

Perfil de los NASC inhaladores en Cochabamba (Bolivia 2006)

Estudio de campo realizado en Cochabamba (Bolivia) por:
Voces para Latinoamérica
Valladolid (España)



CARTA DE PRESENTACION:

LOS NIÑOS/AS DE LA CALLE INHALADORES DE CLEFA

P. Gregorio Iriarte o.m.i.

Generalmente, leer encuestas resulta pesado y, no pocas veces, aburrido. No es el caso de este estudio investigativo, tan cuestionador y tan objetivo, que nos presenta el Dr. José Álvarez, experto en droga – dependencias, juntamente con el Equipo de “*Voces para Cochabamba*”.

El objetivo de la investigación es analizar, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y espiritual el perfil de los *niños/as en la calle inhaladores de clefa*.

En esta documentada y amplia investigación encontramos respuestas precisas a la variedad de preguntas que nos hacemos acerca de los mal llamados “*chicos cleferos*”.

Estos jóvenes, e incluso niños y niñas, que pueden convertirse en infractores más o menos peligrosos, son la expresión más dramática de esos fenómenos sociales que llamamos: marginación, exclusión y explotación.

Como alguien ha dicho: “*Delinquen y por eso son castigados, pero la verdad es que son castigados y explotados y por eso delinquen*”.

El presente diagnóstico está realizado sobre un grupo representativo “*de niños, niñas en situación de calle*” que consumen sustancias inhalantes. Son niños, niñas o jóvenes que, habiendo roto o debilitado profundamente sus lazos familiares, pasan ahora la mayor parte de su tiempo en la calle en forma inadaptada, siendo, a la vez, víctimas de desprecio, de represión, de hambre y de extrema pobreza.

Son muchas las preguntas y los interrogantes que nos planteamos frente a este traumatizante problema social.

¿Cuántos son los niños/as inhaladores de clefa en nuestra ciudad?

¿Qué es la “clefa”? ¿Qué efectos tiene sobre el organismo?

¿De dónde provienen estos niños y adolescentes? ¿No tienen familia?

¿Van a la escuela?

¿Qué políticas sociales desarrolla la Alcaldía?

¿Se logra algún éxito? ¿Cuáles son las causas para su fracaso?

¿Se consigue que dejen de consumir psico – estimulantes y clefa?

Estas y otras muchas preguntas lógicas encuentran acertadas respuestas en este estudio cuya finalidad es definir el perfil de estos niños/as de manera que ayude a un mejor conocimiento del problema.

Se busca, asimismo, el que la acción con relación a estos grupos sea, ante todo, *preventiva, educativa y terapéutica*, orientada a solucionar los daños ocasionados por la situación desprotegida en que viven y por el consumo de clefa.

El estudio – encuesta, nos informa que en la ciudad de Cochabamba existían, en el momento de la encuesta, 23 lugares donde pernoctaban y cohabitaban unos 450 niños/as y jóvenes. Los lugares más frecuentados por ellos suelen ser: La Coronilla (con distintas ubicaciones), el puente de Cala Cala, el puente Huayna Cápac, el mercado 25 de mayo, etc.

Se drogan con algunos estupefacientes como la “pasta base”, la marihuana y otras sustancias psico – activas, pero se da un predominio absoluto de la chicha y, sobre todo, de la “clefa”.

La clefa es un pegamento usado, principalmente, en zapatería. Recurren a ella debido, ante todo a que es asequible y muy barata. Se la inhalan a través de las fosas nasales, llevándola en pequeños “pomos” de plástico.

Lo que buscan ansiosamente con ello es olvidarse del hambre cruel y permanente. Por otro lado, la clefa les ayuda a enfrentarse con los posibles problemas de la dinámica delictiva. Es también un componente del código de relación grupal y aún de “status” dentro del grupo. Les ayuda, por otro lado, a superar el frío en lugares tan inhóspitos donde tienen que pernoctar y a olvidarse de las frustraciones diarias de su dramática existencia.

El estudio no deja de señalar algunas notables cualidades o virtudes que se encuentran en estos grupos de niños y niñas de la calle: Muchos de ellos trabajan limpiando parabrisas, como “voceadores” de micros, o lustrando zapatos.

Son generosos y solidarios con sus compañeros, ayudan a los más débiles, y se defienden, en conjunto, cuando la policía arremete contra ellos...

Todos podemos constatar un hecho muy sencillo y altamente significativo que nos rebela ciertos sentimientos muy humanos de estos grupos de niños y niñas en calle: Siempre los podemos ver acompañados de perros vagabundos por la sencilla razón de que, en su extrema pobreza, saben compartir lo poco que tienen entre sí y aún con los perros “de nadie”.

Las instituciones de Cochabamba que colaboraron en la recopilación de datos para este estudio – encuesta, según el presente estudio, son las siguientes: Voces para Cochabamba, *Amanecer* (Sayaricuy), *Solidaridad* (Obispado) y *Mosoj Yan*.

P. Gregorio Iriarte

INDICE:

INTRODUCCIÓN GENERAL	7
• Qué es “Voces para Latinoamérica”	7
• Entidades y personalidades colaboradoras.	7
CAPITULO I	8
Contexto y metodología de la investigación	8
1. Características de la ciudad de Cochabamba	
2. Metodología aplicada en la investigación	8
2.1. Objetivo	9
2.2. Grupo de las personas encuestadas	9
2.2.1 Características y ubicación de los encuestados	10
2.3. Estrategia de la investigación	10
3. Selección de las zonas mencionadas para su estudio	12
4. Recolección de datos.	13
CAPITULO II (1ª PARTE)	
Encuestas realizadas: datos y resultados	14
Primera encuesta	
1. Introducción	14
2. Finalidad de la encuesta	14
3. Presentación de los datos y resultados:	14
3.1. Tabla A (Sub-grupos)	16
3.2. Tabla B (Por edades)	17
4. Conclusión	18
Segunda encuesta: perfil de los NASC	19
1. Introducción	19
2. Finalidad de la encuesta	19
3. Presentación de datos y resultados obtenidos	19
PRESENTACIÓN A	20
3.1 Variables sociodemográficas en función de diferentes factores	
A) Relación entre sexos de los NASC	20
B) Edad y vivencia escolar en los NASC	20
C) Estancia o ingreso en programas	21
D) Quiénes forman sus familias de origen	22

E) Con quién vive actualmente	23
F) Respecto a si tienen esposa-o y/o pareja	23

3.2 Historia sobre el consumo **24**

A: Sustancias psicoactivas que han probado	24
B: Consumo habitual de drogas o psicoestimulantes	25
C: Consumo diario de “Clefa”	26
D: Si pueden estar sin consumir “Clefa”	26
E: Cuántos días máximos han estado sin consumir “Clefa”	27

3.3 Motivación para el tratamiento **28**

A: Si han pensado en dejar de consumir	28
B: Si han intentado dejar de consumir por su cuenta	29
C: Si le gustaría dejar de consumir ahora “Clefa”	29
D: Si les gustaría dejar de consumir en un futuro	30
E: Sobre las necesidades para dejar de consumir	31
F: Alteraciones en la salud relacionadas con el consumo de “Clefa”	31
G: Posible sicopatología del consumo de “Clefa”	35

3.4 Autoestima **36**

A: Cómo se ven en relación a los demás	36
B: Si se creen buenos en alguna actividad	36
C: Si piensan que no sirven para nada	37

3.5 Conducta delictiva **38**

A: Si han traficado con drogas para poder conseguir más drogas	38
B: Si roban para poder conseguir drogas	39

3.6 Relaciones sociales **39**

A: Si tienen amigos que no consuman drogas	39
B: Si sus amigos les animan a consumir drogas	40

CAPITULO II (2ª parte) **42**

PRESENTACION B

Ejercicio comparativo de la 1ª encuesta

Combinación de datos en función de la edad: variables y resultados

1.- Relaciones sociales **42**

A: Respecto a si tienen amigos que no consuman drogas	42
B: Respecto a si sus amigos le animan a consumir drogas	42

2.- Conducta delictiva

A: Respecto a si han traficado con drogas para poder conseguir más drogas	43
B: Respecto a si roban para poder conseguir drogas	44

3.- Autoestima	45
A: Respecto a cómo se ven en relación a los demás	45
B: Respecto a si se creen buenos en algo	45
C: Respecto a si piensan que no sirven para nada	46
4.- Motivación por el tratamiento	47
A: Respecto a si han pensado en dejar de consumir	47
B: Respecto a si han intentado alguna vez en dejar de consumir	47
C: Respecto a si les gustaría dejar de consumir ahora	48
D: Respecto a si les gustaría dejar de consumir en un futuro	49
5.- Historia de consumo	49
A: Respecto a si consumen “Clefa” todos los días	49
B: Respecto a cuanto tiempo pueden estar sin consumir “Clefa”	50
C: Respecto a cuántos días máximos han estado sin consumir “Clefa”	50
D: Respecto al número de estancias o ingresos en algún programa	50
E: Alteraciones en la salud relacionadas con el consumo de sustancias	51
F: Psicopatología	51
CAPÍTULO III	53
Propuesta del perfil niños-as y adolescentes inhaladores en situación de calle de Cochabamba (Bolivia)	53
CAPITULO IV	54
1. Recomendaciones	55
2. Propuesta Estructural	58
3. Agradecimientos	63
4. Anexos	64
5. Bibliografía	73



INTRODUCCIÓN GENERAL

QUE ES VOCES PARA LATINOAMERICA

www.vocesparalatinoamerica@yahoo.es

Voces para Latinoamérica es una asociación de Cooperación Internacional, sin ánimo de lucro, con sede en Valladolid (España), sensible a los problemas de exclusión y marginación social, derivados del impacto que, la política neoliberal y la globalización, nos generan a todos. En nuestro caso, ponemos especial atención a las consecuencias y problemáticas que afectan a los niños-as y adolescentes en situación de calle (**NASC**).

Esta asociación pretende ser una voz de divulgación y denuncia de las variables propiciadoras o generadoras de la situación de calle en la que se hallan los **NASC**.

En Latinoamérica, contamos ya con equipos de trabajo en tres países: Perú (Lima y Cusco), Colombia (Cali y Pereira), Bolivia (Cochabamba) y en Europa: España (Barcelona y Valladolid).

ENTIDADES Y PERSONALIDADES COLABORADORAS

El presente estudio de investigación ha sido realizado con la ayuda, información, apoyo personal, etc., de las siguientes entidades y personalidades:

Voces para Cochabamba. Cochabamba (Bolivia). www.vocespara.org Es una asociación que tiene como finalidad profundizar, mantener y respaldar los objetivos de Voces para Latinoamérica.

EdPAC, (Educación Para la Acción Crítica). Barcelona (España). www.edpac.org Es una asociación ubicada en Barcelona, tiene como objetivo la educación y pretende fomentar la acción crítica desde los espacios cotidianos.

AESLO. (Asociación Española de Logoterapia). Madrid (España). www.aeslo.net Es una asociación ubicada en Madrid. Trabajan en toda España en la educación e investigación desde los planteamientos de la Logoterapia a nivel del estado español.

