trabajo propio y de los demás, lo que han implementado las instituciones como respuestas hacia el fenómeno de las adicciones en contextos de calle. De esta manera se presentan las frases recurrentes (interrogantes, afirmaciones) en relación con la experiencia en la práctica social.

Los ejes temáticos

- ✓ **Trabajo interequipos**
 - Metodologías
 - Innovación en la intervención
 - Uso común de los instrumentos

¹¹⁰ Conceptos descritos en el apartado 4.3.1.1 del cambio de Paradigma “Tratamiento de Base Comunitaria”

¹¹¹ Hogar Integral de juventud, Bitácoras de área: TBC; 2004

- Relación con la población de calle
- ✓ **Análisis de Caso**
 - Reflexión sobre el método: el acompañamiento y seguimiento de los casos
 - Trabajo interequipes: construcción de un lenguaje en común
 - Instrumentación
- ✓ **Representación social**
 - De los educadores de calle hacia la población de calle
 - De la población de calle hacia los educadores de calle
 - Población de calle hacia sí mismos (representación simbólica)
 - Educadores de calle hacia sí mismos (representación simbólica)
 - Estigma en la población de calle, mimetización de los educadores de calle
 - La representación del fenómeno es la forma de intervenir con la población: tradición de Chilchachoma y Grupo de AA principalmente.
- ✓ **Lo que hemos producido**
 - Estigmatización
 - Cronificación
 - Institucionalización
 - Isomorfismo
 - La delega del Estado a las OSC para asistir a la población en pobreza extrema y en condiciones vulnerables.
 - Dar elementos de sobrevivencia, satisfaciendo sus necesidades básicas
- ✓ **Reducción del daño**
 - Puntos de discusión: Considerando el consumo de sustancias como parte del estilo de vida en calle, la sustancia como recurso de contención y sobrevivencia. Aquí se presentan dos posturas antagónicas: por un lado, la reducción del daño como una alternativa para mejorar su calidad de vida y por otro lado, la reducción del daño como acción permisible ante el consumo de sustancias; entonces la propuesta es: la búsqueda de la erradicación del consumo.

Finalmente, se desarrollaron cuatro sesiones de seminario de análisis de caso, una sesión de seminario de Reducción del daño y seis sesiones de seminario de manejo de

instrumentos desde el Modelo ECO2, asimismo pasemos a la formación desde los programas de los Centros “Matlapa”.

5.2.4.1 Supervisión en el programa de actividades en Centros de día “Matlapa” Observatorio

La responsabilidad de Trabajo Social en el campo de las instituciones es de gran magnitud, dado el vínculo población-demanda-servicio-institución, por lo que evitar el espontaneísmo o el activismo resulta esencial, para el logro de sus objetivos, la ejecución de las acciones debe estar orientada no sólo a partir de los instrumentos programáticos, sino también por procesos flexibles que permitan detectar y enfrentarse a hechos y situaciones imprevistas, dando las respuestas oportunas. “La supervisión es un elemento de gestión importante para retroalimentar el proceso del conocimiento de los fenómenos sociales sobre los que se interviene para evaluar o corregir, en su caso con base a alternativas al respecto.”¹¹²

De esta manera la supervisión adquiere importancia central para la programación, ejecución, control y seguimiento de la operatividad.

La finalidad de que el equipo de Tratamiento de Base Comunitaria estuviera presente en la vida cotidiana de los centros de día surge a partir de una demanda de **supervisión de las actividades esencialmente en lo que toca a la relación entre los y las educadores de calle y la población destinataria**, ya que presentan falta de organización, autoridad, establecimiento de límites y roles difusos entre los participantes. Así que se plantea, por un lado, el propósito fue brindar a los educadores de calle elementos de encuadre y de manejo de grupo para el fortalecimiento de su intervención, y, por otro lado, estratégicamente hablando, que esta acción permitiera el encuentro del equipo de (TBC), con los actores inmediatos de la comunidad real local y la población en situación de calle.

Ahora bien, dicho programa de actividades del Centro “Matlapa” observatorio, es dirigido a la población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle; se trata de un programa de servicios y actividades de la vida cotidiana tales como: desayuno, limpieza, organización de los espacios físicos, talleres, cursos de computación, terapias, lavado de ropa y del inmueble, entre otros.

¹¹² Arteaga Basurto, Carlos, *Manual básico de Supervisión para trabajadores sociales de áreas institucionales*, UNAM-ENTS, 1991.

El proceso de supervisión fue participativo, se proporcionaron oportunidades pertinentes para la reflexión de la acción de manera que retroalimentara sus acciones, lo que trajo como resultados mejorar la calidad del trabajo, tomar conciencia de la relación generada entre los educadores de calle y la población destinataria (con características de dependencia y manipulación y la imposibilidad de marcar límites o normas). También de estimula la creatividad profesional y se orienta a encontrar soluciones a las problemáticas.

Las diferentes modalidades de supervisión con los educadores de calle y población de calle:

- I. En la Observación externa de la dinámica entre educadores de calle y población de calle: Cuando educadores de calle conducen los espacios dentro del programa de actividades y servicios en donde posteriormente se hacen sugerencias operativas y se comparten las observaciones.
- II. En la Co-conducción en el programa de actividades: Se planea previamente principalmente en coloquios y trabajo grupal.
- III. En la a Conducción de espacios y actividades grupales: El equipo de TBC conduce los espacios, mientras que el equipo de educadores se presenta con un rol de observador participante, dejando claramente para la población de calle, la conducción a TBC.

Cuadro 13: *Ejes de formación con los educadores de calle de los Centros Matlapa*¹¹³

<ol style="list-style-type: none">1. Elaboración de líneas de investigación para el diagnóstico Instrumentación [en la mayoría de los casos, se encuentra en la memoria de los educadores, La información es aislada y no es la misma que tiene todo el equipo]2. Manejo de entrevistas o coloquios3. Se nombran referentes de caso para dar seguimiento a las estrategias, contención y escucha al Paciente.4. Elaboración de la demanda5. Establecimiento del encuadre
--

¹¹³ Elaboración Propia para el trabajo de Sistematización

El proceso de supervisión fue dinámico y permanente estuvo constituido por una serie de hechos relacionados que implicados en una realidad en continuo proveen un *espíritu crítico* para comprender cada momento de la intervención social y su significado real.

5.2.5 Procesos de Tratamiento de Fármacodependencia con la población de jóvenes en “situación de calle”.

El proceso de tratamiento se realiza **desde las localidades y las sedes de los centros Matlapa**. Los primeros contactos se realizan en la localidad o en la misma sede. Los primeros coloquios los en donde el objetivo es conocer mas acerca de las personas involucradas previamente con los CM. **Los lugares de intervención** son los puntos de encuentro, las localidades y la sede de los CM. Las modalidades de intervención son: ambulatoria, semiresidencial y residencial. En el pasaje de tratamiento se realizan actividades **terapéuticas, retributivas, de salud sumadas al programa de actividades y servicios de los CM** desde su organización, identidad y lógica. En el desarrollo del trabajo, el tratamiento no termina con un anexo o un encarcelamiento, sino que son vistos como parte del mismo proceso.

Paralelamente se plantea intervenir con las familias, pues aún alejadas físicamente de la población continúa siendo parte de su red subjetiva, decidir en que momento del tratamiento se incide ya que puede ser una alternativa para el *regreso* en la última etapa del tratamiento.¹¹⁴

Características generales de los destinatarios finales

- Personas / Individuos/ Grupos / con problemáticas de fármacodependencia y situaciones críticas asociadas.
- Grupos vulnerables en condiciones de pobreza extrema, exclusión social y marginación, población en calle o en riesgo de calle.
- Las redes sociofamiliares, actores sociales e Instituciones de las comunidades reales locales en las que se plantea dicha intervención.
- La mayoría de la población fluctúa en el rango de edad de los 15 a los 44 años, en segundo lugar se encuentra el rango de edad de 14 a 30 años, después el rango de edad de los 45 a los 60 años y los niños y niñas de 0 a 5 años. El 40 % de la población es de sexo femenino, mientras que el 60% es de sexo masculino.

¹¹⁴ Ver capítulo II en el apartado (2.4) de este documento.

5.2. 5.1 Atención a primeros contactos y primeros coloquios

El Tratamiento demandado de la población de calle vía las Instancias de Referencia o Centros Matlapa atraviesa un proceso previo (**ETAPA DIAGNÓSTICA-Recepción**) lo que implica la construcción de un diagnóstico individual, sociofamiliar y de Red, análisis de Caso y Construcción de estrategias. Esto es el inicio del Tratamiento de Base Comunitaria, es necesario tomar en cuenta, que se empieza a hablar de un caso, cuando un acontecimiento se da **en el contexto de una relación de ayuda entre el profesional y una persona, grupo, organización /institución y/o en la comunidad**. La definición de esta relación depende del encuadre; marco o set de referencia profesional al que el profesional representa.¹¹⁵

En los primeros coloquios se busca; la toma de decisiones con respecto a la oportunidad de un tratamiento o de una orientación hacia otras agencias de servicio, establecer un diagnóstico individual, familiar y de red, cambio en la representación social de la fármacodependencia, la determinación del contexto de rehabilitación y cura y la convocatoria a la red familiar en el proceso.

Las demandas Principales de los jóvenes en los puntos de intervención

- Trabajo
- Capacitación
- Recontacto con la familia propia y la familia de origen
- Tratamiento de adicciones
- Dinero
- Lugar de pernocta
- Recuperación de documentos personales oficiales
- Terapias
- Proceso de desintoxicación

Dichas demandas se presentan en forma indefinida para algunos es primordial tener trabajo para vivir mejor, mientras que para otros u otras el hecho de rehabilitarse, o simplemente dejar de consumir sustancias corresponde a un cambio de vida, que se traduce en mejoría. Más aún, existen otros casos, donde su prioridad y solución a su estilo de vida callejero, se encuentra

¹¹⁵ Lo que hace que un caso sea tal, es la **demanda** que le da cuerpo al caso en la clínica de la comunidad (Milanese E., La Construcción del caso). La tarea del operador social es **hacer surgir** la demanda. Las modalidades más conocidas para hacer surgir la demanda es **preguntar explícitamente** al otro “que es lo que se le ofrece, que es lo que pasa, la razón por la que hace el contacto. Preguntar con interés, atención y disponibilidad. Con la posibilidad de iniciar una alianza de trabajo en el mantenimiento y desarrollo de la relación de ayuda. Una demanda de ayuda no es una demanda de cambio necesariamente.

en la posibilidad de re-contactar a un familiar o persona significativa que pueda volverles la esperanza para modificar su situación, y finalmente hay quienes se han acostumbrado a vivir como viven y no les interesa cambiar.

Observaciones

En la puesta en marcha de la primera etapa del proceso de tratamiento, es decir, la recepción, se observa el manejo de la población en situación de calle con los educadores de calle, evitando en un primer momento la relación directa con el equipo de Hogar Integral, es decir, triangulando la relación en cuanto a la comunicación, demandas y actuaciones. Situaciones con las que se trabaja en la vida cotidiana, a partir de los espacios de contención grupales: ahí se verbaliza la problemática con los actores involucrados lo que lleva a la elaboración personal de los conflictos.

Durante los espacios grupales se vive la trasgresión del encuadre en los espacios individuales y grupales, confrontación y provocación hacia la resolución de los conflictos por la vía violenta, chantaje, abandono del centro por días y actuaciones de enojo. Sin embargo, debido a las condiciones de sobrevivencia en que vive la población, las ausencias también tienen que ver con cuestiones de trabajo, consumo, *contratos Express*¹¹⁶, operativos policíacos, detenciones; principalmente por consumo en vía pública, o trabajo *de franeleros* situación que se hace más visible cuando entra en vigor la Ley de Cultura Cívica del DF.

Durante las entrevistas o coloquios, se encuentran actitudes de culpabilidad o de indefensión conforme avanza la relación comienzan a tomar actitudes y comportamientos diferentes con respecto al equipo, la espera es un elemento importante no resolver de inmediato a las demandas, es necesario ir profundizando cada vez más en el diagnóstico para tener una primera fotografía de la persona y su entorno. Las acciones de reducción del daño también se presentan en esta fase diagnóstica, se van dando de manera paralela al proceso. En donde la población participe activamente¹¹⁷.

La gestión de los casos tiene que ver con: acompañamiento y seguimiento a procesos de desintoxicación, acompañamiento médico y seguimiento de enfermedades y embarazos en menos de edad, derivación y acompañamiento a capacitación, búsqueda de empleo, recontacto con la red familiar, espacios de elaboración familiar, recuperación de historia personal y familiar, sesiones de concientización y sensibilización grupales aunado a los servicios del programa de

¹¹⁶ Empresas de construcción que tienen vínculo con algún nodo del grupo de calle, quien informa cuando hay trabajo en la obra, De un momento a otro se trasladan a los lugares específicos, generalmente dentro del DF

¹¹⁷ De esta manera se tienen 11 casos activos

actividades de los Centros Matlapa. Posterior a los coloquios se tiene lugar a la fase formación de grupo como parte de la Recepción del tratamiento base Comunitaria.

5.2.5.2 Fase Formación de Grupo con la Población en Situación de Calle.

La Fase Formación de Grupo ha sido experimentada en la Comunidad Terapéutica Fármacodependientes en el área de Recepción de Hogar Integral de Juventud al igual que en otras comunidades Terapéuticas.

Para el caso del Proyecto de TBC, la trabajadora social plantea esta intervención social, en el Centro de Día del Centro Matlapa Observatorio¹¹⁸, esta iniciativa es dirigida a niñas, niños y jóvenes en situación de calle de la localidad, provenientes de los puntos: la estación Metro Observatorio: “La fuente” y de la estación del Metro Barranca “barranca”.

De manera particular, se diseñan los objetivos y programa de actividades para las **dos modalidades de la Fase Formación de Grupo [1. lúdica y 2. espacio de escucha]** tomando en cuenta las características de la población destinataria con previo conocimiento de los educadores de calle de Matlapa Observatorio, es decir, edad, sexo, personalidad, consumo de sustancias, vínculo con la institución, servicios que reciben del centro Matlapa y participación en el programa de actividades. Los objetivos que se establecen para la Fase Formación de Grupo, en ambas modalidades de intervención son:

- a) Realizar **primeros contactos** con la población de calle.
- b) **Construir el vínculo** con la población en situación de calle.
- c) Iniciar el **diagnóstico individual, familiar y de red**.
- d) **Proporcionar información** sobre las características del **Tratamiento** de HIJ.
- e) **Brindar elementos de reflexión y sensibilización** para la elaboración de la demanda de ayuda.

A través del trabajo a nivel grupal se busca tener un primer acercamiento a la dinámica relacional del grupo de calle:

- a) La **forma de relacionarse** con el otro u otra.
- b) Quienes son los que toman las decisiones (líder o líderes).

¹¹⁸ Infraestructura de la institución de referencia: San Felipe de Jesús en la Delegación Miguel Hidalgo

- c) Conocer las alianzas al interior.
- d) Conocer las **relaciones dependientes**.
- e) Identificar tipos de **violencia** ejercida en el grupo o cualquier tipo de coacción.
- f) Identificar las emociones que les produce el trabajo grupal.
- g) Conocer cómo viven la abstinencia de la sustancia.
- h) Analizar su relación con la **norma y regla**.

5.2.5.3 Fase Formación de Grupo “Lúdica”

Es el espacio grupal en el que se presenta el equipo de Tratamiento de Base Comunitaria con la población en situación de calle del contexto de intervención del Centro Matlapa Observatorio, se utiliza la infraestructura del Centro de día, quien convoca es el equipo de educadores de calle del mismo, la información que se maneja es acerca de una Institución especializada en fármacodependencia, que trabajarán en conjunto con el Matlapa, específicamente en lo que se refiere a las adicciones.

Objetivos específicos

Tener un acercamiento con la población de calle a través de un programa de actividades lúdicas en las cuales se pueda observar la viabilidad del trabajo en grupo, las relaciones a interior y el desarrollo de habilidades motoras y de resolución de problemas cognitivos, competencia entre otras.

Desarrollo de las actividades en la FFG

Presentación: Se brinda información del EO de TBC y HIJ así como el trabajo que se plantea con CM y del tratamiento.

Encuadre Tiempo: 45 minutos- Espacio: sede del Centro Matlapa

No consumo, no violencia, no alimentos, presencias: EO de HIJ conduce y EO de CM es observador.

Actividad1 Técnica de animación ¿quien soy?

Actividad2 Armando la nave

Cierre Reflexiones sentimientos

Apertura

Encuadre Tiempo: 45 minutos- Espacio: sede del Centro Matlapa

No consumo, no violencia, no alimentos, presencias: EO de HIJ conduce y EO de CM es observador.

Actividad1 Técnica de animación Animales y gustos

Actividad2 Rompecabezas en equipos

Cierre Reflexiones sentimientos

Apertura

Encuadre Tiempo: 45 minutos- Espacio: sede del Centro Matlapa

No consumo, no violencia, no alimentos, presencias: EO de HIJ conduce y EO de CM es observador.

Actividad 1 Técnica de animación Espejo

Actividad 2 Las tribus

Cierre Reflexiones sentimientos

Observaciones

Participó el grupo de población de calle de la “fuente” Metro Observatorio¹¹⁹. Presentan una fuerte dificultad con el encuadre de trabajo, al principio hay mucha resistencia, actuaciones de ataque y fuga, provocaciones y demandas particulares. En el transcurso comienzan a identificar las normas adaptándose a estas, pero sin incorporarlas. Es un importante primer contacto con la población a través del juego lo que minimiza un poco las resistencias lo cual no significa que no existan.

5.2.5.4 Fase Formación de Grupo como “Espacio de Escucha”

La Fase formación de grupo se considera como un espacio para la observación, el diagnóstico y la construcción del vínculo. El establecimiento de normas y reglas en dicho espacio y tiempo

¹¹⁹ Presencias en la Fase formación de Grupo Lúdica 12 total 4 muj y 8 hombres de 3 a 31 años

como una primera instancia de bajo umbral (condiciones mínimas de seguridad) No consumo, no violencia, no portar armas. Se pone énfasis en la diferenciación de los roles en la relación de ayuda: la del educador/ operador de calle en el sentido de una relación terapéutica con la población de calle.

Elementos metodológicos

El diagnóstico participativo como forma de investigación participativa. Esta herramienta metodológica de la investigación busca otorgar el poder a las personas para que asuman acciones eficaces orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida. La investigación participativa sostiene que el conocimiento obtenido debe convertirse en un elemento crucial que permita a la gente capacitarse y tener la posibilidad de decidir como le gustaría que fuera su mundo y cómo dirigirlo. Entonces los operadores – educadores de calle representan el papel de un facilitador, observador y mediador del proceso.

Técnicas e instrumentos utilizados:

- La observación participante
- Planeación estratégica
- No inhibir la vida cotidiana de los participantes, sino que con ello se trabaja.
- Registro de la información

Así en esta etapa de construcción del vínculo – Diagnóstico, se busca entonces Conocer y analizar la situación actual del grupo de calle a fin de sistematizar el conocimiento obtenido e implementar líneas de acción para el mejoramiento de la calidad de vida de la población destinataria. Así como de propiciar en las personas la capacidad de modificar conductas de riesgo y daño, sin buscar como fin último el desarraigo de calle ni la abstinencia de sustancias psicoactivas. Promover en los jóvenes la observación y reflexión sobre su vida como punto de partida para identificar de manera conjunta sus problemáticas o carencias en el contexto en el que viven actualmente.

La trabajadora social favorece la participación y moderación del uso del tiempo y la palabra, debe ser sensible al estado anímico del grupo y al finalizar reformular el material elaborativo abordado, es fundamental para ello contar con el espacio adecuado en disposición de círculo para el desarrollo del trabajo grupal.

En el ámbito de las representaciones sociales; la intención es reconocer las representaciones colectivas de la población en situación de calle, acerca del estilo de vida

callejero, finalmente constituye definirse así mismos. Además de reflexionar sobre su rol en la comunidad y en particular del consumo de sustancias psicoactivas. Cabe señalar que se dirige y preserva el encuadre de la relación de ayuda basada en la escucha.

Frases Recurrentes en las sesiones grupales¹²⁰

Centros Matlapa

“Los educadores de calle nos dicen una cosa y hacen otra cosa”

“yo vengo al centro, me salgo de mi casa porque me tratan mal, me gritan y aquí vengo a encontrar lo mismo, entonces para que vengo”

Demandas

“ayúdame a hacer flores”

“A veces me duele mi dedo, un perro me lo mordió y a veces me duele el nervio”

“No he querido desayunar, no tengo hambre le pusieron cebolla al huevo, no voy a comer”
[adolescente embarazada] “no puedo hacer nada, tengo 2 meses de embarazo y quiero tener a mi hijo.” “Quiero tener a mi hijo” se le sugiere un espacio individual para platicar de esto, acepta.]

Consumo

Se explora en cuanto a la representación que tienen de la fármacodependencia. si es una enfermedad o no, a lo que ellos responden que no pero antes se muestran dudosos, y dicen que el cuerpo se los pide, aunque también se les menciona que la sustancia no es el problema sino la forma de relacionarse con la misma; en donde la vida gira alrededor de la sustancia (dependencia): consumo, síndrome de abstinencia para después volver a consumir.

Hablan respecto al ciclo de consumo; por ejemplo: primero consume, pero después se siente mal y que eso no le gusta, también le duele gastar su dinero en la sustancia y que puede emplear el dinero en algo diferente. En un ciclo de un mes o de 20 días se abstiene pero vuelve a consumir y se desespera mucho, en estos casos los hermanos le representan un apoyo. Experiencias terapéuticas anteriores: Anexos, granjas y casas de medio camino constantes experiencias violentas “Yo soy de Oaxaca me gustan las artesanías, mi familia vive allá también pero todos están separados. Estuve en el reclusorio. Yo consumo piedra, mota y hasta un poco de activo. No tengo hijos, me gusta hacer deporte”.

¹²⁰ Presencias en la Fase Formación de Grupo Escucha: 9 participantes; 5 mujeres y 4 hombres de 17 a 31 años de edad

“A mí me gusta ayudar a la gente, no me gusta que se pasen de lanza conmigo. Consumo marihuana, para que lo niego. Mi familia es del Estado de México”.

“Estuve en el reclusorio no quiero comentar el motivo, no quiero volver a caer. Con la banda cotorreo, pero consumo marihuana sola o con ellos, cuando me siento mal, sola consumo” Aurora.

“He estado en anexos, pero en una ocasión los del anexo trataron de golpear a un compañero de calle, al que se refiere como hermano, pero sólo porque vive en el punto de calle; también menciona que no le gusta que se manchen con su jefecita, se confronta con los que le querían pegar cuando niño, a los dos los encadenan enfrente de la asamblea y su padrino le comienza a recordar a su jefecita y por ese motivo se traslada a otro anexo que esta cerca de Toluca. Aquí la paso bien y que con su padrino veía películas y que se llevaba bien con él.”

Situación de Calle

“Hace 2 años que salí a la calle, mi familia vive en Atlacomulco, Estado de México. En mi familia se pelean a toda hora. En la calle he aprendido a pelearme a golpes y palabras a defenderme, se aprende mucho en calle.”

“He estado trabajando en descascarar nueces, eso me sirve de terapia, me hace pensar como solucionar mis problemas, me gustaría acercarme más a mi familia”

“Quiero acercarme a mi familia, por el consumo y que soy de calle, no me hablan bien”

“que nos van a regalar, si nada más vamos a hablar yo me voy”.