Y gracias al esfuerzo de los siguientes programas, técnicos y/o especialistas sociales:

- La doctora Mercé Bacells, el doctor Carlos Roncero, por su estudio sobre inhalantes, del equipo del Hospital Universitario del Vall d'Hebron, hospital psiquiátrico de Barcelona (España), y la psicóloga Merixell Torres (Barcelona).
- Los técnicos sociales de la ciudad de Cochabamba: Max Rougcher, Celia Jordán, Paloma Gutiérrez y Tamara Gonzáles, que gracias a ellos se pudo acceder a los muchachos a nivel de calle y rellenar los datos.
- Los programas; **Amanecer, Solidaridad, S. José y Mosoj Yan**, con los que se contó a la hora de rellenar los datos de jóvenes que se encontraban en el inicio de un proceso de cambio en los campos terapéutico y/o educativo.
- Y las psicólogas de apoyo, Ángela Mercado y Miriam Cuellar. Gracias a su trabajo, pudimos tabular y cerrar el estudio, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Este trabajo se ha realizado bajo la dirección técnica de **José Álvarez Blanco**, experto en drogodependencias (Univ. Complutense de Madrid, España).

CAPITULO I

Contexto y metodología de la Investigación

1. Características de la ciudad de Cochabamba

El departamento de Cochabamba es esencialmente montañoso ya que está atravesado por el ramal oriental de la Cordillera de los Andes. Está ubicado en el centro de Bolivia y situado a 2558 metros de altura sobre el nivel del mar. Tiene una extensión de 55.631 Km.². Limita con: Beni al norte, Potosí y Chuquisaca al sur, Santa Cruz al este y La Paz y Oruro al oeste. El departamento de Cochabamba tiene una población de 1.110.205 habitantes.

Cochabamba cuenta además con varios valles ubicados a diferentes alturas sobre el nivel del mar, siendo los más importantes los de, Sacaba, el Valle Alto y el de Cliza. Está dividido en 16 provincias y 201 cantones, siendo su capital la provincia Cercado.

Debido a las características económicas, la “ciudad” de Cochabamba recibe desde hace más de tres décadas una fuerte y masiva inmigración desde el interior del departamento y del interior del país. Paradójicamente, si bien la “ciudad” de Cochabamba se muestra moderna y globalizada, en el Departamento, existe un gran número de personas que luchan por subsistir recibiendo los efectos del modelo neoliberal implantado de manera muy impactante, por ejemplo, por EEUU, Japón o incluso, por algunos anteriores presidentes de la nación, corruptos o comprados por el neoliberalismo. Debido a la situación descrita, cada vez hay más familias en proceso de desestructuración que favoreciendo, a su vez, los procesos de callejización, inician en niños/as y adolescentes la dinámica de acercamiento, pertenencia y permanencia en calle.

2. Metodología aplicada en la investigación

Debido a la naturaleza del tema a ser estudiado, se aplicó la metodología conocida como “*evaluación rápida*”.

La evaluación rápida usa varias estrategias para la recogida de datos, con la finalidad de lograr la comprensión de una realidad o situación social específica en un contexto sociocultural particular, se la aplica usualmente con el objetivo de formular una propuesta o alguna otra clase de intervención. Es una metodología que combina datos cuantitativos con informaciones cualitativas; por ello los resultados son en parte descriptivos, en parte analíticos y en parte estadísticos.

2.1. Objetivo

“Definir un perfil de la población niño-a y adolescente en situación de calle (NASC) de la ciudad de Cochabamba en el 2006, de manera que ayude al mejor conocimiento e intervención (preventiva, educativa y/o terapéutica) de los programas y/o técnicos sociales que esta población tiene ante los daños ocasionados en su estancia en calle y/o consumo de -Clefa-”.

Nota: Al margen de justificar, o no reconocer, los errores que se pueden encontrar en este trabajo (tanto a nivel académico como de presentación) queremos dejar claro que **Voces para Latinoamérica** con este ejercicio, sólo ha pretendido abrir un debate desde el análisis y el acercamiento al mundo de los NASC, con una mirada humana y positiva, y no, sentar cátedra alguna o etiquetas para con estos jóvenes en calle. Es por ello que disculpándonos de ante mano por el, tal vez, bajo nivel académico o erudito (ejercicio que hemos de aclarar no tuvo financiación alguna, siendo más fruto de la solidaridad de sus participantes que del trabajo con técnicos eruditos de despacho) deseamos nos anime a partir de este y sigamos profundizando en las personas y vivencias de estos jóvenes excluidos y mal tratados, por casi toda la sociedad, pues si algo ya no necesitan, son nuestras teorías, y sí, nuestra ayuda coordinada y mayor comprensión.

2.2. Grupo de personas encuestadas

El grupo meta al cual se orientó el presente estudio (en el año 2006) partió de un primer grupo representativo de 50 **NASC** (varones y mujeres) en situación de calle que consumían inhalantes. La edad de los jóvenes encuestados osciló entre los 10 y los 25 años. También quisimos incluir algunos con mayor edad, debido a que en la ciudad de Cochabamba, ya se pueden encontrar tres generaciones en calle y, los mayores, a pesar de que han dejado de ser niños-as y/o adolescentes, dan variados matices al perfil del grupo global. En un segundo ejercicio se contó con un grupo de 66 **NASC** y con las mismas características anteriormente mencionadas para el primer grupo. En ambos casos, las encuestas fueron anónimas por lo que aseguran mayor franqueza en su contestación.

Denominamos **Niño-a y Adolescente en Situación de Calle** o **NASC**, al colectivo humano infante - juvenil, que habiendo debilitado o roto sus vínculos familiares, ahora transita la mayor parte de su tiempo en la calle de manera inadecuada a su proceso de personalización y estructuración, (en este caso, en la ciudad de Cochabamba -Bolivia-), siendo a su vez, víctima de dinámicas sociales muy vinculadas a las consecuencias neoliberales generadoras de exclusión, explotación y/o marginación social.

Como consecuencias neoliberales entenderemos aquellas que se disparan desde diversos impactos socio-ambientales del tipo de la pobreza (a nivel integral del ser), la cosificación de la persona (explotación, degradación y/o utilización), la inmigración y/o derivados de esta dinámica (abandono de los hijos, mal trato, ruptura familiar, etc), así como a nivel ecológico (desde los cambios climáticos, la deforestación o la pobreza en las cosechas, entre otros) y a nivel político (desde la corrupción, imposición de políticas del FMI, los TLC, o el dominio hegemónico de las transnacionales). Además, tras ser implantado en los países más empobrecidos o áreas sociales de mayor desigualdad humana, veremos cómo inexorablemente, produce un proceso que debilita y rompe la estructura micro social y familiar, a la vez que genera procesos de expulsión y/o callejización en los niños-as y/o jóvenes de estas familias. A esto se sumarán las precarias políticas sociales locales y en muchos casos la corrupción de los órganos oficiales locales que no derivan presupuestos suficientes para prevención y/o erradicación de esta problemática.

2.2.1 Características y ubicación de los encuestados

El estudio se inició en el año 2005 en las calles de la ciudad de Cochabamba (Bolivia), con la población que ya hemos descrito y sintetizado anteriormente con las siglas **NASC**. El estudio transcurrió por diversos problemas, uno de ellos tras una primera revisión y evaluación de los datos recogidos, se tuvieron que eliminar una serie de encuestas no válidas por sesgos. Al mismo tiempo advertimos la ausencia y necesidad de obtener datos relacionados con la temporalidad de su situación en calle y su correspondiente deterioro, todo ello para lograr un perfil más exacto de los **NASC**. Por todo ello, se detiene el trabajo y se lo retoma al año siguiente con una segunda encuesta, donde se incluyen preguntas relacionadas con la temporalidad en calle de los jóvenes, pudiéndose finalizar el trabajo en calle, de recogida de datos, a finales del 2006.

Esta investigación se ha podido llevar a cabo con población de calle y gracias a la ayuda de cuatro de los muchos programas existentes en la ciudad de Cochabamba relacionadas con esta población. Y encontraremos este trabajo dentro de los objetivos del proyecto de cooperación; **Acción comprometida en Cochabamba II**, y **Acción para Cochabamba III** del 2006-7, que la asociación internacional **Voces para Latinoamérica** llevó a cabo.

“El que jóvenes e incluso niños se conviertan en infractores más o menos peligrosos, no es más que un síntoma de otro fenómeno que constituye su urdimbre: el de la explotación. No delinquen y por eso son castigados, sino que son explotados y por eso delinquen”.¹



¹ Pág. 18, **Cachorros de nadie**. Enrique Martínez Reguera. Editorial popular 1988.

UBICACIÓN Y APROXIMACION DE LOS NASC EN COCHABAMBA

2.3 Estrategia de la investigación

Etapa preparatoria

Planificación del estudio:

a) Diseño de la encuesta

Tanto para el diseño del material de la 1ª encuesta, como para la síntesis en conclusiones, nos hemos basado en el estudio e informe de Riccardo Lucchini 1993. En cuanto a los formularios utilizados véase los anexos, se confeccionaron bajo la ayuda de expertos del Psiquiátrico de la **Vall de Ebron** de Barcelona de manera voluntaria y desinteresada.

b) Búsqueda, selección y orientación de los encuestadores

Para lograr los tres pasos citados en el epígrafe, fue clave contar con un equipo de apoyo que tenía vivencia y conocimiento de la subcultura de calle de estos jóvenes. Pretendimos en todo momento acercarnos a tres subgrupos de vida representativos y a las tres generaciones en calle, desde un amplio espectro de esta población (con ambos sexos), apostamos por dirigirnos a las zonas que se citan en el siguiente apartado.

c) Trabajo de campo

El trabajo de campo comprendió las siguientes fases:

1.- Identificación de las zonas de concentración de los niños/as y adolescentes en situación de calle.

En la ciudad de Cochabamba se estima que en la fecha de realización de las encuestas, cohabitan en situación de calle unos **450 personas, entre ellos, niñas, niños, adolescentes y jóvenes** (9-11-2006), fruto ya, algunos de ellos, de la existencia de tres generaciones en calle. Estos jóvenes deambulan por la ciudad buscando dónde y cómo sacarle partido a su situación (nos referimos a robos, venta de droga, etc.) o, de manera no delictiva: limpiando parabrisas de coches, haciendo de “voceadores” entre micros o simplemente limpiando zapatos.

En la ciudad de Cochabamba y en el momento de ejecución de encuestas, existían en la calle unos 23 lugares donde pernoctar y/o cohabitar (unos en calle y los menos bajo techo). Entre ellos, por su singularidad, queremos destacar los siguientes:

- **Coronilla**; con 115 miembros y 12 espacios o ubicaciones (entre las más conocidas están: la de Celestino, Piña, El siete, etc...).
- **Puente Cala Cala**; con unos 23 miembros.

- **Puente Huayna kapac**; con unos 18 miembros.
- **El mercado 25 de mayo**; con unos 12 miembros.