Se refieren a como han cambiado las cosas en relación, con los “mugrosos” (un grupo de comerciantes)- menciona una joven “*son igual que nosotros, adictos y ladrones*”. Cuando eran más chicos se aprovechaban de ellos, robándoles cosas de valor como pulseras e incluso sustancias. Los relatos sobre estos sucesos corren a cargo de uno de los líderes del grupo, quien toma el rol de protagonista, ya que sólo habla él y no incluye a sus compañeros. Mencionan actualmente *los mugrosos* se portan bien con ellos que incluso les prestan dinero y proporcionan ayuda para facilitarles otras cosas, las cosas han cambiado, pues ya no nos dejamos de ellos, ya estamos al parejo.

Observaciones

El grupo habla inmediatamente del consumo de sustancias, como evidenciando su problemática pero sin hacer ninguna demanda en particular sólo describiendo sus experiencias incluso bromeando en un intento de fuga. Se brinda información del tratamiento en sus distintas

modalidades subrayando no es un anexo ni la búsqueda del encierro, no obstante les resulta nuevo el hecho de entrar a un tratamiento desde su contexto. Hablar de la fármacodependencia resulta un poco amenazante, pues hay una situación de negación ante la problemática e incluso de una respuesta punitiva por parte del equipo que conduce las sesiones.

Situación inicial: El grupo mostró resistencia para participar, se muestran inquietos y a la expectativa, algunos esperando *algo* a cambio de su presencia ante la negativa hacen actuaciones, a lo que se responde sin titubear dejando que decidan estar o no en el espacio, lo cual hace que más de uno se incorpore y otros más decidan irse.

Situación final: Se mostraron un poco más participativos, hablando más de sí mismos.

Reflexiones

Es necesario construir el espacio en el cual puedan hablar realmente de su situación personal, y no sólo hablarla, que implica la escucha, reflexión y conciencia de sí mismos que es un elemento importante. Pero también que sea un espacio de referencia en la construcción de acciones que les permitan mejorar su calidad de vida. Inclusive los y las jóvenes hacen algunas demandas algunas y no todas ellas están relacionadas con la abstinencia de sustancias. Sino con el trabajo, capacitación, educación, apoyo psicológico (no formal), acompañamientos y seguimiento, es decir no abandono de los procesos.

5.2.5.5 Intervención con la Red Familiar y la Red Subjetiva

El acompañamiento familiar tiene como objetivo, la posibilidad de vivir encuentros de cercanía y convivencia, de experimentar un proceso que favorece la calidad en las relaciones. No se trata de custodiar o vigilar, puesto que tanto los jóvenes como la familia se encuentran viviendo un proceso de diagnóstico. En la intervención familiar se tienen dos situaciones específicas con respecto a la población en situación de calle:

1. Las familias se encuentran en diversos estados de la República Mexicana
2. Viven en el Distrito Federal

Además, hay jóvenes que han perdido por completo el contacto con la familia, sin embargo un alto porcentaje continúa teniendo información y datos para contactarlas, vecinos, amigos, lugares de referencia. Incluso algunos acuden al punto de encuentro, cuando la familia

necesita de ellos (dinero, chantaje o sucesos relevantes). Con este panorama, las familias de los casos en tratamiento son convocadas, vía telefónica o personalmente por educadores de calle del CM, así se cita a las entrevistas o coloquios familias informando la situación de la persona que demanda tratamiento.

En otros casos se establece contacto vía telefónica, o se le brinda escucha y acompañamiento cuando la persona quiere comunicarse con su familia en donde presentan fuertes sentimientos de frustración, miedo, ira y tristeza. Entonces el acompañamiento y escucha resultan elementales.

A través de los recorridos en calle de las distintas localidades de los Centros Matlapa, se contacta a la red subjetiva de la población que inicia en la primera fase de tratamiento (la recepción). A través de los coloquios individuales de trabaja junto con la población de calle: el genograma y se hace un ejercicio de red egocéntrica y sociograma, a partir de esto se logra conocer su red y quienes puedan ser posibles recursos en el proceso de tratamiento. Las intervenciones directas con la familia en la sede de los Matlapa:

Cuadro 14: *Contacto con la Red familiar*

Centro Matlapa	Coloquios Familiares
Centro Matlapa Observatorio	6
Centro Matlapa Morelos	3

La búsqueda de la red familia y subjetiva de las y los jóvenes presupone algunas características generales, pues la mayoría continúa ligado a su red social originaria; la familia propia, la familia de origen, los *paisanos*, etc. Y éstos [su red] responde ante el llamado de los que tienen “el problema” sin embargo al convocarlos a los procesos de tratamiento pareciera ser que pesa mucho más el “estigma” y “marginación” del que se encuentran cargados los jóvenes en situación de calle, y no se comprometen, terminan abandonando los procesos y nuevamente a los *callejeros*.

5.2.5.6 Acciones de Reducción del daño.

La reducción del daño innova en cuanto a la forma de abordar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, puesto que esta actividad deja de ser vista como un problema de salud individual, y deviene, en consecuencia, en un tema concerniente al grueso de la colectividad.

Esta innovación coadyuva a la modificación de la representación que se tiene tanto de los usuarios de drogas, como de las consumo de fármacos. Se comienza a perfilar una percepción social más compleja con respecto a los consumidores de sustancias psicoactivas. Esto, en el sentido de que se favorece la distinción entre, por ejemplo, consumidores ocasionales, sociales (consumo recreativo), experimentadores, abusadores y fármacodependientes.

Aunque en el Tratamiento de Base comunitaria, estamos hablando de una modalidad de “Bajo umbral en el contexto de las acciones de reducción del daño relacionado con el uso de sustancias, se construye un “set” de reglas y normas explícitas que integran la labor de la orientación y *counseling*. La construcción de estos escenarios de seguridad sirven de mediación constante por un lado, para las personas que utilizan los Centros de referencia “Matlapa” o los puntos de encuentro, y por otro lado, para los actores comunitarios, los líderes de opinión y demás actores de la comunidad. Una de las características de las estructuras de bajo umbral es que son transitorias e indefinidas. Esto significa que para cada servicio y cada acción se tiene planteada una finalidad: el mejoramiento de las condiciones de las personas (entonces también de la rehabilitación y la reinserción social si esta es alcanzable) y no la persistencia de las acciones sin lógica y sentido.

Las acciones de reducción del daño en las que se incidió fueron perfiladas a la salud, por lo cual se definen de la siguiente manera:

- **Ayuda Crítica**

1. Primeros contactos
2. Escucha en calle o en sede del CM
3. Vinculación o recontacto con la familia de origen o familia propia
4. Espacios psicoterapéuticos de elaboración de conflictos y problemáticas
5. Trabajo grupal: espacios de bajo umbral donde se experimenta una relación diferenciada al estilo de vida callejero.

- **Reinserción Sociolaboral**

1. Derivación y acompañamiento a la Comuna de la Delegación Álvaro Obregón
2. Adquisición de habilidades, destrezas y capacidades.
3. Trámite y/o recuperación de documentos personales.

- **Salud**

1. Acompañamiento y seguimiento de desintoxicación
2. Acompañamientos médicos
3. Prevención VIH
4. Reducción del consumo de sustancias (p. ej. 2 latas al mes-1/4 de lata al mes)
5. Cambio de sustancia de consumo (p. ej. Activo- alcohol, cocaína-activo)

- **Inclusión a los programas de actividades de los Centros Matlapa**

En el contexto de Calle

1. Escucha y acompañamiento en calle
2. Elaboración de conflictos grupales (alternativas no violentas)
3. Actividades deportivas
4. Ludoteca móvil

En la Sede de los Centros Matlapa

1. Computación
2. Regadera
3. Lavandería
4. Artísticas
5. Lavandería
6. Baños con regadera
7. Grupos de escucha (AA)
8. Actividades artísticas terapéuticas
9. Comedor (desayunos y comidas)
10. Servicio de baño y regaderas

El consumo de fármacos deja de ser visto como una práctica juvenil que culmina, “necesariamente”, con la pérdida de las capacidades físicas y mentales, el inicio y consolidación

de estilos de vida delictivos, y, en fin, como *la loca carrera de los jóvenes a la calle, la cárcel, la institución psiquiátrica o la muerte*.¹²¹ A menudo las acciones de reducción del daño gestionadas con la población de calle, representa para las personas, la posibilidad de mirarse y ser diferentes, lo que entraña una esperanza de cambio, pero no se debe dejar de lado; los mecanismos de resistencia al cambio que operan en la población destinataria así como en los equipos de trabajo. Asimismo otras acciones no directamente relacionadas con la población de niños, niñas o jóvenes en situación de calle que se han mencionado con anterioridad, tales como la formación y supervisión de los equipos operativos que trabajan directamente con la problemática; son parte de la perspectiva de la reducción del daño, al modificar la forma de relacionarse con el otro de manera perversa o manipuladora.

El nivel de frustración, los procesos espirales característicos provocan estados emotivos que pueden llevar a dos puntos: a) una recaída y/o b) mejoramiento de la calidad de vida, una acción que favorece la culminación de los procesos de tratamiento y en la inclusión de la convocatoria a la red familiar y social, generalmente se construye a través de la multiplicación de los nodos (personas o instituciones) que forman parte de una nueva o enriquecida red social de apoyo y contención.

5.3 Intervención en el Albergue de invierno de la Delegación Venustiano Carranza

La experiencia del Albergue de Invierno en la Delegación Venustiano Carranza se lleva a cabo en el invierno de 2004 (de enero a febrero). Se trata de un programa Delegacional dirigido a población en condiciones de vulnerabilidad social en especial a población de calle, indigentes, trabajadores y cualquier persona que no cuente con las condiciones mínimas necesarias para *pasar las frías noches en la Ciudad de México*. La Delegación Venustiano Carranza convoca a participar de manera voluntaria a organizaciones y grupos de la sociedad civil, así como a personas en particular dispuestas a colaborar en dicha experiencia.

Es así como Hogar Integrar de Juventud se suma a dicha experiencia interinstitucional e intersectorial en la programación y ejecución del programa en dicho albergue, cabe señalar que en cada delegación se lleva a cabo la iniciativa. Sin embargo, en lo que se refiere a la programación, la intención de HIJ es de dar algunos elementos en la elaboración de la estrategia operativa que brinde seguridad a la población destinataria al equipo operativo que

¹²¹ Polanco Frías, Víctor Alejandro, *La Otra Reducción del daño*, HIJ, IAP, 2004.

ejecuta la tarea. (Presencias, horarios, infraestructura, normas y reglas, servicios, etc.) . Sin embargo quien coordina es la delegación, lo que dificulta la operatividad pues son dos lógicas de relación de ayuda que se contraponen, por una parte se les da todo sin condición y por la otra se llevan a cabo una serie de normas y reglas para prestar los servicios.

En el albergue participan distintas instancias gubernamentales y no gubernamentales tales como Protección Civil, Seguridad y Vigilancia, Voluntarios particulares, Grupos de voluntarios “Alcohólicos Anónimos”, Médicos de la delegación, agentes sociales de organizaciones de la sociedad civil así como parte de su red (familiares o amigos dispuestos a trabajar). Para el Equipo de Tratamiento de Base comunitaria representa una experiencia que da elementos acerca de la población destinataria, su contexto, la forma de relacionarse, su cultura, etc. Asimismo representa una mirada directa al estilo de vida de calle y un aprendizaje a nivel personal en cuanto a la relación que nosotros establecemos con la población, donde se ponen en juego la representación social, la estigmatización, marginación y exclusión de dicha población.

Las funciones de quienes estuvimos de forma voluntaria en el Albergue fueron: la recepción en el registro de los datos e información personal, revisión de artículos personales, servicio de alimentación y distribución de porciones iguales a los destinatarios, escucha y contención. Se preside el encuadre con reglas mínimas de seguridad, colaborando con los distintos agentes sociales implicados.

En particular, la *experiencia del Albergue de invierno* representa el intercambio de enfoques de intervención con la población en situación de calle, se observan por otro lado, los distintos tipos de relaciones que se establecen entre las instituciones y la población. Es también, haber compartido noches con una realidad diferente a la de *los otros*. Me permite conocer de cerca no sólo a los *otros* para ser concientes y sensibles de su estilo de vida, sino también *de nuestro estilo de vida*, sin la intención de calificarlos, en un encuentro de *todos*; en el mismo sistema pero en *otro* lugar y por lo tanto con roles sociales diferenciados. La reflexión no va hacia la *descalificación*, la *misericordia* o la *vanagloria* de nosotros, sino hacia la comprensión del mundo en donde vivimos todos, el mundo donde convergen muchos mundos.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

6.1 Con relación al Desarrollo de Habilidades y Competencias en el Ámbito Profesional

Como Trabajadora social es indispensable desarrollar una *amplia visión y capacidad múltiple* de intervención en los contextos de la población destinataria, con la posibilidad de hacer lecturas e hipótesis de trabajo desde la formación en la acción (institucional: directivo; negociación y operativo: trabajo en equipo) y en los procesos de tratamiento con los subsistemas relacionales de la población en situación de calle, comprendiendo las diferentes dimensiones de la problemática social.

Se experimentó la intervención en el ámbito institucional para caso: procesos de tratamiento; grupo: operativo, reflexivo, terapéutico; y en la comunidad: acciones de diagnóstico, construcción de vínculo y contacto con la red social de instituciones. Para cada momento de la intervención se desarrollaron procesos de planeación, programación, ejecución, evaluación y supervisión.

Por otra parte, se incrementó la capacidad de *autoanálisis y autocrítica* se enriquecieron, para desarrollar una posición de apertura y escucha ante los puntos de vista y demás opiniones del equipo operativo en que se ven comentarios encontrados, las decisiones no se toman personalmente y la mayoría de las veces tienen que socializarse y discutirse en equipo.

El planteamiento de las ideas y/o propuestas en el trabajo con el equipo operativo, en particular, en referencia al trabajo de las Terapias e Intervenciones de Red: en el proceso de la Reinserción social y profesional; que representa una experiencia innovadora en Hogar Integral de Juventud; en la cual a través del rol que juega la trabajadora social –activista de red-, se interviene de forma eficaz, creativa, inclusive de forma didáctica y lúdica con la población destinataria para lograr los objetivos planteados. Este trabajo resulta muy enriquecedor, incluso en los encuentros del equipo de mediación para la planeación, evaluación de la tarea operativa. Así como haber desarrollado una particular *sensibilidad y observación* para leer situaciones grupales, familiares y de red.

No se puede dejar de lado, el **ser profesional** lo que se aprehende en el trabajo; es decir, el compromiso, respeto, la pasión por la labor social. Por otra parte, aprender a delegar las tareas; el *hacer hacer* de los grupos y/o actores en tratamiento, en donde la posición del

operador deja de ser protagonista y da lugar a la construcción de respuestas alternativas por parte de los actores sociales implicados acompañando y conduciendo los procesos de tratamiento.

Otra de las enseñanzas obtenidas, es el reconocimiento del impacto real de los procesos de tratamiento, que si bien la intención es perturbar los sistemas patológicos y cronificados, en ocasiones resulta que la misma intervención se suma y se hace parte de los mismos, entonces es la capacidad de *reconducir las acciones* comprendiendo en sentido más profundo de los desaciertos. Por supuesto también se aprende a ser compañera de trabajo y compañera amiga de grandes personas que como yo, guardamos aún la esperanza y vamos abriendo camino, puede ser transformada considerando **que aprendemos a hacerlo posible** ahora, cada quien desde su espacio.

- Capacidad de **sistematizar la experiencia de trabajo**, en el manejo de los instrumentos utilizados en la intervención para los diferentes contextos y actores, la importancia del llenado, por un lado, del seguimiento y actualización de los mismos, para que sea posible efectuar lecturas sobre los procesos en dimensiones de tiempo y espacio y por otro lado, permite al operador social plasmar una descripción más objetiva.
- Acercamiento a la concepción **teórico-metodológica de la intervención comunitaria** teniendo un primer acercamiento al fenómeno de la fármacodependencia desde una mirada comunitaria y de sistemas que permite conocer los subsistemas relacionales para la intervención.
- Capacidad de despertar en los diferentes actores el **interés por su formación**
- Capacidad de **perseverancia** en el trabajo, ya que existe un alto nivel de frustración en la intervención, interrupción y/o abandono de procesos.
- Capacidad de establecer **relaciones operativas con las instituciones**
- Capacidad de promover la **construcción colectiva del conocimiento**.
- Capacidad de **socializar información**; en modalidades de informes institucionales, reportes parciales y finales para financiadoras y elaboración de material probatorio.
- Capacidad de manejar un **proceso de Investigación en la Acción** que permita evaluar y reconducir los procesos en caso de ser necesario y en tiempo efectivo.
- La presencia e intervención en **dos contextos diferentes**: En la Comunidades reales locales de intervención y en la Comunidad Terapéutica de Farmacodependientes.

- Habilidad para **conducir espacios individuales, grupales y familiares** para el diagnóstico y tratamiento haciendo las intervenciones pertinentes, aprender además, a contener la parte personal que sale a flote para trabajarla de manera personal. (capacidad de contención).
- Desarrollar la **flexibilidad y movimiento** en las acciones y tareas desempeñadas, en lo que tiene que ver con la reconducción de estrategias.
- **Capacidad de escucha** con atención libre hacia los destinatarios.

Ser sensible y aprender a reconocer cuando se necesita ayuda, reconocer e identificar el síndrome **de burn out o estrés laboral que afecta a las personas que trabajan en situaciones de sufrimiento social**, cuando el cansancio psíquico y emocional se hacen presentes impidiendo la realización de la tarea afectando las relaciones con los pacientes, el equipo operativo y la misma institución, por ello resulta esencial, identificar las motivaciones personales y profesionales que nos llevan a trabajar en este tipo de fenómenos sociales.

En este sentido, cabe preguntarnos hasta donde se afecta nuestra salud y bienestar como personas, a costa de querer promover la salud y mejorar las condiciones de vida de los destinatarios; **¿Quién cura al que cura?** es nuestra responsabilidad protegernos y mantener una la calidad de vida digna. Es por ello que el desarrollo de una cultura organizacional y estructura institucional que permita mantener la salud y seguridad de los equipos de trabajo es imprescindible, sin embargo nos encontramos con una cultura del trabajo social (en el sentido general) de entrega y **sacrificio**, que sumada a una crisis económica, propugna a continuar interviniendo de la misma forma pues las condiciones de trabajo influyen y/o determinan la **disposición a la tarea** por parte de los operadores sociales y coordinadores operativos.

6.2 Con Relación a la Intervención Social en el Proyecto “Matlapa”

Durante el proceso de trabajo con las instituciones del Proyecto “Matlapa”, resulta que uno de los factores que impidió la realización de la tarea sistemática, fue la intervención de otras Instituciones sociales, cuyo objetivo es plenamente asistencialista; grupos, asociaciones religiosas y sociales, nos referimos a acciones tales como; llevar todo tipo de alimentos, calzado, invitaciones a retiros espirituales, campamentos, entradas libres a teatro, cine, circo, etc. Por lo tanto, los grupos de población en situación y en riesgo de calle, interrumpen los procesos planteados, y trae como consecuencia el arraigo en calle y la cronificación de sus problemáticas.

Ahora bien, **acerca de los procesos de tratamiento**, y tomando en cuenta que el proyecto “Matlapa” inicia en temporada navideña, nos permitió establecer primeros contactos con la población destinataria, sin embargo, se ven interrumpidos por la movilidad de la población para festejar y/o re-contactar con su familia y parientes, por parte de las organizaciones sociales existe una amplia gama de retiros recreativos o espirituales, y respecto al mercado de trabajo, la oferta de albañiles aumenta debido a la apresurada construcción de obras públicas (zona sur de la ciudad). Esto fue una constante en la dinámica de la población, nos encontramos con la dificultad en el seguimiento de los procesos. Al presente, sabemos que existen ciertos ciclos de movilidad debido a: **a)** Ofertas de trabajo, **b)** Problemas legales; detenciones **c)** cuando llegan a situaciones de crisis, sufrimiento, entran a Instituciones de “Rehabilitación” buscando la abstinencia temporal por lo tanto, voluntaria o involuntariamente se internan en: anexos, fuera de serie, granjas, etc. **d)** Oferta de servicios institucionales temporales, **e)** Ofertas de trabajo en la construcción (albañilería) grupos completos de calle abandonan los puntos de encuentro y pernocta. **f)** Incremento de consumo, tráfico de sustancias, **g)** conflictos en la zona **h)** Robo y/o **i)** Campañas de sanidad por las delegaciones.

Asimismo al iniciar los procesos de tratamiento, con algunos casos se logra reconstruir y recuperar su historia familiar, lo cual les permite elaborar personalmente, las situaciones que originan el consumo de sustancias y su estilo de vida en calle, pero no logran asimilar el sentido global de tratamiento basado en la comunidad, buscando la respuesta o cura inmediata, así cuando se presenta el proceso de desintoxicación, los sentimientos de frustración, estados depresivo sumados a la incapacidad de espera construyen ciclos de consumo excesivo, abandono de tratamiento, enojos lo cual sirve de material de trabajo terapéutico.

Ante las demandas exhaustivas de la población en situación de calle, el cambio de estrategia es una constante, la demanda de ayuda no siempre es una demanda de cambio, es primordial responder a las lógicas de cambio, no a las demandas emergentes.

Con relación a la construcción del vínculo se presentaron algunos obstáculos, principalmente por: a) el **factor tiempo** [el compromiso de entrega de informes finales a financiadoras de los Centros “Matlapa” a Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL)], b) La resistencia por parte de los Centros “Matlapa” para mostrar la información del trabajo que realizan, en general refirieron sentirse vigilados con la presencia del equipo de “tratamiento de Base Comunitaria”, c) Los instrumentos de diagnóstico comunitario e institucional que comienzan a construirse en el primer encuentro intermatlapa son percibidos como un ejercicio de diagnóstico *precipitado que* igualmente fue considerado *invasivo*, d) El Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) atribuye a Hogar Integral de Juventud, la atención especializada

en fármacodependencia, sin embargo, para los Centros “Matlapa” fue difícil la visión desde la complejidad del fenómeno de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle, aunada a la representación social del tratamiento para las adicciones, comprendido dicho tratamiento básicamente como la desintoxicación, el encierro, el consejo, la educación, desde una mirada simplificadora.

Una cuestión importante a la que no dimos mayor atención es que desde un inicio, no mirados a las instituciones de los Centros “Matlapa” como parte de los subsistemas relacionales de la población en situación de calle, es decir, como parte de su red subjetiva, esto es, en el discurso lo comprendimos no así, en el diseño de estrategias en el tiempo preciso. De la misma manera en el desarrollo del Proyecto “Matlapa”, se gestaron procesos de *isomorfismo* en los cuales no se intervino a tiempo.¹²²

La presión por entregar cifras limitó la producción de análisis, reflexiones y la investigación, enfatizando el activismo.

En general las acciones de los Centros Matlapa, representan el inicio o continuación de las iniciativas puestas en marcha –de algunas instituciones- hace ya varios años. De esta particularidad surge la pregunta: ***¿Cómo innovar con la población de calle con la que se ha establecido formas de relación que favorecen procesos de exclusión, estigma?***

6.3 Con relación al Proceso de Sistematización

Es fundamental hacer explícito y visible el proceso de Trabajo realizado para concluir la Sistematización de la Experiencia Profesional, pues en la estructura del mismo trabajo se presentan los resultados del mismo proceso, es decir, por ejemplo: la elaboración del contexto nacional, la descripción de la experiencia, la organización operativa institucional, etc. no obstante, detrás de este desarrollo se transcurre por diversas etapas según los Modelos de Sistematización, y cada una de éstas tiene objetivos y lógicas particulares que articulados, dan como resultado el Proceso de la totalidad de la Sistematización.