A estas zonas hemos de añadir, a los jóvenes que vivían y/o deambulaban en: La calle Aroma, “La Coca cola”, Cerro verde, Juan de Dios, El Cristo de la concordia, Las Palmeras, La Terminal (sólo por el día), La Costanera, Plaza Bush, Plaza Principal (alrededores), Laguna Alalay, La plazuela, S. Sebastián, Maryknoll (Ciclovía), El avión, La avenida Oquendo, La avenida América y Quillacollo (pueblo cercano a la ciudad).

3.- Selección de las zonas mencionadas para su estudio

Para llevar a cabo este trabajo y, teniendo en cuenta los datos ya expuestos, se han utilizado dos sub-grupos de observación y/o trabajo.

Primer sub-grupo: se incluyen a los jóvenes que vivían en dos de las 23 zonas o ubicaciones de la ciudad de Cochabamba (anteriormente descritas) y a un grupo de varios, seleccionados desde nuestro trabajo de calle:

- ✓ Zona de **Huayna Kapac**, situada a las orillas del río **Rocha**. En ella cohabitaban normalmente alrededor de unos 18 jóvenes. Nosotros encuestamos a 22 niños-as y/o jóvenes.
- ✓ Zona denominada **Coronilla**, con 7 jóvenes encuestados, situados en el grupo de “Don Celestino” y “Piña” en los que pernoctaban, siendo ésta una de las zonas más inaccesibles de la ciudad. La razón por la que incluimos a jóvenes de este sub-grupo, se debe a que este lugar aporta un amplio abanico de perfiles en proceso de deterioro.
- ✓ Más un apartado “**varios**” donde se han incluido muchachos/as con variables en calle sin definir, pero que, saliéndose de la dinámica de clanes o sub-grupo, son también representativos en los diversos perfiles de calle (cerca ya de los niveles de cronificación y/o indigencia).

Segundo sub-grupo: jóvenes en proceso de institucionalización; eso sí, de reciente ingreso, pues así la vivencia y referencia “de calle” está latente.

En este caso contamos con el programa de acogida de **Amanecer** (Sayaricuy), el de **Solidaridad** y **Mosoj Yan**. De estos programas tomamos como muestra a aquellos usuarios que, por su deseo y proceso en el abandono de la calle, asegurasen una mayor veracidad en las contestaciones de las encuestas. Al mismo tiempo, con todos ellos, conseguíamos un amplio elenco de perfiles, obteniendo un total de 50 usuarios para el primer estudio, y de 66 para el segundo.

4.- Recolección de datos.

Antes de hablar de cómo trabajamos el material obtenido, queremos reiterar que uno de los aspectos que no se recogió en las encuestas iniciales (y desde el cual se observó el sesgo de estudio inicial), es el tiempo de vivencia en calle. Esto se debió a que, observaciones previas a la encuesta, nos demostraron que tanto sus estancias y regreso al hogar, como movimiento entre los sub-grupos de calle, eran muy variables, lo que denotaba un proceso no lineal; es más, hemos reconocido que, de entre los **NASC**, la mayoría de ellos, no sólo tienen y mantienen contacto con la familia de origen estando en calle, sino que incluso, el proceso de callejización pasó por varias etapas (tanto de entradas como de reiteradas salidas – que se explican a continuación-) a la vez que de acercamientos y/o abandonos respecto al grupo de calle con el que se vincularon.

Desde un trabajo en calle que cuenta ya con seis años, fue desde donde hemos podido observar cómo la gran mayoría de los **NASC** mantienen, durante un largo periodo de su vida, contactos y reentradas con su familia (tanto con el hogar materno - paterno, o en el caso de separación y/ divorcio con uno de ellos). Esto no es de extrañar, pues no olvidemos que una de las variables (a nivel micro social) que hizo y dinamizó el inicio del proceso de expulsión y/o callejización, no solo fue la propia situación de pobreza familiar, si no que podemos encontrar otras variables explicativas, como son la dinámica de inmigración, separación de los padres y/o la misma dinámica de violencia doméstica (no siempre mantenida en el tiempo o por la misma persona) y sí, fruto del precario y variable sistema económico de subsistencia familiar.

En una segunda dinámica y habiendo reconducido el objetivo inicial del estudio (pues abandonamos la idea de averiguar si era necesaria o no una desintoxicación común ante un posible e hipotético síndrome de abstinencia común), sí vimos la necesidad de recoger datos con los que abordar el perfil en calle, y para ello, el tiempo de calle y su correspondiente proceso de callejización, ya nos era de mayor necesidad y/o importancia. Situados en el nuevo objetivo para con el estudio, y tras el proceso de recogida de datos, se vio cómo la dinámica de "callejización" no empieza un día puntual tras un conflicto o deterioro familiar concreto, (decidiendo con ello no volver a casa) sino que, en la mayoría de los encuestados, se dieron preliminares (incluso estando inmersos en programas educativas o terapéuticas). Es más, esta decisión les lleva a surcar etapas de cambio personal (en muchos de ellos resultado de varios años, incluso de recaídas en consumos o vueltas a la calle) y con todo ello, a terminar en la calle, llegando en algunos casos a procesos de cronificación, razón por la que nos reafirmamos en el objetivo de la temporalización.

La aplicación de los instrumentos se lleva a cabo en dos tiempos, el primero entre Junio y septiembre del 2005; y el segundo en septiembre y diciembre del 2006.

a) Procesamiento y análisis de datos: una vez recogida la información se procedió a su análisis (apartado que se muestra en el siguiente capítulo).

En cuanto al procesamiento de la información, empezaremos por exponer los datos de la primera encuesta, de manera que nos ayuden a temporalizar lo relativo a la estancia en calle en relación a edades y lugares de estancia y de manera combinada, pues

cruzaremos los datos según grupos de calle y edades. A continuación daremos paso a la exposición de resultados de la que fue la segunda encuesta.

b) Exposición de los datos

Por la necesidad de conocer y ubicarnos mejor en el entendimiento del perfil, primero presentaremos la temporalización desde la encuesta que corresponde al año 2006 y a continuación la del 2005 que se refiere más a datos cualitativos o de perfil.

Para la mejor comprensión y buen entendimiento de los apartados de cada exposición de datos (en cada apartado), recomendamos dirigirse primero al **capítulo III** desde donde podremos entender la subdivisión con la que situamos el perfil de calle en la mejora de la comprensión de los resultados obtenidos, la cual nació tras el cierre de este estudio.

Desde nuestra experiencia y tras este estudio, entendimos que el grupo de **NASC** no solo es amplio y peculiar (debido a su edad, ubicación y procedencia), sino que, tanto el daño en la vivencia en calle a nivel Bio-psico-social y espiritual, como el tiempo que lleven en ésta, nos aconsejan estratificar y subdividir su perfil, ya sea para su mejor acompañamiento y entendimiento, como para que podamos disponernos en su mejor ayuda interventiva. Para ello nos situaremos en cuatro etapas; **Contacto, Pertenencia, Permanencia y Cronificación.**

Nota: *Queremos hacer constar que, tanto la lectura como la comprensión de este material, lejos de pretender sentar cátedra o juzgar a nadie (y menos al esfuerzo de los programas locales existentes en el 2006 y de las que, en el caso de algunas de ellas, ya sabemos que hicieron o hacen esfuerzos por superarse y/o mejorar su intervención), buscamos que, al técnico que lea este material, le ayude en su reflexión, análisis e intervención, por lo que supone de comprensión y visión en la problemática de NASC. Por ello, rogamos que no se mal interpreten nuestras observaciones, juicios y/o consejos, ya que, son sólo fruto de nuestra mirada y precarios medios de análisis en un momento puntual (año 2006). Debido a esto, aceptaremos de buen grado tanto las sugerencias, como mejoras y correcciones que suscite la lectura de este trabajo o su mejora.*

En **Voces para Latinoamérica** sólo nos mueve el afán por ayudar a mejorar la actuación de quienes se mantienen en el heroico esfuerzo de apoyar y ayudar a que estos jóvenes, abandonen su proceso de auto - destrucción. Por ello, una vez más, rogamos serenidad en la lectura de este material, reflexión en su comprensión y ayuda para mejorarlo; pues partimos de la base de que también nosotros podemos equivocarnos y que solo en la medida de que unamos esfuerzos, nos acercaremos al encuentro de las mejoras estratégicas de ayuda, y con ello, y entre todos, a la erradicación de este complejo problema social, ya a nivel mundial.

CAPITULO II (1ª parte)

Encuestas realizadas: datos y resultados

Primera encuesta: temporalización (NASC) (Cochabamba 22 - 11 - 2006) Estancia en calle (por sub-grupos en calle)

1.- Introducción

Esta primera encuesta pudimos realizarla, gracias al apoyo y colaboración desinteresada de las siguientes personas y entidades:

1. Tres técnicos de calle: Alberto Salas, Celia Jordán y José Álvarez Blanco. Ellos desde *su trabajo de calle*, pudieron entrar en contacto con esta población y acceder a los jóvenes.
2. Las siguientes programas cochabambinas: **Solidaridad** (dependiente del obispado de Cochabamba), cuya misión es asistir médicamente los traumatismos de estos jóvenes *en calle (dentro de ella)*, especialmente agradecemos la colaboración de la Hna. Adelina). **Sayaricuy** (Amanecer), que se ocupa de la etapa de acogida de niños en calle del programa y **Madre de Dios**, que cubre la etapa de acogida de niñas en calle también del programa Amanecer, (especialmente gracias a su director D. Héctor Fernández R y a Carmen Rosa León que ayudó con la recogida de datos).

2.- Finalidad de la encuesta

Nos propusimos obtener la siguiente información:

- 1) La edad de inicio en el proceso de callejización. Edad desde la cual, inician los procesos de pertenencia y permanencia.
- 2) La edad de inicio del contacto con la sustancia psicoactiva (la "Clefa") que tanto les caracteriza.
- 3) Las veces que abandonan la calle y a dónde se dirigen.

3.- Presentación de los datos y resultados

Como indicábamos inicialmente, hemos ordenado los datos en dos tablas (**Tabla A y B**), siempre en función de la temporalización de los **NASC** en Cochabamba. En la **tabla A** se ordenan los datos por los diferentes sub-grupos de estancia, y en la **tabla B** lo hicimos por edades.

En cuanto a las variables, las preguntas son las mismas para las dos.

3.1.- Tabla A (Sub-grupos)

Subgrupos y correspondencia con la numeración:

Solidaridad (1-9). Zona de calle denominada “**Maryknoll**” (10-15). Zona de calle denominada “**Coronilla**” (16-22). **Calles** de Cochabamba (23-25). **Solidaridad** (26-34). **Sayaricuy** (35-50). **Madre de Dios** (51-52). **Calles** de Cochabamba (53-66).

Pregunta **A**: Años del encuestado.

Pregunta **B**: Años de su 1º contacto de calle.

Pregunta **C**: Edad en la que decidió quedarse en calle más de un mes.

Pregunta **D**: Edad en la que comenzó a consumir “clefa”.

Pregunta **E**: Tiempo ahora seguido en calle.