“La sistematización es un proceso que a través de las distintas aproximaciones sucesivas, encuentran las correspondencias y las conexiones lógicas que permiten entender y comprender los fenómenos para ubicarlos en un contexto de *totalidad* [...] La acción de sistematizar es la actividad tendiente a la construcción de un sistema. La concepción de un

¹²² La expresión *In timing* se refiere a la intervención en tiempo y espacio, con los actores implicados de forma directa y concisa, sino se aplica de tal forma, el impacto es menor o se pierde.

sistema nos habla de la idea de un todo articulado, cuyos componentes están interrelacionados entre sí.¹²³”

Entre los elementos básicos implícitos en las diversas nociones de sistematización encontramos que es un método que integra la teoría y la práctica, es un proceso de construcción, brinda un modo de organizar el saber, es un método que logra la reproducción conceptual de la práctica, genera nuevos conocimientos, es un proceso participativo debe socializarse, provee medios y herramientas para la vuelta a la acción.¹²⁴

Dicho procesamiento de la práctica extrae finalmente los conocimientos que oculta, o bien, que están implícitos durante la intervención social, otros conocimientos surgen a partir del mismo proceso de Sistematización, por lo cual considero debo describir de manera breve y organizada la forma en la que transcurre cada una de las etapas y su articulación, además de las acciones y las actividades llevadas a cabo, los instrumentos y técnicas utilizadas, así como los recursos y las dificultades identificadas.

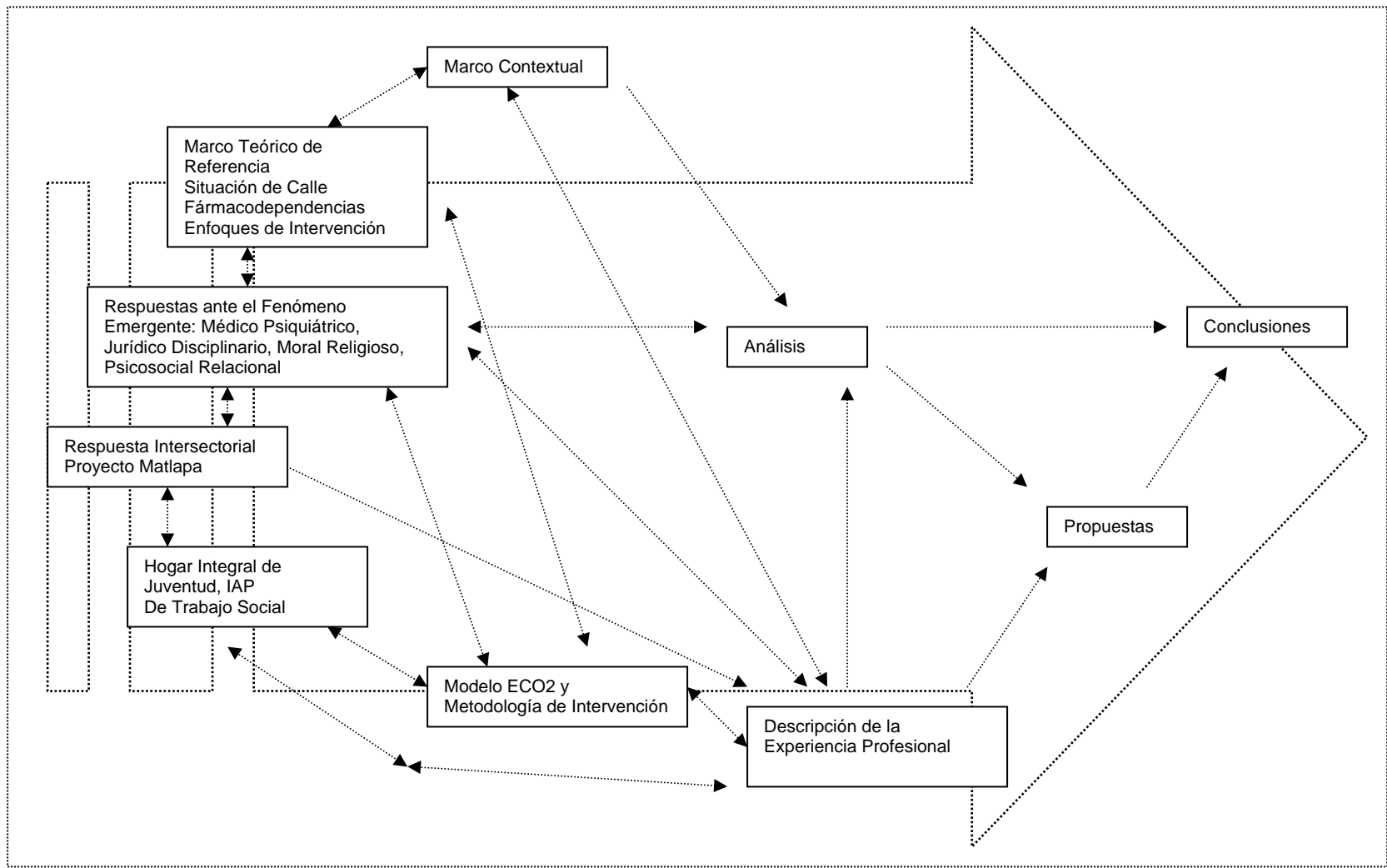
Entonces aquí se presenta gráficamente el desarrollo el proceso de sistematización de la Experiencia Profesional que lleva a cabo la Trabajadora Social.

Se trata de un Proceso Dialéctico, que vaya dando sentido y estructuración a las ideas, que permitan dar unidad al hecho y a la explicación del mismo hecho, sin que exista contradicción formal entre sus elementos. Avanza de manera multidimensional y no necesariamente es un proceso vertical o unilateral, por lo que se retoman los elementos necesarios, dentro de un contexto de cohesión, articulación, funcionalidad en oposición a las categorías de caos, universo de información, desarticulación de las que generalmente se parte.

¹²³ Mendoza Rangel, María del Carmen, *Una opción metodológica para los trabajadores sociales*, Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, AC, México, 1986, p. 86.

¹²⁴ Manual del curso de “Metodología de la Sistematización de la Experiencia Profesional”, Ángeles Rodríguez Casillas, ENTS, UNAM, México, 2004.

Cuadro de Desarrollo del Trabajo de Sistematización de la Experiencia Profesional del Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”



Para continuar describiendo el desarrollo de la Sistematización se retoma del Manual del Curso de “Metodología de Sistematización de la Experiencia Profesional” impartido por la Escuela Nacional de Trabajo Social a través del Centro de Educación Continua, en el cual se retoman elementos teóricos de Teresa de Quiroz de ATSMAC (Asociación de Trabajadores Sociales de México) y del CELATS (Centro Latinoamericano de Trabajo Social) además de aportes de María del Carmen Mendoza Rangel. A continuación se desglosan las acciones llevadas a cabo en el proceso de Sistematización, en las fases mencionadas con anterioridad

1. Fase Programática [Búsqueda, Ordenamiento y Delimitación de la Información] (Conocimiento Aparente)

a) Delimitación del universo de trabajo, en este caso en la experiencia profesional del Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria” en HIJ. [Periodo sobre el cual se trabajó]

b) Elaboración de la estructura del trabajo de sistematización

c) Abordaje de los puntos a tratar, de acuerdo a los mismos, se extrae la información de las fuentes correspondientes.

d) Identificación de actores implicados en la intervención: Organizaciones de la Sociedad Civil, Estado, agentes sociales, redes comunitarias, población de niños, niñas y jóvenes en situación de calle.

e) Diseño de instrumentos y herramientas para la búsqueda y ordenamiento de la información. (Tablas, esquemas, matrices temáticas, mapas mentales)

Técnicas: Ordenamiento, categorización, redacción

2. Fase Documental [Contextualización y Conceptualización]

Se define el contexto social, político e histórico global en el que se inscribe la experiencia profesional.

a) Elaboración del Contexto nacional en general y particularmente hacia el Distrito Federal.

-Fuentes: Artículos de revistas y periódicos, noticias en nota roja. Libros: de Chilchachoma, Otero Leñero, encontrados en Bilioteca de la Facultad de Psicología y de la organización El caracol, en la biblioteca de la Escuela Nacional de Trabajo Social no se encontró bibliografía al respecto.

b) Elaboración de conceptos y Categorías

-El desarrollo de la categorización de la situación de calle y del proceso de callejerización se extrae de la experiencia profesional.

c) Ámbito institucional

-Caracterización del ámbito institucional [Hogar Integral de Juventud, IAP]

-Técnicas: Investigación Documental, ordenamiento, clasificación.

-Se obtiene de la investigación en la acción que particularmente se ha llevado a cabo en Hogar Integral de Juventud desde el Proyecto “La Carpa” , Manuales Operativos Institucionales, seminarios Formativos, conocimientos de que se construyen colectivamente en la intervención directa plasmados en bitácoras de reuniones de área y de equipo operativo ,

-Recuperación de las dinámicas de trabajo en el equipo Operativo y del Papel del Trabajador Social en la Institución.

d) Planteamiento del problema.

-Técnicas: Análisis de Teorías Sociales que explican el fenómeno social de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle que presentan situaciones de fármacodependencias y riesgos asociados.

-Investigación Documental e Investigación en la Acción.

-Lectura de textos, Análisis síntesis, Redacción, Ordenamiento y clasificación de los conceptos y teorías que fundamentan teóricamente el Trabajo, Confrontación de marcos teóricos.

-Instrumentos: Fichas temáticas, Matrices Temáticas, mapas mentales, Fichas bibliográficas.

3. Fase Descriptiva [la Reconstrucción de la Experiencia]

-Descripción ordenada de fenómenos que posibilitan la reconstrucción de una experiencia, que lleven a la conceptualización de la práctica. Descubrimiento vivencial una dimensión espacio temporal, distinguiendo lo subjetivo y lo objetivo.

-Técnicas: Relato breve acerca de las acciones realizadas, delimitando la información hacia el objetivo de sistematización, análisis, síntesis, redacción.

-La información se obtiene de Reportes institucionales [instrumento informe mensual, semestral, planeación anual], Bitácoras Operativas de área, de Seminarios, de Análisis de Caso, de Terapias o intervenciones de Red, Diario de Campo, Baterías de Instrumentos para la Comunidad real Local [SidiES] y para Comunidad Terapéutica [SidiTer] Manual, Operativo Institucional, Documentos elaborados por el equipo de Tratamiento de Base Comunitaria, Reportes de resultados para financiadoras. Cabe señalar que cada uno de los documentos cuenta con información acerca de Hogar Integral de Juventud, en particular del Proyecto Tratamiento de Base Comunitaria, la información que se requiere para la descripción en el proceso de Sistematización es basta, gracias a la utilización y manejo de los instrumentos y herramientas de trabajo en tiempo y forma, lo que ayudó a recapitular la experiencia de trabajo, no obstante dicha información se encuentra de alguna manera escindida; es decir, cada uno de los instrumentos tiene un objetivo específico, aún en los instrumentos más amplios tales como; instrumentos de planeación y evaluación, no contienen la totalidad de la experiencia profesional, por eso es fundamental hacer uso de herramientas que permitan dar sentido y unidad a los hechos, para que sean funcionales y coherentes.

-Técnicas: Categorización de la Información, árbol de preguntas.

-Instrumentos: Tablas, Esquemas, y Elaboración del Cronograma del trabajo realizado en el Proyecto Tratamiento de Base Comunitaria.

4. Fase Reflexiva [el análisis]

Se trata de descubrir por un lado, las conexiones internas del proceso, se puede redimensionar los diferentes abordajes, el marco teórico y las líneas de investigación documental y por otro lado, los aspectos del contexto social que favorecen o dificultan su ejecución en cada una de las acciones llevadas a cabo.