Pregunta **F**: Cuántas veces ha dejado la calle por estancias en: a) su casa, b) en cárcel, c) en un programa, d) en otra ciudad, e) en hospitales.

	A	B	C	D	E	F	a	b	c	d	e		A	B	C	D	E	F	a	b	c	d	e	
1	32	7	10	7		10:			5	1	4		34	23	5	10	10		15	3		7		5
2	19	10	10	10		7:			4	1	2		35	13	11	11	12		4:	1	1		1	1
3	20	6	6	6		25:	1		20	3	1		36	20	18	19	18		2:	1		1		
4	33	14	17	17		2:		1		1			37	15	9	11	14		3:		1	1	1	
5	21	9	12	9		14:	7		5	1	1		38	14	12	12	14		2:	1		1		
6	31	12	13	11		9:	3		3	2	1		39	12	8	11	11		2:	1			1	
7	12	7	7	5		3:			1		2		40	13	7	11	0		10	6		1	1	2
8	26	8	8	13		4:		1	1	1	1		41	15	13	13	14		2:	1		1		
9	21	9	11	10		9:		1	1	5	2		42	13	13	13	13		3:	1		1		1
10	13	10		11		9:			4	5			43	14	6	6	6		3:	1		1		1
11	13	4	5	11		11:	3		5	3			44	13	7	10	7		5:	2		2	1	
12	15	8	8	9		13:		1	8	3	1		45	11	9	9	9		3:	1		1		1
13	20	13	15	15		19:	15		1	2	1		46	14	7	15	7		16	1	10	4	1	
14	18	17	17	18		6:	1		3	1	1		47	11	8	11	11		5:	1	1	1	1	1
15	17	8	11	10		14:	12		1	1			48	13	7	9	8		6:	2		3	1	
16	24	12	18	12		11:		2	5	2	2		49	11	10	10	11		3:	1		1		1
17	22	10	13	10		3:			2		1		50	14	12	13	13		5:	4				1
18	25	8	18	8		11:		1	8	1	1		51	10	2	2			5:			5		
19	15	8		8		9:	5		3	1			52	12	8	8	8		6:			6		
20	28	8	9	9		18:	6		4		8		53	17	15	15	12		1:			1		
21	16	7		7		5:	1	1	2		1		54	18	7	10	10		6:	3		2	1	
22	27	8	10	8		18:		2	10	3	3		55	25	8	8	10		1:			1		
23	30	12	12	13		6:		1	1	4			56	18	9	12	10		2:	1		1		
24	15	10	11	11		6:	3			1	2		57	15	6	8	8		1:			1		
25	13	6	6	8		2:			2				58	23	9	11	10		4:			4		
26	17	12	12	13		7:		1	3	1	2		59	16	11	11	10		6:			6		
27	26	10	10	10		7:		1		1	5		60	18	9	9	9		5:	2		3		
28	27	15	15	15		12:			7	1	4		61	20	8	8	10		10			10		
29	14	7	13	7		22:			20	1	1		62	20	13	14	14		15			15		
30	15	8	14	14		3:			3				63	16	8	10	10		5:			5		
31	24	5	6	2		25:	15		5	2	3		64	20	9	9	10		3:	1		2		
32	22	15	15	15		4:				1	3		65	18	16	16	14		2:		1	1		
33	17	8	13	8		2:		1	1				66	19	12	12	12		1:			1		

Medias	A	B	C	D	E	F:	a	B	c	d	e
	18'36	9'43	11'14	10'22		7'09	3'3	1'6	3'8	1'6	2

Nota: decidimos dejar en blanco la pregunta E, (¿Cuánto tiempo llevas de seguido en la calle?), pues existió un sesgo de comprensión entre los entrevistadores y por ello se desvirtuaron las respuestas y resultados.

3.2. Tabla B (Por edades)

Pregunta A: Años del encuestado.

Pregunta B: Años de su 1er contacto de calle.

Pregunta C: Edad en la que decidió quedarse en calle más de un mes.

Pregunta D: Edad de su inicio en la “clefa”.

Pregunta E: Tiempo ahora seguido en calle.

Pregunta F: Cuántas veces ha dejado la calle por estancias en: a) su casa, b) en cárcel, c) en un programa², d) en otra ciudad, e) en hospitales.

	A	B	C	D	E	F	a	b	c	d	e		A	B	C	D	E	F	a	b	c	d	e	
51	10	2	2			5:			5				53	17	15	15	12		1:			1		
45	11	9	9	9		3:	1		1		1		14	18	17	17	18		6:	1		3	1	1
47	11	8	11	11		5:	1	1	1	1	1		54	18	7	10	10		6:	3		2	1	
49	11	10	10	11		3:	1		1		1		56	18	9	12	10		2:	1		1		
7	12	7	7	5		3:			1		2		60	18	9	9	9		5:	2		3		
39	12	8	11	11		2:	1			1			65	18	16	16	14		2:		1	1		
52	12	8	8	8		6:			6				2	19	10	10	10		7:			4	1	2
10	13	10		11		9:			4	5			66	19	12	12	12		1:			1		
11	13	4	5	11		11:	3		5	3			3	20	6	6	6		25:	1		20	3	1
25	13	6	6	8		2:			2				13	20	13	15	15		19:	15		1	2	1
35	13	11	11	12		4:	1	1		1	1		36	20	18	19	18		2:	1		1		
40	13	7	11	0		10:	6		1	1	2		61	20	8	8	10		10:			10		
42	13	13	13	13		3:	1		1		1		62	20	13	14	14		15:			15		
44	13	7	10	7		5:	2		2	1			64	20	9	9	10		3:	1		2		
48	13	7	9	8		6:	2		3	1			5	21	9	12	9		14:	7		5	1	1
29	14	7	13	7		22:			20	1	1		9	21	9	11	10		9:		1	1	5	2
38	14	12	12	14		2:	1		1				17	22	10	13	10		3:			2		1
43	14	6	6	6		3:	1		1		1		32	22	15	15	15		4:			1	3	
46	14	7	15	7		16:	1	10	4	1			34	23	5	10	10		15:	3		7		5
50	14	12	13	13		5:	4				1		58	23	9	11	10		4:			4		
12	15	8	8	9		13:		1	8	3	1		16	24	12	18	12		11:		2	5	2	2
19	15	8		8		9:	5		3	1			31	24	5	6	2		25:	15		5	2	3
24	15	10	11	11		6:	3			1	2		18	25	8	18	8		11:		1	8	1	1
30	15	8	14	14		3:			3				55	25	8	8	10		1:			1		
57	15	6	8	8		1:			1				8	26	8	8	13		4:		1	1	1	1
37	15	9	11	14		3:		1	1	1			27	26	10	10	10		7:		1		1	5
41	15	13	13	14		2:	1		1				22	27	8	10	8		18:		2	10	3	3
21	16	7		7		5:	1	1	2		1		28	27	15	15	15		12:			7	1	4
59	16	11	11	10		6:			6				20	28	8	9	9		18:	6		4		8
63	16	8	10	10		5:			5				23	30	12	12	13		6:		1	1	4	
15	17	8	11	10		14:	12		1	1			6	31	12	13	11		9:	3		3	2	1
26	17	12	12	13		7:		1	3	1	2		1	32	7	10	7		10:			5	1	4
33	17	8	13	8		2:		1	1				4	33	14	17	17		2:		1		1	

² A lo largo de este trabajo cuando nos refiramos al termino “Programa”, estaremos entendiendo toda aquella institución u hogar dedicados a este tipo de poblaciones en calle, ya sea de manera directa o indirecta.

4.- Conclusión:

Tras la evaluación de los datos de la primera encuesta, y desde una población de 66 jóvenes cochabambinos en calle, se puede afirmar que en la ciudad de Cochabamba, y dentro del perfil de niños-as y adolescentes en situación de calle en el año 2006, denotamos el siguiente perfil:

- ✓ Que la edad media del joven en situación de calle es de 18 años.
(Este dato nos lleva a advertir el alto riesgo, que tanto bebés en calle como jóvenes y adolescentes menores de 18 años, en dicha situación, tienen debido al aparente “amparo” que el colectivo de mayor edad les ofrece, pues pudiendo terminar en su grupo de jóvenes adolescentes de 18 años, se iniciaran en los procesos de cronificación y/o alto deterioro).
Pensamos que la razón de que esto suceda, se debe a la poca o nula intervención técnica profesional y a la falta de políticas sociales que lo impida, de manera que no se dé este alto nivel de edad en calle y con ello, que los menores no encuentren figuras de aparente amparo para estar en calle.
- ✓ Que la edad media en la que se tiene el primer contacto con la calle es de 9 años y medio.
(Esto nos ayuda a ver lo temprano que se inician estos jóvenes, desde los procesos de callejización y desestructuración familiar exceptuando, claro está, los que ya nacen en calle).
- ✓ Con una media de 11 años, ya deciden quedarse en la calle.
(Junto con el dato anterior, podemos ver lo atractivo y rápido que es, el hecho de que estos jóvenes queden seducidos y atrapados en su contacto con los grupos ya en calle de los NASC, exceptuando una vez más, los que nacen en calle o llegan de muy temprana edad).
- ✓ El contacto y consumo, con la peligrosa sustancia adhesiva denominada “Clefa”, se da a la edad de 10 años.
(Con ello vemos lo accesible, lo económico y lo fácil de adquirir que es esta sustancia y, el consiguiente peligro que supone su uso, tanto a nivel social (escolar) como ya en calle si se extiende como ya ocurre en EEUU y Canada).
- ✓ Y que durante el periodo de tiempo en el que están en calle, la abandonan, con una media de 7 ocasiones, por diversas razones:
 - ❖ 3 veces para irse a su casa.
 - ❖ 1 y media por ingresos judiciales en centros de reforma.
 - ❖ Casi 4 para acudir a un programa, centro o institución.
 - ❖ 1 y medio para irse a otra ciudad.
 - ❖ Y 2 por ingreso hospitalario.

Con estos datos podemos observar que; la variedad del perfil de los **NASC** en la calle oscila entre 10 y 33 años, que tanto su motivación y capacidad de cambio es alta, y que su esfuerzo por dejar la calle es más fuerte del que se les imputa. Aún sabiendo que hay otros grupos, bebés (15 bebés vivían en calle en el momento de la realización de la encuesta), o mayores alcohólicos ex inhaladores, (del grupo ya de indigencia, residentes en la zona de Don Celestino de la Coronilla: Cochabamba Bolivia) nos hace pensar, que tanto la ineficacia de las políticas sociales (sobre todo a nivel preventivo), como la lentitud del trabajo, tanto institucional como de calle que se les ofrece, hace que se favorezca la aparición de terceras generaciones, e incluso, que las que ya están en calle se cronifiquen y/o destruyan en su estancia en esta.

Segunda Encuesta: Perfil de los NASC (Cochabamba 2006) Estancia y daño en calle (por grupos en calle)

1.- Introducción

La siguiente encuesta (y que como mencionábamos inicialmente abordamos en primer orden), fue realizada en Cochabamba entre los años 2005 y 2006, llevándose a cabo gracias al apoyo y colaboración desinteresada de cinco técnicos de calle: Max Rougcher, Celia Jordán, José Luis Furió, Tamara Paola González y José Álvarez Blanco, que desde su trabajo de calle (en contacto con esta población), han podido acceder a estos jóvenes favoreciendo la recogida de datos.