El análisis formalmente se presenta en la estructura del trabajo propiamente en el Capítulo VI, sin embargo, no es el único lugar en donde se realiza análisis o reflexiones acerca del fenómeno social, de la experiencia profesional, o de las respuestas ante la situación de calle y fármacodependencia por parte del Estado o de la Sociedad Civil, sino que el análisis es transversal a todo el proceso de sistematización, y para efectos de organización se prioriza y ubica posterior a la descripción de la experiencia profesional.

Técnicas: Árbol de preguntas, Análisis de las contradicciones, Redacción.

Instrumentos: Mapas mentales, Cuadros Temáticos.

5. Fase Constructiva [interpretación]

Regresa nuevamente a enriquecer el marco conceptual, la descripción de la experiencia, las propuestas; la intervención para la vuelta a la acción es un proceso dialéctico de construcción del conocimiento.

De acuerdo a diferentes teorías que explican el fenómeno social y recae por lo tanto en su intervención.

-Interpretación o juicios de pensamiento que presentan una opinión acerca del fenómeno social de las fármacodependencia en niños, niñas y jóvenes en situación de calle, es decir, las perspectivas o enfoques de intervención.

-Técnicas: Análisis, Argumentación, Ideas y Razonamientos [nuevos resultados en el pensamiento] y redacción.

6. Fase Propositiva [las conclusiones y propuestas]:

a) Generalizaciones acerca del fenómeno social

A nivel institucional, de contexto, con la problemática, con Trabajo Social, con la intervención social, con el proyecto, con la experiencia personal y profesional, comparación de la experiencia con otras experiencias similares

b) Elaboración de Ideas, Reflexiones, Análisis, Síntesis, teorías aglutinadas sobre la base de la experiencia profesional.

-Técnicas:

Categorización o clasificación de la información, Redacción.

-Instrumentos:

Mapas mentales, Cuadros temáticos y Esquemas.

PROPUESTAS

El resultado del trabajo realizado en esta experiencia, nos abre paso a la posibilidad de construir un vínculo más sólido y a diferentes niveles con los Centros Matlapa, es decir, tener un contacto en lo directivo pero también en la parte operativa: con las y los educadores de calle, en las comunidades donde se desarrollan los procesos cotidianos con la población destinataria. Es indispensable dar continuidad a la coordinación intersectorial, interinstitucional, así como a las acciones que se están realizando actualmente, pues sólo así será posible dar cumplimiento a las metas y objetivos programados.

1. Gestionar con actores sociopolíticos y de derechos humanos para la evaluación y/o supervisión del funcionamiento de hogares, albergues, casa de medio camino, granjas, pabellones, etc. Pues, lejos de favorecer las condiciones de vida de la población funcionan como contextos de enfermedad y sufrimiento social, además de reproducir mecanismos clásicos de control social como: castigo, encierro, estigma, violencia, violación a los derechos humanos, etc. En este sentido, significa también abrir espacios de discusión y acción acerca de estos servicios ya que no se persiste en el cumplimiento de las normas que aseguren el trato digno de las personas, sobretodo en función de algunos anexos y/o grupos que actúan indiscrecionalmente.

2. Apuntalar la intervención de reducción del daño con la población de calle. Debido a la dificultad que tiene la población para conducir **procesos de largo plazo**, porque un porcentaje alto que abandona los procesos institucionalizados y se encuentran atendiéndose en un corto periodo de tres a cinco meses, lo cual para la población de calle representa un fracaso más. Se trata de ofrecer alternativas que desestructuren el estilo de vida callejero algo que sea un parte aguas, en la posibilidad de vivir de forma diferente. **El cambio que han ofrecido las instituciones ha sido un cambio para no cambiar**, se han ofrecido servicios de salud, educativos y de capacitación laboral principalmente pero de manera aislada sin seguimiento y acompañamiento, lo que cronifica la situación, sin modificar o intervenir en las consecuencias dañinas del consumo de sustancias.

3. Los procesos de actualización, formación y/o especialización de los operadores sociales en las áreas de: Psicología clínica, Psicología social, Desarrollo comunitario, Gestión de Redes sociales, Intervención en Instituciones y Grupos, y en la Administración Social, las

cuales permitan a los profesionales, redefinirse y actualizarse constantemente e intervenir con mayor impacto.

4. Las acciones de prevención deben ser a nivel local, en los contextos comunitarios específicos según el contexto específico desarrollando paralelamente los procesos de tratamiento. En necesario subrayar que las campañas de prevención y combate a la drogas impulsadas por el gobierno de Estados Unidos y difundidas también en México, no han tenido grandes resultados.

5. Construir mecanismos de red para la toma de decisiones conjunta entre instancias de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil a nivel local, estatal y nacional.

6. Buscar estrategias de autogestión de fondos para el financiamiento de los programas Institucionales al mismo tiempo de incidir en la política social, buscando representatividad de las organizaciones.

7. La investigación en la acción como parte fundamental de la intervención social, que permita por tiempos específicos, detener la acción social y evaluar las estrategias provistas, y si es necesario reconducir los procesos de intervención, éstos análisis se ven enriquecidos por la supervisión externa que tienen los equipos operativos.

8. Para la formación académica en la Licenciatura de Trabajo Social se propone profundizar o integrar aspectos **Teórico-Methodológicos** retomados por el Modelo "ECO2", tales como: Teoría de Redes sociales [intervención y terapia de red], Teoría de la Complejidad [análisis de las problemáticas], Teoría de las Representaciones sociales [análisis de las dinámicas de las redes sociales], Conocimiento teórico para lectura y manejo de grupos [grupos de reflexión, de confrontación, operativos], ya que se considera que las mismas, enriquecen la visión y la capacidad de analizar y comprender las distintas realidades y necesidades sociales; pues la forma de concebir a los fenómenos sociales, es la forma en la que se plantean las intervenciones, lo que redundará en programas y proyectos innovadores por parte de Trabajo Social.

7.1 De la Estrategia de Intervención para la Vuelta a la Acción

La propuesta planteada para la vuelta a la acción se enfoca en las formas de Intervención son relación al fenómeno social tratado, desde una perspectiva comunitaria y de redes sociales, y retomando aspectos teórico metodológicos descritos propiamente en la experiencia profesional.

El proyecto “Matlapa” ha finalizado, las instituciones que inciden en el fenómeno social de los niños, niñas y jóvenes en situación de calle con problemáticas de adicciones, continúan trabajando de manera particular, laborando cada desde su visión y experiencia.

En este primer ensayo de trabajo de red en el proyecto “Matlapa”, el trabajo de cada institución quedo limitado sólo a lo administrativo; principalmente en cuestión de la atención territorial; que cada Centro “Matlapa” atendiera a un número de beneficiarios, en las diversas zonas del Distrito Federal donde se reúne la población destinataria.

Alrededor del desarrollo de este trabajo de sistematización, se han venido enunciando ***dos lógicas o miradas de intervención en lo social***: La primera lógica es donde prevalece la mayoría de las Instituciones de Estado y Organizaciones de la Sociedad Civil y la otra lógica; caracterizada por la búsqueda de innovación en la intervención.

Lógica I: En la cual la visión es rescatar a los niños y jóvenes de la calle, en donde continúa una fuerte tendencia a resarcir, y a ver a los agentes sociales (operadores sociales, profesionales) como salvadores y redentores. Las instituciones trabajan priorizando las tareas internas y el trabajo de redes sigue siendo mínimo. La relación con la población destinataria final es de dependencia, que se torna manipuladora, lo que dificulta la relación de ayuda.

Lógica II: Se caracteriza por iniciar el trabajo de redes, se ve al proceso de formación como la posibilidad de reinventar y construir estrategias que repercutan en la mejora de la calidad de vida de la población en situación de calle. La función del agente social es inscribirse en una red de relaciones comunitarias ya establecida, en la cual funge como mediador, facilitador y dinamizador de los procesos de inclusión y de cura. La relación con la población de calle gira en torno al re-aprendizaje; en la elaboración de la demanda y en el establecimiento de normas y límites, es decir, la construcción de la relación de ayuda sana y profesional.

En este sentido se plantea, dar continuidad a la ***Lógica II***, tomando en consideración que no se pretende presentar en este trabajo las respuestas concretas y terminadas, ya que se plantea en la construcción colectiva que profesionales desarrollen, no obstante, se proponen aquí, algunas líneas estratégicas para cada sector y nivel de intervención:

Cuadro 15: Líneas de intervención para la vuelta a la acción

Contextos de intervención	Objetivos	Líneas estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la comunidad real local ▪ Con la población en “situación de calle” 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Reducción del Daño 	<p>I. Construcción del Dispositivo Comunitario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modificación de la representación social del fármacodependiente. 2. Diagnóstico y gestión de Desarrollo Comunitario integral 3. Espacios de sensibilización y reflexión 4. Identificación de albergues, granjas y demás para su evaluación y cumplimiento de la normatividad (Derechos humanos). Intentar trabajar con estas instancias, no excluirlas 5. Gestionar microcréditos y capacitación según recursos para el beneficio común. [participación red subjetiva, p. Ej.] 6. De la intervención directa con la población destinataria sólo acciones de reducción del daño: <ul style="list-style-type: none"> a) Daños físicos y sociales respecto a las personas que hacen uso o abuso de sustancias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sector Público ▪ Sector Privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de redes sociales para ofrecer alternativas de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de calle y en riesgo de calle. 	<p>II. Construcción de la Red operativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Articular iniciativas de red</i> para ofrecer servicios sociales para satisfacer necesidades de la comunidad en la medida posible. 2. <i>Iniciar procesos de investigación a partir de la práctica</i>, aunados a la construcción de espacios de formación colectiva dirigidos a: [educadores de calle, voluntarios, admón., directivo] y [instancias de servicios públicas de salud, educación, cultura, servicio de cama, de financiamiento) en torno al fenómeno social. 3. <i>Intercambio de información y socialización de experiencias</i> utilizando Internet vía: <i>links, sites, blogs a nivel interinstitucional</i>

Cuadro 15bis: Líneas de acción para la vuelta a la acción

Contextos de intervención	Objetivos	Líneas estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la comunidad real local ▪ Con la población en situación de calle 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Reducción del Daño 	<p>I. Construcción del Dispositivo Comunitario:</p> <p><i>b) Los daños de la condición que la drogadicción ocasiona por sí misma; normas jurídicas [condición de ilegalidad, Compra/venta de sustancias.</i></p> <p><i>c) La pérdida de capacidades y habilidades para ser usadas en la comunidad</i></p> <p><i>d) exclusión en atención a servicios y oportunidades</i></p> <p>7. Intervención con las redes subjetiva comunitaria y redes familiares, bajo la metodología de terapia e intervención de red.</p> <p>8. Los procesos de tratamiento, deben concurrir en la elaboración de la demanda, teniendo como eje transversal la reducción del daño, en el continente de la relación de ayuda.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sector Público ▪ Sector Privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de redes sociales para ofrecer alternativas de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de calle y en riesgo de calle. 	<p>II. Construcción de la Red operativa:</p> <p>4. Difusión de las experiencias de intervención y resultados de investigación con la población de calle, especialmente dirigidas a los sectores que financian programas y proyectos.</p> <p>5. Conformar un Bloque de intervención con población vulnerable para gestionar e incidir en la política social.</p> <p>6. En cuanto a los equipos de propone la profesionalización a nivel, operativo y de voluntariado con un carácter más objetivo, así mismo como la necesidad de espacios de supervisión personal y de equipos de trabajo.</p>

CONCLUSIONES

Existe una relación estrecha entre el Sistema político económico y social actual, que genera la existencia de miles de personas excluidas; en este caso, la situación de calle y la fármacodependencia que viven los niños, niñas y jóvenes. Es fácil condenar al adicto, al menor infractor, al niño en situación de calle, pero tendremos que reflexionar en la desigual distribución de la riqueza, que hoy en día, es parecido a vivir en una cárcel; si no están presos en la cárcel de la necesidad, lo están en la cárcel de la pobreza o del miedo.

Con respecto al fenómeno social atendido, se menciona por un lado, que la mayoría de las ofertas de tratamiento en las adicciones, son las mismas que se han aplicado desde tiempo atrás, los modelos de intervención hacia la fármacodependencia en México están orientados a la transmisión e imposición de normas de conducta y comportamiento, sin tomar en cuenta el movimiento y la complejidad social, que ha traído consigo, la diversificación del mercado que ha creado la introducción masiva de anfetaminas y el pasaje rápido de los países productores a los países consumidores. Es menester subrayar una vez más que, el fenómeno de la fármacodependencia, no es eliminable totalmente de las comunidades, pero si se puede impactar en las dinámicas sociales que generan el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y de las situaciones críticas asociadas.

Las respuestas por parte del Estado y de las organizaciones civil que siguen actuando de forma escindida, lo que reproduce aún más la problemática social, igualmente los que ofrecen mecanismos de control social; tales como el encierro, el castigo o la tortura, violentando una vez más, los derechos y las garantías individuales de las personas, aumentando cada vez más el estigma de la población con uso problemático de sustancias psicoactivas y/o alcohol, estigma que nos atraviesa a todos los demás, pues conciente o inconscientemente reproducimos dicho proceso de estigmatización ya sea por condiciones económicas, enfermedad, consumo de sustancias, discapacidad, color de piel, etc.

Dicha situación hace que la mayoría de los fármacodependientes vivan el mismo proceso de rehabilitación múltiples veces, debido a la cronicidad de respuestas estándar por parte de las instituciones, por lo tanto existe un alto índice de fracasos y alta incidencia de recaídas.

Resulta esencial impulsar la apertura de diversos sectores no sólo de los que dependen de la Secretaría de Salud, para desarrollar programas más complejos y que incidan en el fenómeno de la fármacodependencia; hablando de necesidades sociales para el desarrollo humano, lo mismo se requiere de las Organizaciones de la Sociedad Civil, quienes aspiran con ser vistas como actores de la ciudadanía activa y no como beneficiarios de la asistencia; quieren

ser consideradas como participantes de la vida política, la gran mayoría de estas organizaciones, se dedican a prestar servicios y en la disputa de los recursos se despolitizan, por lo tanto un desafío para el trabajo social, es saber articular la participación su participación activa y eficaz. Se encuentra una gama de iniciativas para intervenir; **el reto estriba en la construcción de mecanismos de articulación real en red entre los diferentes actores sociales**: Centros Matlapa, Instituciones, redes, organismos gubernamentales, académicos, etc.

Los cambios comienzan a surgir en el momento en que los imaginamos y recreamos, desde ahí comenzamos afectando nuestras diversas realidades, existe gente interesada en continuar abriendo camino por un mundo más justo, más equitativo y seguimos luchando por esto; “un mundo que abarque todas las posibilidades”.

A partir de lo anterior podemos mencionar que la calle parece ofrecer muchas respuestas y expectativas que los jóvenes buscan en sus grupos de referencia, expectativas que no pudieron encontrar en las Instituciones sociales; es decir, la Familia, Escuela, Iglesia, etc. el desafío nuevamente es: **¿Qué ofrece la Sociedad y sus Instituciones a éstos niños, niñas jóvenes, para que decidan modificar su estilo de vida en calle con todos los riesgos y gratificaciones que en ésta encuentran?**

Considero que una de las alternativas que llevará a la sociedad a reparar con el tiempo las condiciones desiguales se encuentra, por un lado, en la construcción de mecanismos de intervención de Red [institucional, grupal, comunitaria, gubernamental, etc.] para la tarea operativa, la formación, la mediación, [la interconexión entre los actores en conflicto, la flexibilización de las posiciones, etc.] y la incidencia en la política pública, y desde ahí, fijar las líneas de intervención a largo plazo, sobre condiciones más viables y factibles para el desarrollo de los proyectos sociales, y por otro lado, es necesaria la consolidación de equipos de trabajo profesionales de carácter transdisciplinario que favorezcan estrategias de trabajo innovadoras, enriquecidas de las diversas disciplinas sin dejar de lado, la revisión cotidiana de la Ética profesional y el sentido de las Intervenciones Sociales.

Ahora bien, en cuanto a mi visión personal y profesional del fenómeno atendido observo que la representación social que al inicio tuve de la fármacodependencia se modificó paulatinamente, a través de la intervención social, pasó de la concepción de la enfermedad a la comprensión de las dinámicas de la complejidad e implicación de las redes sociales para la generación o construcción del fármacodependiente, es decir; me lleva a reflexionar que formar parte de las redes directamente implicadas con la población y el fenómeno, nos coloca en un lugar diferente como actores sociales, en donde se tiene que tomar una decisión; actuar y sumamos al isomorfismo de los subsistemas relacionales implicados, o tratar de revertir los

procesos que cronifican el consumo de sustancias psicoactivas y la situación de calle, en este sentido, se sabe de antemano que la tendencia del sistema es hacia la conservación del mismo, y las acciones planteadas pueden fácilmente convertirse en acciones de cambio, para no cambiar.

La perspectiva de intervención de Trabajo Social, en torno a las fármacodependencias y situaciones críticas asociadas va mucho más allá de las labores de prevención tradicionalmente empleadas tales como la conducción y ejecución de talleres preventivos, las pláticas en las escuelas primarias y secundarias con respecto al consumo y efecto de las drogas directamente dirigidos a los niños y jóvenes, aquí a través del Modelo Epistemología de la Complejidad y ética Comunitaria se abre un abanico de posibilidades de intervención para la prevención y tratamiento, acciones que recaen en las redes sociales de los dependientes o abusadores de sustancias.

Por otro lado, finalizar el trabajo de Sistematización como vía de titulación de la Escuela Nacional de Trabajo Social, ha representado ser un ejercicio muy enriquecedor para la formación profesional ya que se retomaron aspectos teóricos de diversa índole; de la disciplina de Trabajo Social, y al darse este proceso se recapitularon los momentos de intervención social en el Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria” de Hogar Integral de Juventud, IAP.

Un elemento primordial de aprendizaje en la Experiencia Profesional, es saber que en la intervención social dirigida hacia la fármacodependencia, ahora planteada en el contexto de calle, comienza en el establecimiento de la relación de ayuda y, la misma se organiza desde lo cotidiano, en las relaciones que favorecen el nacimiento de relaciones de interdependencia necesarias para poder llevar a cabo un trabajo de prevención, reducción del daño o de rehabilitación y cura; es decir; que la persona sea acogida, reconocida y tratada como **persona**, que viva una experiencia de pertenencia, convivencia, de proximidad y cercanía, una experiencia de contención y límites. La importancia de ser un profesional especializado en la materia, ofrece una labor eficiente, centrada en la tarea y con las habilidades necesarias para lograr los resultados más visibles, formando a su vez, a otros agentes sociales de cambio en otros espacios institucionales y/o comunitarios, aplicando los conocimientos aprehendidos en otros fenómenos sociales emergentes.

Los alcances obtenidos y el cumplimiento de las metas comprometidas del Proyecto “Tratamiento de Base Comunitaria”, permite reflexionar en diseñar líneas de acción acordes con la realidad, tomando como referencia el espacio, en que se genera la necesidad y expectativas del sujeto de intervención ya sea en los individual, grupal o colectivo y el servicio que otorgan las instituciones públicas o privadas, inclusive los trabajadores sociales que realizan su labor de

manera independiente. Hoy en día se precisa entregar resultados claros y comprobables a las financiadoras acerca de los programas y proyectos sociales planteados, muchas veces traducidos en números, sin embargo, no logran traducirse en el impacto social real, los tiempos de los procesos de intervención social no coinciden con los tiempos de los financiamientos, por lo cual entregar cifras, videos, etc. no representa necesariamente la conclusión de los procesos, mas bien tendrían que proyectar el seguimiento o continuidad de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- A. de Lomintz. Larissa. *Cómo sobreviven los Marginados*. Siglo XXI, México, 1987.
- Aguilar Rubén. *Los Motivos de la filantropía*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- Alayon, Norberto. *Definiendo al TS*, Ed. Humanitas, Argentina, 1981.
- Ander Egg, Ezequiel. *¿Qué es el trabajo social?*, Ed Humanitas, Argentina, 1985.
- Barthes, Roland. *Mitologías*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1983.
- Calderón Salazar, Jorge. *México: Crisis y Dependencia*, Ed. Enlace, México, 1990.
- C. Castellanos, María. *Manual de Trabajo Social*, Ediciones científicas La Prensa Mexicana SA de CV, México, 1962.
- Cáritas Arquidiócesis de México, IAP., HIJ, IAP., CEJUV, AC., Cultura Joven, AC., con el apoyo de Cáritas Alemania y la Unión Europea *Prevención, reducción del daño y cura de las Fármacodependencias. Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en la acción*, 1999.
- Cortina Gutiérrez, Rafael. *Condiciones de Trabajo de los menores de edad en contextos capitalistas no industrializados*, México, 1988.
- Del Bosque Cortázar, Joaquín. Machín, Juan. Beltrán Rodolfo. López, Lorena. Rosas Elizabeth. Tavera, Simón. "De Chamanes a nodos de redes sociales". En: Schrek, Dorotea (coord.). *Fármacodependencia y Políticas de Drogas; Seminario de Expertos: Modelos de tratamiento de las fármacodependencias en México de chamanes a las redes*, Berlín, Alemania, Mayo 2001. Bogotá, Colombia. Kimpres-Cáritas Internacional.
- Documento de Salud Pública*, Revista Health, no 5, Estados Unidos, 2000.
- De Paula Faleiros, Vicente. *Estrategias de empowerment en trabajo social*, Grupo Ed. Lumen Humanitas, Argentina, 2003
- Dolto, Françoise. *La causa de los niños*, Ed. Paidós, México, 1991.
- EIKaim, Mony. *Las prácticas de la terapia de Red*, Ed. Gedisa, México, 1983.
- Equipo Operativo de proyecto "La Carpa". *Manual operativo del Centro de Acogida*, Hogar Integral de Juventud, IAP., 2003.
- Foucault, Michel. *Vigilar y Castigar*, Ed. Siglo XXI, París, 1975.
- *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
- García Durán, Alejandro. *La porción olvidada de la niñez mexicana: Los 400 hijos del padrecito "Chilchachoma"*, Casa Alianza, Depto del DF, 1990.

- García López de Pascoe, Luz. *Dansa: Dispositivo Psicoanalítico de apercepción para niños en situación de calle*, Coed. Gobierno del Distrito Federal, Casa Alianza IAP, Centro ELEIA, UNICEF, DIF, FINCA, México, 2000.
- Goti, Elena. *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*, Nueva Visión, Argentina, 1990
- Griesbach, Margarita y Sauri Suárez, Gerardo. *Vivir en la calle. La situación de los niños callejeros en la ciudad de México*, EDNICA, México, 1993.
- Leñero Otero, Luís. *Los niños de la y en la calle. Problemática y estrategias para abordarla*, Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, 1998.
- Mendoza Rangel, María del Carmen, *Una opción metodológica para los trabajadores sociales*, Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, AC, México, 1986.
- Merlo, Roberto y Milanese, Efrem. *et. al. Prevención y cura de la fármacodependencia; una propuesta comunitaria, tomo I*. Plaza y Valdez Editores, México, 2001.
- Redes que Previenen* Tomo 1. Coedición con Instituto Mexicano de la Juventud, en Colección Cuadernos para la Acción Núm.1, 2000.
- Milanese, Efrem. Reporte Técnico 1995-1996, Tercera parte: Investigación y experimentación en tratamiento y reinserción social y profesional, CEJUV, México, 1996.
- Tratamiento Comunitario de las adicciones para una clínica de las comunidades locales capítulo VI*: mimeografiado México, 2004.
- La Reducción del Daño: historia, conceptos, acciones, métodos*. Mimeografiado, Colombia, 2001.
- y Equipo operativo de la "La Carpa". *Tratamiento Comunitario de las Adicciones*. Para una clínica de las comunidades locales Capítulo VI, mimeografiado, México, 2004
- Montoya, Fernando. *Reporte Técnico 2003*, Hogar Integral del Juventud, IAP., mimeografiado, México, 2003.
- Navarro Cueva, Rafael. *Comunidad Terapéutica Peruana Ñaña*. Centro de Información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO), Perú, 1997.
- Nora Dabas, Elina. *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*, Ed. Paidós, Argentina, 1993.
- Polanco Frías, Víctor A. *Apuntes para el diseño y Gestión de Dispositivos de Formación colectiva*, Empoderamiento Colectivo, AC., mimeografiado, México, 2005.
- La otra Reducción del Daño*, Hogar Integral de Juventud, IAP., México, 2004.
- Ross V. Speck, Atneave Carolyn L. *Redes Familiares*, Ed. Amorrortu, Argentina, 1973.