Agradecer también a tres programas cochabambinas; **Mosoj Yan, Solidaridad** (dependiente del obispado de Cochabamba y cuya misión es asistir médicamente los traumatismos de estos jóvenes en calle) especialmente gracias al apoyo de la Hna. Adelina, a la institución **Sayaricuy** (etapa de acogida de niños en calle de Amanecer) especialmente gracias al apoyo de su director D. Héctor Fernández R.

2.- Finalidad de la encuesta

Nos propusimos conocer la siguiente información:

- Las variables sociodemográficas de los jóvenes en calle.
- Su trayectoria en el consumo de psicoactivos.
- La posible motivación para acceder a un tratamiento terapéutico.
- Las alteraciones que el consumo de sustancias psicoactivas (en especial el pegamento denominado “clefa”) se reflejan en su persona en los siguientes campos: psicológico (autoestima), sociológico (conductas delictivas y relaciones sociales) y fisiológico (orgánico).

3.- Presentación de datos y resultados obtenidos

También en este caso hemos decidido exponer los resultados en dos partes, denominándolas: **Presentación A y B**.

En cuanto al **Procesamiento de datos**, la **Presentación A**, está expuesta según los grupos en calle de los encuestados, y en la **Presentación B** según la edad de los mismos.

Nota: para saber el porqué presentamos primero la encuesta del año 2007 y después la del 2006, véase, el anterior Apartado 2.2.1: Características y ubicación de los encuestados.

PRESENTACIÓN A

Estancia y daño en calle (por grupos en calle)

3.1. Variables sociodemográficas

A: Relación entre sexos de los NASC

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Varón	8	17	0	7	4	36
Mujer	0	5	8	0	1	14
	8	22	8	7	5	50

Pregunta: Sexo del encuestado.

Razón: Identificar el grupo de jóvenes en calle según sexos.

Resultado: Debido a la dificultad para acceder a estos jóvenes y teniendo en cuenta los límites que los mismos tienen en su capacidad de atención, desde **VPL** creemos que la muestra resultante de este ejercicio investigativo, sí es importante, pues no sólo es representativa por su número, sino también, por la diversidad de edades a las que accedimos, lo que la hace quede representado el tanto por ciento de varones y hembras en calle siendo un 70% varones a 30% en las mujeres.

Notas: Se estima que la población en situación de calle de la ciudad de Cochabamba (Cbba.), en el momento de la encuesta (10/11/2006), rondaba las **460** personas entre los 0 y 33 años. El grupo humano de los **NASC** de Cbba., ya consta de tres generaciones, y una historia que parte de los años 80 derivada de los nefastos procesos políticos de la famosa relocalización minera que tanto daño hicieron al país, y que sólo vino a incrementar los procesos de callejización y/o abandono en muchos NASC.

El nivel de desconcierto y deterioro en esta población, es tal, que llegamos a encontrarnos con chicos/as que dudaban de su propia edad, e incluso hubo un muchacho que no la sabía. Además está el hecho (estratégico de supervivencia) desde el que muchos fingen una minoría de edad para beneficiarse de la impunidad judicial, sobre todo en el ámbito delictivo o institucional. Esto también cuestiona el que en Cochabamba no existan programas terapéuticos especializados para mayores de edad en calle con consumos crónicos de drogas.

B: Edad y vivencia escolar en los NASC

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros
Media edad	14	16	18	16	18
Escuela	7	22	8	7	5
No responden	1				

Pregunta: ¿Has ido a la escuela?

Razón: Averiguar si el grupo de jóvenes encuestados tuvieron una asistencia escolar previa al ingreso de calle.

Resultado: El resultado de la encuesta refleja una edad media en calle de **16 años** y una experiencia escolar previa del casi 100x100 de los encuestados. Por ello, planteamos que

el factor; fracaso escolar, es una de las variables dinamizadoras del proceso de callejización empujando a sentirse excluidos y/o rechazados ante su retroceso o fracaso.

Notas: Desde los comentarios de los encuestados vimos como, el abandono del colegio fue parejo al proceso de fracaso escolar y éstos, en relación a variables de una recrudescida problemática familiar que a su vez es debida a variables sociales; inmigración, horarios laborales superiores a 8 horas, ruptura de la pareja parental, problemáticas en el hogar de alcoholismo, etc..., haciendo todas ellas que los padres no puedan acompañar o intervenir en dicho proceso de fracaso.

C: Estancia o ingreso en programas (Hogares y/o instituciones relacionadas a su ayuda)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Media
Afirmativo	6	18	5	6	2	5
Media	1'5	3'2	2	2'8	4'7	2'8
No responden			1	1	1	

Pregunta: ¿Has estado en algún programa u hogar?

Razón: Identificar la relación de ayuda y eficacia existente entre el grupo de jóvenes y sus estancias en los diversos **programas y/o instituciones** locales, que de manera directa o indirecta, intentaron ayudarles a resolver su problemática.

Resultado: Nos encontramos con una media de casi **3 programas** por persona en el casi 100 x 100 de los encuestados.

Notas: En la ciudad de Cochabamba se tiene referencia de más de un centenar de centros o instituciones (pertenecientes al Obispado, SEDEGES³, Red Viva⁴ y Organizaciones no Gubernamentales, y otras ONG's) vinculadas a la intervención de los **NASC, NAT's** y población en proceso de exclusión social. Debido a la descoordinación reinante entre éstas instituciones, a la falta de técnicas, de metodologías claras, de planes estratégicos, así como de medidas interventivas validadas (educativas, terapéuticas y preventivas especializadas), podemos afirmar que la mayoría de las instituciones cochabambinas que trabajan con esta población, vienen a dificultar (en algunos incluso de manera directa), la intervención en calle, recuperación y/o reinserción de estos jóvenes. Desde esto, se puede afirmar que, la descoordinación, los altos niveles de asistencialismo en calle y el precario nivel de intervención especializada que atiende la problemática, lejos de impulsar su proceso de salida de la calle, los cronifica en la misma (una vez mas, salvando honradas excepciones).

Nuestra visión o crítica se basa en la necesidad de que una buena intervención deba partir y contemplar los siguientes niveles o aspectos:

- Análisis y estudio en calle del perfil.
- Ayuda en la toma de conciencia y un trabajo previo de motivación.
- Trabajo desde lo sano y/o positivo existente en y entre los jóvenes.
- Adaptación de perfiles o sub-grupos al proceso de cambio y estructura.
- Deshabitación con su correspondiente desintoxicación.
- Inserción socio laboral y familiar⁵.
- Apoyo familiar y social (desde escuelas de padres), etc.

³ Servicio Departamental de Gestión Social (dependiente de la prefectura)

⁴ Red vinculada a la Iglesia Evangélica.

⁵ Desde **Voces para Latinoamérica** animamos a utilizar el término de “inserción” en vez de “reinserción” con el que tradicionalmente se designa la etapa de salida del proceso. Nuestra propuesta se basa en la idea de entender que estos niños-as y/o jóvenes no han terminado su proceso de autonomía y emancipación del hogar, sino que lo continúan gracias ahora al aporte tanto terapéutico como educativo.

Debido a que algunas instituciones no contemplan todos estos niveles, pensamos que en la actualidad no se hace un trabajo adecuado (en cuanto a la patología y/o problemática resultante) sobre el proceso *de*, y *en* calle; pues, todos estos niveles mencionados, son elementos necesarios para una buena recuperación. Y aún más, en el trabajo terapéutico de los casos de desestructuración y/o despersonalización.

Recomendaciones: Desde **Voces para Latinoamérica**, afirmamos que los **NASC** de la ciudad de Cochabamba, al utilizar y mal aprovecharse de este amplio despliegue de recursos sociales, potencian los niveles de cronificación en detrimento de sus personas (en los niveles de adherencia, motivación, pertenencia y permanencia en calle). Debido a que las instituciones existentes no tienen criterios comunes, en su dinámica de contacto, derivación y/o entrada en estructura, para acompañar estos procesos, se puede afirmar que indirectamente se les facilita, por un lado, cubrir necesidades básicas, y por otro, subsistir en la calle.

D: Por quien están formadas sus familias de origen:

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Padre	6	15	5	2	3	31
Madre	5	16	6	5	4	36
Padrastrós	4	9	2	1	0	15
Hermanos	6	20	5	4	4	39
Otros	0	0	1	1	0	2

Pregunta: ¿Por quién está formada tu familia: hermanos, padre, madre, padrastrós?

Razón: Identificar la composición y número de la familia directa, además de analizar el impacto en la predominante “figura de padrastrós y/o madrastras”.

Resultado: El perfil resultante es variado constatándose la variabilidad de hermanos, a la vez que reflejándonos la presencia de la “complicada” figura del padrastro-madrastra en un 30% de los encuestados (dato que también se constata en la sociedad cochabambina). Observamos que el número de hermanos es alto (en algunos de los casos con hermanos que también se encuentran en calle), existiendo una significativa carencia de padres, con un 38% y de madre 28%. (La familia numerosa es sinónimo social de; hacinamiento, pérdida de la calidad de seguimiento, carencias afectivas, etc)

Notas: La desestructuración familiar, debida a procesos económicos globales relacionados con la pobreza, carencia o recortes en las políticas sociales locales de apoyo y ayuda; la inmigración y sus consecuencias por dichas dinámicas, tales como: la violencia, el alcoholismo y/o desempleo (generados en muchos de los casos por el impacto de las dinámicas relacionadas con el sistema capitalista neoliberal), mantienen un puesto primordial entre los factores responsables del inicio de la dinámica de callejización que los **NASC** llevan a cabo por como impactan, los anteriores factores, en sus familias de origen. La familia en sí misma viene a ser un elemento pasivo más de la presión que este tipo de sistemas globales propicia en las sociedades más débiles, constituyéndose como una víctima más de un problema amplio y global (dato que se refleja en el alto porcentaje de separaciones, infidelidades, abandonos y/o maltratos intrafamiliares). El debilitamiento de la familia así como su ruptura harán que aparezcan los nuevos modelos de referencia (padrastro-madrastra) que por una falta de acompañamiento al proceso de adaptación en

la nueva situación familiar, terminará por romper los lazos de pertenencia y permanencia entre hijos y padres (y más si son rechazados o maltratados por las nuevas figuras paternas o maternas).

Recomendaciones: Es por ello que desde **Voces para Latinoamérica** (y no solo a nivel interventivo, sino incluso político), proponemos que las familias en general, y en específico las ubicadas en las zonas periféricas de menor ingreso económico de la ciudad de Cbba., sean objetivo de ayuda y de apoyo (en la línea sistémica), ya sea para facilitar la prevención y/o recuperación del posible joven en riesgo (y más en su proceso de inserción social), como para propiciar dinámicas preventivas en la mejora y estabilidad de su micro estructura. Por todos es conocido que, cuando se separan los matrimonios o parejas, un porcentaje muy elevado de los nuevos padrastros o figuras paternas, rechazarán a los hijos de la relación anterior, es por ello que a nivel político deberían ofrecerse estructuras o estrategias para su apoyo, prevención y/o estabilidad.

E: Con quién vive actualmente (desde una pertenencia y permanencia)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
La familia	0	0	0	0	0	0
La calle	7	22	6	6	0	41
Otros	0	0	1	1	2	4
No responden	1		1		3	5

Pregunta: ¿Con quién vives actualmente?

Razón: Identificar la situación de convivencia, en este tipo de población en situación de calle, respecto al proceso de desvinculación familiar.

Resultado: Tras el análisis de los resultados, se puede constatar, cómo a pesar de que en los grupos **A y B**⁶ los **NASC** todavía mantienen ciertos niveles de contacto familiar, y los del grupo **C y D** (jóvenes en proceso de cronificación), son los que se distanciarán de la familia, hasta el punto de llegar a perder, no solo el contacto, sino también la referencia y vinculación, dando paso a que el joven se introduzca en un proceso (ya de deterioro y exclusión) que terminará por incluirle en los parámetros de indigencia y exclusión social,; todo ello de manera casi definitiva. En esto radica la frontera entre el grupo niño-a en situación de calle y el grupo social de indigencia, que en este caso se inicia tras un deterioro crónico a nivel psíquico y físico, y que en muchos de los casos viene de la mano de adicciones del tipo del alcoholismo. En cuanto al apartado “otros”, es necesario evidenciar que existen dos espacios de tránsito: uno denominado “telos”; lugar donde pernoctan o se cobijan por un ínfimo coste, y otro, respecto a los casos en los que la referencia familiar existe, pero solo se les permite pernoctar.

Notas: Desde **Voces para Latinoamérica** denunciarnos que en el momento de la encuesta, había una débil existencia y urgente necesidad, de programas especializados que puedan atender diversos perfiles y problemáticas para este tipo de población. Al mismo tiempo reiteramos la necesidad hoy en día, de programas que trabajen de manera coordinada y se adapten a la realidad de los **NASC**.

⁶ Desde **Voces para Latinoamérica** hacemos una propuesta estratificada y escalonada con la que definir las etapas de deterioro en las que los **NASC** pasan en su proceso de cronificación y exclusión social. La dinámica de callejización y deterioro en estos jóvenes en situación de calle pasa por cuatro etapas: **A Contacto** (de 0 a 1 año en calle), **B Pertenencia** (de 1 a 3 años), **C Permanencia** (de 3 a 9 años) y **D Cronificación** (en proceso de cronificación y similitud al perfil de indigencia). (Ver capt III).

F: Si tienen esposa-o y/o pareja

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Mujer	Si:4- No:4	Si:4- No:8		Si:4-No:1	Si:1-No:2	13
Pareja	Si:1 -No: 2	Si:9- No:9	Si:7 - No:1	Si:4-No:3	Si:1-No:2	22
No responden	En la 1ª:0 - 2ª:5	En la 1ª:10 - 2ª:4	En la 1ª:8 - 2ª:0	En la 1ª:2 - 2ª:0	En la 1ª:2 -2ª:2	

Pregunta: ¿Tienes esposo-a ahora? ¿Y pareja?

Razón: Identificar la capacidad de vinculación afectiva entre los **NASC**.

Resultado: La población en pareja se encontró entre dos parámetros; mayores de 12 años y que no están en proceso de cronificación, y los del grupo **D** que, debido a que en su deterioro temen la soledad e incluso el rechazo de grupo, tienden a este tipo de relación.

Notas: La pareja en calle, en general, viene a ser una necesidad y/o ejercicio de supervivencia más, sobre todo en el caso de las mujeres, pues desde un ficticio nivel de “estatus” grupal, consiguen protección de los hombres del grupo, y más si son líderes. La mayoría de los jóvenes en calle mantienen relaciones de pareja en los que predominan el poder y/o la fuerza, muchas veces derivados por su consumo de drogas. Es por ello que más bien debemos hablar de dependencia o relación de necesidad, que de “amor”, pues las demostraciones de posesión y/o pertenencia, incluso llevan con sigo cortes en los brazos y/o lesiones en general (ya sea para demostrar pertenencia como para llamar la atención ante la posibilidad de que uno/a de los dos, deje al otro). Cuando se dan procesos de ruptura se responde de la misma manera: con cortes, incluso en la cara en algunos casos, ya sean por auto lesión o inducidos para evitar la ruptura. Resaltar que son notables pero encubiertas y difícilmente reconocidas, las relaciones homosexuales no tanto lesbianas, eso sí, basadas más en el abuso que por orientación sexual.

Por último resaltar que en Cbba., los embarazos entre las **NASC** se inician a partir de los 13/15 años, siendo así que, en algunos casos, la figura de los “abuelos” en calle (de momento en pocos casos) no alcanza los 35 años de edad, pues los progenitores son sus hijos a su vez de 13 o 15 años, dando paso a una tercera generación en calle, existente hoy en día en la ciudad.

3.2 Historia de consumo

A: Sustancias psicoactivas que han probado (a lo largo de su vida)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Alcohol	4	13	6	6	4	33
Marihuana	7	15	6	6	4	38
Cocaína	6	9	3	4	1	23
Chicha	6	19	8	6	4	43
Clefa	8	21	7	7	4	47
Otros	1	3	2	1	4	11
No responden		1				1

Pregunta: ¿Cuáles de las siguientes sustancias has probado alguna vez?:

Alcohol, marihuana, cocaína, Chicha, Clefa, otras.

Razón: Identificar los consumos a nivel de estupefacientes más habituales y la relación adictiva que inician con ellos, en muchos casos, relacionada solo a la sustancia “Clefa” o pegamento de contacto.

Resultado: Verificados los datos, podemos afirmar que la “Clefa” y la “Chicha⁷” son las sustancias más consumidas por esta población en calle, ya que, en muchos casos, el coste es muy bajo, y, al mismo tiempo, es muy accesible.

Notas: En el apartado “Otros” (u otras sustancias no presentadas en el cuadrante), vemos que la sustancia que más se consume es la denominada “Papa”, siendo tres personas las que la mencionan. La “Papa” es un derivado de la cocaína denominado “pasta base” con altos niveles de adulteración en su composición, llegando a portar una serie de residuos (amoniaco, queroseno, etc.) que la hacen perjudicial para la salud de quien la consuma (de ahí su bajo coste).

“La cocaína es uno de los aproximadamente catorce alcaloides contenidos en la hoja de coca (Erytroxilon Coca), con propiedades farmacológicas y toxicológicas. La “pasta”, llamada por algunos “pasta de coca” o sulfato de cocaína, constituye un producto de color blanco terroso, de textura pulverulenta y amorfa (Morales, 1982), que contiene sulfato de cocaína, ecgonina, ácido benzoico, alcohol de madera, kerosene, ácido sulfúrico y compuestos alcaloides. Es precisamente debido a la presencia de todos estos elementos que la pasta de cocaína es considerada como un producto de alta toxicidad y por lo tanto muy nociva para la salud.

La pasta de cocaína “se obtiene mezclando kerosene, amoniaco, acetona y eter en grandes recipientes (...). La mezcla se obtiene mediante la técnica del pisado, similar a la que se usa para extraer jugo de la uva en la elaboración del vino; el siguiente paso es la maceración, donde se añaden apreciables cantidades, pero ponderadas, de ácido sulfúrico, y el líquido obtenido de esta mezcla, con muchas impurezas, después de ser secado por destilación, se denomina “pasta de cocaína” (Wilde, 1986, p.40)⁸”.

Junto a la “Papa”, queremos destacar, lo que denominan, “Gras” (creemos que se refieren a marihuana pero esto no se pudo verificar), la adrenalina, las “Pilas” o variado material farmacológico del mercado cochabambino que consumen sobre todo para dormir, y el Fluricipan (un fármaco de la red local) que de ser cierto que acceden a este variado surtido farmacodinámico, problematizará mucho más su daño y situación neuronal.

La diversidad de sustancias ya existentes en el mercado negro, unida a la dificultad que en estos momentos existe para la exportación de cocaína hacia Europa y EEUU, hace que estos jóvenes accedan a un amplio plantel de sustancias psicoactivas. Sin embargo, debido a su precaria situación económica como a la accesibilidad y vinculación sub-cultural del pegamento “Clefa” en sus vidas e identidad, da como resultante que sea ésta la sustancia más consumida por ellos.

En Cochabamba., se inhala “Clefa” a través de las fosas nasales, mediante unos pequeños botes de plástico denominados “pomos”, que adaptan a su uso para la inhalación ajustándolos a la comisura nasal, esto, a través de un corte en la parte superior del bote, evitando “inteligentemente” desperdiciar los vapores conductores del tolueno contenido en el producto.

⁷ La “Chicha” es un preparado etílico de maíz fermentado muy habitual en la cultura boliviana y en especial de la cochabambina.

⁸ Extracto del estudio sobre las características del consumo de cocaína: [acso](#) Boliviano. Erick Roth.

B: Consumo habitual de drogas o psicoestimulantes (en la última semana)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Alcohol	1	2	2	5	0	10
Marihuana	2	2	2	1	4	11
Cocaína	2	2	0	1	1	6
Chicha	0	10	3	0	1	14
Clefa	7	21	2	7	4	41
Otros	0	0	0	1	0	1
No responden	1	1			1	3

Pregunta: ¿Cuáles de las siguientes sustancias tomas habitualmente (4 o más veces por semana)?

Razón: Determinar la sustancia psicoactiva que últimamente se consuma.

Resultado: Una vez más, se reafirma cómo la “Clefa”, seguida por el alcohol, como las sustancias habituales de los niños-as y adolescentes en situación de calle.

Notas: A pesar de que la mayoría de estos jóvenes prueban de todo, el inmediatez en el que viven, junto a lo efectivo que son los pegamentos para bloquear de manera muy exitosa el hambre y el sueño (o por lo menos ayudándoles a su control) es la “Clefa” la sustancia preferida. Esta sustancia resulta perfecta para su contexto interpersonal, objetivos y situación, ya que, les ayuda a enfrentarse a su posible dinámica delictiva, les ayuda en sus códigos de relación, a la vez que ejerce de manera simbólica un papel interesante de estatus social. Esto que mencionamos se ve reflejado en este apartado, viéndose cómo, a través de la “Clefa” se apoyan para sobrellevar el estilo de vida en calle, ante todo por sus creencias inhibitorias junto al beneficio de un ficticio estado de fuerza y/o euforia con el que los **NASC** se disponen a realizar sus actividades delictivas o de violencia (ayudándoles a poder robar, pegar, olvidar el hambre y/o dolor existencial, a la vez que a gestionar el desorden de vida que aparece en su situación de calle, y más respecto al sueño por su estilo de vida anárquico). Esta observación, se ve mejor reflejada en las siguientes casillas.

C: Consumo diario de “Clefa”

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	3	18	1	5	0	27
No	5	4	6	2	5	22
No responden			1			1

Pregunta: ¿Consumes “Clefa” todos los días?