- Sánchez Rosado, Manuel (Comp.), *Manual de Trabajo Social*, Coed. Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés Editores, México, 1999.
- Schrek, Dorotea (Coord.). *Farmacodependencia y Políticas de Drogas; Seminario de Expertos*. Berlín, Alemania, Mayo 2001. Bogotá, Colombia. Kimpres-Cáritas Internacional. Abril 2002.
- Schibotto, Giangi. *Niños trabajadores. Construyendo una identidad*. IPEC, Perú, 1990.
- Stocco, P. *Las comunidades terapéuticas en el escenario Europeo*, Mimeografiado, España, 2000.
- Solís San Vicente, Silvia *Fundamentos de la Planeación en México y los programas sociales*, ENTS-UNAM, 1990.
- Tarango, Bernardo. *Documento de Reinserción social y profesional*, Hogar Integral de Juventud, IAP., México, 2005.
- Tello, Peón, Nelia, *Trabajo social Comunitario*, UNAM, ENTS, México
- Trepanier Sigrid, Jean, Elbert, Carlos. *Delincuencia Juvenil y Derechos Humanos*, Ediciones de Palma, Argentina, 1995.
- Valero Chávez, Aída, *Trabajo Social en la Atención Individualizada*, UNAM ENTS, México, 2001
- Vizard. *El Contexto histórico y cultural del maltrato infantil*, P Mahler, 1988.
- Yopo, Boris. *Drama y Alternativa de la Niñez Abandonada en América Latina*. CREFAL, México, 1989.
- Zúñiga Alegría, Pardiño Quiroz, Eduardo Castillo A, Juan. *El desfase institucional y jurídico de la justicia de menores en México. Segunda parte*, Ed. Limusa, México, 1996

Hemerografía

- Árciga Bernal, Salvador y Nateras, Domínguez Octavio, "El dolor social", pp. 26 Revista internacional de Psicología social/ vol 1, julio-diciembre 2002,
- Cussianovich, Alejandro. "Ser pobre y niño hoy en América Latina", p.p. 85 En: MANTHOC, Niños trabajadores: experiencias y reflexiones. IPEC, Perú 1988.
- Del Bosque Cortázar, Joaquín. Machín, Juan. Beltrán Rodolfo. López, Lorena. Rosas Elizabeth. Tavera, Simón. "De Chamanes a nodos de redes sociales", p.p. 124, En: Schrek, Dorotea (coord.). *Farmacodependencia y Políticas de Drogas; Seminario de Expertos*. Berlín, Alemania, Mayo 2001. Bogotá, Colombia. Kimpres-Cáritas Internacional. Abril 2002.
- Gómez Da Costa, Antonio. *Niños y niñas de la Calle: vida, pasión y muerte. Trayectoria, situación actual y perspectivas de una categoría de comprensión y acción social en la lucha por los derechos del y niño y del adolescente en América Latina*, Centro Latinoamericano de Trabajo Social. CELATS, 1985.

Jodelet, Denise, *La Representación Social: Fenómenos, Conceptos y Teoría*. En S. Moscovici, *Psicología Social II*. Ed Paidós, p. 470.

Meggle, Martín. "Las Fortalezas que se alzan en nuestro interior". Los enfermos mentales y su lugar en la sociedad civil." (pp. 36-42). En: Humbolt 133, Goethe Institut Internes

Merlo, Roberto, Milanese Efrem, J. Machín *Redes que Previenen* Tomo 1. Coedición con Instituto Mexicano de la Juventud, en Colección Cuadernos para la Acción Núm.1, 2000 P147-153

"Proyecto institucional para prevenir conductas adictivas." (pp. 9-10), Gaceta UNAM, México, 20 de febrero de 2006

PSM-INPRF / Índice de la revista Salud Mental / Registro 817 Título: Los "Niños Callejeros". Una visión de sí mismos vinculada al uso de las drogas

Denise, Jodelet. "La Representación Social: Fenómenos, Conceptos y Teoría" p. 470. En: S. Moscovici, *Psicología Social II*. Ed Paidós, México, 1998

Milanese, Efrem Merlo, Roberto Machín, Juan, "Redes que Previenen"; (pp. 147-215) Tomo 1". Coed. Instituto Mexicano de la Juventud, en Colección Cuadernos para la Acción Núm.1, enero 2000.

Red por los derechos de la infancia en México (Reporte). "La infancia cuenta en México 2005. Los chiquillos y chiquillas que el gobierno no cuenta". (pp. 9-11) La Jornada, Columna Masiosare, Domingo 18 de diciembre de 2005

Rodríguez Vignoli, Jorge, CEPAL-Serie Población y Desarrollo, Vulnerabilidad y Grupos Vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes,, No. 17, Santiago de Chile, agosto de 2001

Fuentes Electrónicas

www.inegi.gob.mx

www.unicef.org/spanish

www.jornada.unam.mx

Documentos Institucionales

Censo de población 2000, Instituto Nacional de estadística, geografía e informática [INEGI]

Comisión Nacional de Derechos Humanos del DF. "Cartilla por los derechos de los niños, niñas y jóvenes que viven y trabajan en la calle", México, 2000

-----"Bitácoras de trabajo Equipo de Reinserción social y profesional", HIJ, México, 2004

-----"Bitácoras de Seminarios de Formación Interna", HIJ, México, 2003

-----Documento de Proyecto Institucional "Perfiles de puestos y Funciones" HIJ, 2005

-----Proyecto Matlapa, "Bitácoras de reuniones de Trabajo interequipos" HIJ, México, 2003-2005

-----Documento "*Propuesta desde una visión de las psicopatologías que los niños y jóvenes en situación de calle presentan*" Rosas, Elizabeth, Sánchez Cecilia Fabela, Camarena Acosta, HIJ, 2003

-----Documento "*La Reinserción social y profesional*", Bernardo Tarango Coordinador de área, HIJ, 2005

ANEXOS

ANEXO 1: PANORAMA DE ACCIONES ALREDEDOR DE LA TERAPIA O INTERVENCIÓN DE RED POR EL EQUIPO OPERATIVO

PANORAMA DE ACCIONES ALREDEDOR DE LA TERAPIA O INTERVENCIÓN DE RED	
ESPACIO/ TIEMPO	ACCIONES
Reunión Equipo de RISP¹ Cubículo de Reuniones Una sesión semanal 11:00-1:00 hrs	Identificar y conocer la situación actual de la CTF y CRL: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jóvenes, Familias, Actores comunitarios, Eventos comentarios, Intervenciones realizadas por el equipo, Seguimiento. Definición de caso: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de caso ▪ Análisis de proyecto de vida Planteamiento de objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discusión, análisis y debate de lo que se quiere lograr (impacto en la red) Diseño de Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discusión, análisis y debate (construcción de la estrategia). ▪ Identificación de recursos de la red en diferentes niveles: individual, grupal, institucional, de la comunidad real local. ▪ Estructurar la sesión propiamente de terapia e intervención de red.
Salón de usos múltiples de HIJ-CTF 19:00-21:00 hrs.	Terapia de Red/ Intervención de Red² Fases por las que se atraviesa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TRIBALIZACIÓN ▪ POLARIZACIÓN/MOVILIZACIÓN ▪ DEPRESIÓN ▪ DESBLOQUEO, ▪ RETRIBALIZACIÓN³ Roles operativos: <ol style="list-style-type: none"> I. Conducción: organizar, conducir, reformular, controlar el tiempo, hacer lectura de red, controlar el flujo de la información II. Co-conducción: Conducir, Orientar, reformular, provocar a la red, ayudar en la coordinación a los mediadores de la red, hacer lectura de red. III. Activistas de Red: Orientación, reformular, provocar a la red, ayudar en la coordinación a los mediadores de la red, hacer lectura de red IV. Recepción: registro de presencias, bienvenida, ambiente de confianza y seguridad. V. Logística: recursos materiales, económicos, electrónicos, entre otros. VI. Video y fotografía: guardar la memoria histórica del proceso de red en imágenes y para la evaluación de la intervención. VII. Observador: observación externa, no interviene directamente pero favorece la comunicación entre el equipo de mediación. VIII. Sistematización: Recuperar la información del proceso de intervención.
Cierre Equipo Técnico 21:00-22:00 hrs.	Es el espacio en donde se vierten las emociones, reflexiones de cómo el EO vive la intervención. Es donde se vierten también la primera mirada para el seguimiento del proceso de red.
Reunión Equipo RISP Cubículo de Reuniones Una sesión semanal 11:00-1:00 hrs.	Evaluación: Por un lado, discutir acerca de los movimientos observados en la red, participación de los nodos de la red, efecto de red, estado en el que se queda la red (depresivo, reflexivo, en acción; con tareas específicas...). Por otro lado, analizar el trabajo del EO, en intervenciones, movimientos, momentos, etc. (participación, evasión, sentimientos, etc.) <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura de Bitácora de Intervención o Terapia de Red 2. Análisis y reflexiones 3. Seguimiento y Nueva Estrategia

¹ Reinserción social y profesional

² La diferencia entre la terapia y la intervención de red, radica esencialmente, en que en la terapia de red; la problemática inicial se centra en un caso específico identificado, la red se reúne en torno a ello. En la intervención de red, es una problemática que aqueja de manera directa o indirecta a la red de forma generalizada.

³ Ver capítulo II de este documento p. 34-35, en donde se describe lo que sucede en cada fase de la IR y TR.

ANEXO 2: CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL PROYECTO “TRATAMIENTO DE BASE COMUNITARIA” 2003-2005

No.	Actividades	Tiempo I	Tiempo II	Tiempo III	Tiempo IV	Tiempo V	
1	Antecedentes del proyecto	[Shaded]					
2	Consecución de fondos	[Shaded]		[Shaded]			
3	Conformación Equipo	[Shaded]					
4	Elaboración Reportes Financiamiento			[Shaded]		[Shaded]	
5	Proceso de Inducción	[Shaded]					
6	1eros encuentros inter Matlapa	[Shaded]					
7	Elaboración. Dx Institucional		[Shaded]				
9	Vinculación Operativa. con Centros Matlap	[Shaded]					
10	Formación en RC y Rh CTF		[Shaded]				
11	Formación Acción “La Carpa”			[Shaded]			
12	Tb en comunidades de CM			[Shaded]			
13	Intervención directa P. calle			[Shaded]			
14	Especialidad CAFAC			[Shaded]			
15	Terapia/Intervención de Red				[Shaded]		
16	Seminarios de Formación Centros Matlap					[Shaded]	
17	Supervisión clínica Equipo			[Shaded]			
18	Reuniones EO y Reuniones de área	[Shaded]					

*Cada tiempo representa un periodo aproximado de 6 meses, las columnas están representando los meses.

*Se señalan las etapas anteriores a la intervención directa.