Razón: Medir el impacto adictivo que el consumo reiterado de esta sustancia pueda ocasionar en un usuario, en este caso reflejado desde su periodicidad.

Resultado: Descartados los usuarios de Sayaricuy y Mosoj Yan a la hora de extraer conclusiones de este apartado, puesto que están en etapa de cambio o inicio del proceso de abandono del consumo, si podremos observar como la periodicidad en el consumo es alta. Eso sí, también cabe destacar que los del grupo “Otros”, debido al deterioro en el que se encuentran respecto al tiempo en calle, ya han sustituido la “Clefa” por el alcohol (consumo más vinculado al grupo de indigencia o cronificación que al de los NASC).

Notas: El consumo de inhalantes en los **NASC**, viene a ser, más un elemento de pertenencia, que un definitorio de su perfil. La “Clefa” es casi un ritual o señal de identidad, más que una sustancia dependiente (todavía en duda por falta de estudio en infancia en

calle). Ser “Clefero”⁹ en Bolivia es ya un estatus social. Incluso es un rasgo que define su identidad: al “Clefero” se le teme, y así, para ellos, se convierte en sinónimo de poder y/o defensa territorial.

D: Si pueden estar sin consumir “Clefa”

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	8	16	6	4	4	38
No	0	5	2	3	0	10
No responden		1			1	2

Pregunta: ¿Puedes estar algún día sin consumir “Clefa”?

Razón: Medir el impacto adictivo que produce el consumo reiterado de esta sustancia en un usuario, en este caso, desde su posible y consecuente dinámica compulsiva u obsesiva, ya sea desde su habitual ingesta, como desde las posible o no consecuencia y/o dificultad por no administrarse dicha sustancia.

Resultado: Tanto los datos de la encuesta, como la literatura científica sobre el Tolueno y nuestra experiencia de campo, nos hablan de que no existen efectos dependientes (si adictivos debidos al habito, impacto psicológico y refuerzo social). Sin embargo, no por ello hemos de obviar que este tipo de consumos sí daña a nivel neuronal (a nivel de mielina y descompensaciones sinápticas) dificultando, en algunos casos, tanto su abandono como el de la calle. Por ello creemos que sí es necesario (en consumos mayores a un año y medio), un diagnóstico e intervención médica a nivel neuronal y fisiológico, así como la observación del usuario (tras la retirada del consumo), durante por lo menos, de tres semanas a seis meses en busca de posibles manifestaciones patológicas posteriores.

Notas: Esta casilla viene a respaldar el hecho de que la inhalación de vapores derivados del pegamento (con presencia de tolueno), no genera dependencia física y sí adicción psicológica desde sus hábitos; pues no se observan, ni ellos reconocen, procesos de abstinencia fisiológica tras el abandono o retirada de ésta en el 100% de los encuestados. Eso sí, como es sabido y ya hemos mencionado, el efecto disolutorio a nivel graso del Tolueno arremete, debido a sus propiedades, al axón de las neuronas, dañando la mielina (capa que protege y recubre las neuronas), haciendo que, cuando se retira el consumo (y más tras un brusco abandono), puedan manifestarse ciertos, e individualizados, niveles de alteración neuronal, reflejados en brotes psicóticos (según el previo daño ocasionado). Reiteramos que a estos síntomas sí es necesario atender en las primeras semanas del inicio o proceso de abandono del consumo (llámese en clave de desintoxicación o deshabitación).

⁹ La denominación “clefero”, es usada por la sociedad en general cochabambina, ya que estos chicos inhalan el pegamento comúnmente llamado “Clefa”, pero debemos aclarar que nosotros no estamos de acuerdo con ese término, ya que a estos jóvenes no se les debe reducir a su consumo ayudando a olvidar su realidad infantil, y a pesar incluso, de que ellos mismos encuentren en el uso del termino un benéfico por el estatus disocial que les supone.

E: Cuántos días máximo han estado sin consumir “Clefa”

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Media
Promedio días	18	44´6	16´1	109´2	512´6	140 días

Pregunta: ¿Cuántos días máximos has estado sin consumir “Clefa”?

Razón: Responder al tiempo de aguante en la interrupción del consumo, respecto a la utilización y/o relación con la sustancia “Clefa”. Buscábamos calcular el tiempo en el que son capaces de prescindir de dicha sustancia de manera objetiva, y por consiguiente, la capacidad de estos para iniciar una dinámica de abstinencia, por las causas que fuesen.

Resultado: Destacar que los grupos de mayor edad o consumo (Coronilla) de este tipo de sustancia (“Clefa”), teniendo un perfil muy cercano a los procesos de cronificación (con estancias en calle que van entre los 6 a 12 años) son los de mayor capacidad de distanciamiento de la sustancia, logrando estar mayor tiempo sin consumirla. Si fuera cierto que el consumo de Tolueno genera dependencia, esto sería casi imposible.

Notas: Con este apartado reafirmamos el punto de “notas” del cuadrante anterior, y más aún, si nos fijamos, como mencionamos anteriormente, en el sub grupo de “Otros”, de “Coronilla”; pues estos son veteranos en el consumo, con un perfil crónico en su relación de calle.

3.3 Motivación para el tratamiento

A: Si han pensado en dejar de consumir

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	7	16	7	7	4	41
No	0	4	0	0	0	4
No responden	1	2	1	0	1	5

Pregunta: ¿Has pensado alguna vez en dejar de consumir “Clefa”?

Respuestas Sí (palabras textuales): *Me hace daño. Por mis hijos. Por mi chica. Por que me hace doler la cabeza. Es un “Casco”. Por estudiar, Por que mata las neuronas. Por deseo de cambio. Cuando estoy con mi familia dejo de “Clefear”. Siento arruinado mi cuerpo. Por cambiar. Por mi bien, Me siento aburrido. Si sigo me voy a echar a perder. Por mi mamá. Ya no me atrae. Quiero salir de la calle. Como loquito estoy. Me aburre. Quiero regresar a mi casa. Ya me he “jalado” mi vida bastante.*

Respuestas No (palabras textuales): *Es un vicio. Me gusta estar así, estoy acostumbrado.*

Razón: Buscar las posibles motivaciones al cambio y/o abandono del consumo en calle entre estos jóvenes.

Resultado: Es aplastante el resultado y con ello, nos es fácil observar cómo esta población, no sólo quiere dejar el consumo, sino que incluso la misma dinámica de calle.

Notas: Con este apartado, percibimos cómo la motivación al cambio en estos jóvenes, no se termina de aprovechar por parte de la gran mayoría de los programas locales e, incluso, cómo a pesar del tiempo en calle y los reiterados fracasos institucionales, ésta (la motivación) no se pierde.

Recomendaciones: Desde **Voces para Latinoamérica** creemos que tanto el deterioro en el proceso de callejización, más la necesidad de salir de la calle (debido sobre todo a los

altos niveles de violencia y precariedad existentes), facilitarían una pronta e inmediata dinámica de adherencia a los programas, si éstos fueran menos asistenciales en su trabajo de calle (no todos), siendo más dinámicos, atractivos y personalizados (según sus objetivos). Es más, tras nuestra experiencia en calle, afirmamos que existen altos niveles de latrogenia¹⁰ entre algunas Ong´s y/o asociaciones; que por una mala praxis, perjudican a los jóvenes en calle cronificando su situación. Además estas dinámicas pseudo terapéuticas (**teoterapia, paloterapia, laboroterapia**, etc.), llegando incluso a crispar el ambiente en calle, a la vez que debilitando el proceso de salida de estos jóvenes, ya sea por su cansancio o por su consecuente rechazo, no olvidemos que por estar en calle no pasan a ser tontos.

Durante la realización de este trabajo (y posteriormente) hemos podido observar y escuchar cómo los **NASC** de Cochabamba, en sus reiterados intentos de salir de la calle, no terminan de verse acogidos y/o ayudados por una generalidad de programas locales (de manera adecuada y especializada a su problemática), es más, ante los reiterados fracasos y/o recaídas, inician procesos de un mayor nivel de confusión, a la vez que a un mayor desanimo ante los reiterados intentos de salida. Los **NASC** saben lo poco y mal adaptados que están la mayoría de los programas, así como la poca ayuda que para con sus problemas, éstos les ofrecen; lo que les lleva, incluso, a desestimar la salida de calle por razones de eficacia y/o eficiencia, a pesar de que sí están motivados para cambiar.

B: Respecto a si han intentado dejar de consumir por su cuenta (sin ayuda técnica)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	8	16	7	7	4	42
No	0	4	0	0	0	4
No responden	0	2	1	0	1	4

Pregunta: ¿Has intentado alguna vez dejar de consumir?

Razón: Observar las variables propiciadoras de un posible proceso de cambio, desde un necesario abandono del consumo; en este caso, “más difícil todavía”; de manera individual y solitaria.

Resultado: Una vez más es fácil observar cómo no sólo hay motivación al cambio, sino que se puede afirmar, que estos jóvenes demuestran con este tipo de esfuerzos silenciosos y aislados, un potencial de salida de calle, ya que llegan incluso a hacer lo imposible por dejar el consumo, y con ello, la calle.

Notas: Este grafico viene a reafirmar lo expuesto anteriormente, al tiempo que nos hace recordar la necesidad de un trabajo terapéutico a nivel integral y sistémico junto a políticas sociales acordes con el objetivo de terminar con la problemática de los **NASC**. Todo ello, de manera que se ayude a resolver las diversas variables que contribuyen a la aparición, no sólo del proceso de “callejización”, sino el de la adicción, expoliación y exclusión social.

¹⁰ Término con el que se designa el daño que el especialista (por una mala y/o inadecuada Praxis), daña o aumenta el trauma en el paciente desde su intervención.

C: Si le gustaría dejar de consumir ahora “Clefa”

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	8	16	7	5	4	40
No	0	4	0	2	0	6
No responden	0	2	1	0	1	4

Pregunta: ¿Te gustaría dejar de consumir ahora?

Respuestas Sí (palabras textuales): *Por que esta mal para mí. Por que me aburro. Quiero cambiar mi vida. Por mis hijos. Hace mal a la cabeza. Por que no me recuerdo. Ya no me gusta la “Clefa”. He gastado arto dinero. Quiero volver con mi familia. Por estudiar. Por el daño que me hace (II). Por que sí. Afecta mi vida. No quiero ser “Clefero”. Quiero estar más sano. Por recuperar a mis hijos. Por mi mamá. Me duele la cabeza. Ya no quiero más. No sé. Mucho me pegan. Me aburro. Para cambiar. Aburrido de estar en la calle. Quiero estudiar.*

Respuestas No (palabras textuales): *Me gusta fumar, volar no. Por que ya estoy acostumbrado (II). De golpe no puedo. Estoy bien así, ya no lo pienso.*

Razón: Despejar variables con las que esclarecer la motivación, en este caso, verificando que esta motivación no es un ideal inalcanzable, ni algo que deba postergarse, sino un elemento con actualidad y vigencia.

Resultado: Una vez más, el resultado es contundente. Y con él, se puede afirmar que es evidente que, estos jóvenes, quieren dejar este tipo de consumo y cambiar su situación.

Notas: Junto a los anteriores apartados reiteramos lo expuesto en los puntos de resultados. Es evidente que la población analizada, no sólo ha intentado dejar el consumo de “Clefa” en algún momento de su vida, sino que incluso, le gustaría seguir intentándolo a pesar de los fracasos; eso sí, no de cualquier manera (pues ya hay cosas que han experimentado y, con su experiencia, saben ya lo que no quieren o qué no les sirve).

D: Si les gustaría dejar de consumir en un futuro

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	8	13	5	7	4	37
No	0	4	0	0	0	4
No responden	0	5	3	0	1	9

Pregunta: ¿Te gustaría dejar de consumir en un futuro?

¿Por qué sí? (palabras textuales): *Por que no quiero ser “Clefera”. Por razones de embarazo. Por vergüenza a consumir en la adultez. Quiero estudiar. Ya no me gusta. Por que no quiero “Cleferar”. Por mi familia. Para hacer algo en la vida. No sé. Por una familia y trabajo. Por mi novio. Por que puedo acabar en la cárcel. Ya soy mayor tengo que dejarlo ya. Evito hacerme ver mal con la gente. Para cambiar de vida, quiero ser carpintero. Yo sé trabajar. Quiero empezar a dejar ya a volar. Para darle buena educación a mis hijos. Estaré más gordito. Por sentirme bien. Quiero trabajar (II). Por estudiar. Quiero ser doctor. No sé. Por que mis papás se sientan bien. Para salir como un profesional. Por el deporte y el estudio.*

Respuestas No (palabras textuales): *Me gusta mucho.*

Razón: Esclarecer la duda de si los jóvenes encuestados mantenían una motivación al cambio de futuro. Esta necesidad surgió, pues en el equipo había dudas de que estos jóvenes tuvieran motivaciones de cambio claras y perdurables en el tiempo.

Resultado: En este caso, el resultado responde, una vez más, a cómo la población encuestada, no sólo quería salir de la situación de calle, sino que incluso, no se imagina en ella en un futuro próximo. Datos que incluso a nuestro equipo técnico sorprendió grata mente, al hacernos ver, a nosotros mismos, lo poco que creíamos en ellos y lo juzgados que les teníamos, debido a la aceptación de los estereotipos locales.

Notas: Es triste ver cómo esta población de calle (con tantas ganas de vivir), se vea etiquetada de “polilla” (sinónimo de destrucción), a la par que desestimada en y por algunos recursos (que se denominan de ayuda social), ante su deterioro, imagen o nivel de violencia, con etiquetas de “imposibles”. Pero siendo honestos, esta realidad y visión (tanto social como técnica) se debe más, a la carencia de asociaciones y Ong’s locales con un nivel óptimo de técnicos, comprensión, metodología especializada y estructuras adaptadas a los niveles de despersonalización y/o daño neuronal que estos jóvenes portan, que a una mala intención por parte de los agentes locales de intervención.

Recomendaciones: Desde **Voces para Latinoamérica** creemos que han de ser los programas o centros locales los que se adapten al usuario, y no al revés. Por ello seguimos invitando a mantener una constante formación entre sus técnicos, así como a la revisión de sus planteamientos estructurales tanto instrumentales, metodológicos como organizativos, tristemente, en algunos casos, inexistentes.

E: Sobre las necesidades para dejar de consumir

Pregunta: ¿Qué necesitarías para dejar de consumir?

Respuestas (palabras textuales): *Pensarlo mejor. Un lugar donde vivir con mi familia. Volver a tener mi hogar. Que alguien me diga que deje esto o cómo dejarlo (II). Ayuda. Voluntad. Estar en Sayaricuy o en un programa (II). Nada, yo mismo puedo dejarlo. Ayuda y estar activo. Fuerza de voluntad. Voluntad. Un trabajo que me ayude a dejar de volar. Alimentarme mejor. Mi familia en Sta. Cruz. Apoyo (III). Valorar lo que soy. Más amistades que no consuman. Que la mamá de mi novia no se meta y nos deje estar. Ayuda de educadores (III). Responsabilidad. Tratamiento. Salir de la calle. No salir a la calle. Amigos y consejo. No se.*

Razón: Verificar las necesidades de estos jóvenes dentro del proceso de ayuda, a la hora de poder aconsejar a los programas cómo podrían adaptarse a sus necesidades, en beneficio del refuerzo de las motivaciones al cambio, junto al abandono del consumo.

Resultado: En este caso, los datos recogidos nos reflejan, que esta población para cambiar, requiere de estructuras metodológicas abaladas, que trabajen desde elementos más positivos o a rescatar (en línea sistémica y con temas relacionados con la familia o grupo de iguales lo corroboran) y que tengan mayor cercanía y presencia en calle. Estas tres características son muy importantes, ya que, fomentan los vínculos de ayuda e interés entre joven y técnico de calle. Trabajo que no debería romperse una vez que el joven entra en estructura, pues le resultará falso, y si recae o abandona el programa, ya no servirá.

Notas: Reiteramos lo expuesto tan insistentemente respecto a como los jóvenes en calle, no sólo quieren dejar la calle, sino que incluso, tienen razones de peso para hacerlo (pudiéndose confirmar en ellos una clara y estable motivación al proceso de cambio). La

afirmación de necesitar ayuda, así como de las maneras de trabajo con ellos, nos han de llevar a cuestionar nuestro accionar. Pues con lo que les ofrecemos, es obvio que no sólo no estamos respondiendo a sus necesidades, sino que incluso, no solucionamos el problema, hoy por hoy en aumento.

F: Alteraciones en la salud relacionadas con el consumo de "Clefa"

	Total		Total
Ansiedad	31	Somnolencia	23
Ataxia	4	Dolor de tripa o estomago	30
Visión borrosa	24	Nauseas	22
Desorientación	24	Vómito	23
Vértigos	23	Tos	35
Alucinaciones	38	Falta de aire	24
Incoordinación	18	Taquicardia	14
Irritabilidad	31	Salpullido en la piel	10
Síncope	9	Fiebre	17
Convulsiones	9	Dolor de cabeza	34
		Debilidad	32

Pregunta: ¿Cuáles de las siguientes molestias has notado en el pasado mes?

Razón: Sondar los posibles daños fisiológicos que el consumo de "Clefa" ocasiona en estos jóvenes (recordemos cómo en un principio, nuestro objetivo para con este ejercicio fue el de abordar la incógnita de la dependencia al Tolueno y sus daños fisiológicos y neuronales. Reconducirlo no ha sido difícil, pero bien nos sirve para constatar un perfil de población que tanto hace falta, junto a los daños del consumo y necesidades de intervención psico-sanitario que esta población conlleva).

Resultado: Observamos que se dan altos porcentajes de: alucinaciones, irritabilidad, dolores estomacales, tos, dolores de cabeza y debilidad. Todos ellos relacionados a la actividad del Tolueno en los niveles grasos del organismo, así como en su paso por el sistema respiratorio; y ya en sangre, por el estomacal y cerebral. Que esto sea así, nos advierte de que existe una necesidad real de una supervisión clínica, ya sea en su estancia en calle, como a lo largo del trabajo terapéutico, si es que el joven decide abordarlo (el cuadro de daños se recrudece si atendemos a la composición química de los pegamentos en Cbba; Policloropreno, Polietileno, Xileno, Acetona, Acetatos, Hexano, MEK y SPB).

Notas: Reafirmado el daño que el consumo de inhalantes ocasiona en el organismo, hemos creído conveniente hacer mención al estudio e informe del **National Institute of Drug Abuse** en EEUU (NIDA)¹¹, donde se recogen las siguientes consecuencias del abuso de **Tolueno**, Hexano y Acetano y Nitritos, junto al cloruro de metileno o el mismo óxido nitroso, que tan fácilmente son encontrados en este tipo de sustancia denominada "Clefa":

A. CEREBRO: Las sustancias químicas usadas por abusadores de inhalantes afectan a diferentes partes del cerebro, causando una variedad de alteraciones sensoriales y psicológicas. Se cree que muchos inhalantes

¹¹ Web del NIDA, www.drugabuse.gov:

disuelven la capa protectora de mielina que envuelve a las células nerviosas (neuronas), resultando en muerte celular.

B. SANGRE: Algunas sustancias como los nitritos y el cloruro de metileno (tiner de pintura), bloquean químicamente la capacidad de transportar el oxígeno en la sangre.

C. SISTEMA NERVIOSO: De la inhalación crónica de óxido nitroso (propelante de la crema batida) y del hexano (encontrado en algunos pegamentos y combustibles) resulta el daño a los nervios periféricos. Los síntomas incluyen: adormecimiento de extremidades, calambres y parálisis total.

D. PULMONES: El uso repetido de los inhalantes de pinturas en aerosol puede resultar en daño pulmonar. Casos de asfixia se han reportado cuando la concentración del solvente desplaza totalmente el oxígeno en los pulmones.

E. CORAZON: El abuso de inhalantes puede resultar en "Síndrome de Muerte Súbita por Inhalantes." Las dos sustancias que más frecuentemente han causado estas muertes son el tolueno y el gas butano. El freon interfiere con el marca-paso natural del corazón, provocando paro cardíaco. Nitratos de amilo y butilo también afectan el ritmo cardíaco.

F. HÍGADO: Los compuestos halogenados, como el tricloroetileno (componente de pinturas en aerosol y corrector líquido) han sido responsables de daño permanente a los tejidos.

G. RIÑÓN: Los inhalantes que contienen tolueno alteran la capacidad del riñón para controlar la cantidad de ácido en la sangre. Este problema es reversible cuando el tolueno deja el cuerpo, pero con el uso repetido se pueden formar piedras en el riñón.

H. MEDULA OSEA: El benzeno, componente de la gasolina, ha demostrado que causa leucemia.

I. MÚSCULO: Abuso crónico de inhalantes causa desgaste de músculos, reduciendo el tono y su fuerza.

J. CORTEZA CEREBRAL: La muerte de células del cerebro causa cambios permanentes de personalidad, pérdida de la memoria, alucinaciones y problemas de aprendizaje.

K. CEREBELO: Es el centro de la mayoría de las funciones involuntarias del cuerpo. El abuso severo de inhalantes afecta a los nervios que controlan los movimientos motores. Daño relacionado con los inhalantes resulta en pérdida de coordinación y lenguaje lento y arrastrado. Abusadores crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable.

L. NERVIOS CRANEALES Y NERVIÓ ÓPTICO: El tolueno ha demostrado atrofiar estos nervios, causando problemas visuales de coordinación del ojo.

M. NERVIO ACÚSTICO: La inhalación de tolueno destruye las células que envían el sonido al cerebro. Abusadores crónicos pueden quedar sordos.

En el grupo de estudio, y en relación a la sustancia más habitualmente consumida por nuestros destinatarios a través de la inhalación del pegamento o “Clefa”, hemos constatado que existe una diversidad de sustancias asimiladas por su ingesta del tipo:

- Policloropreno. Resinas naturales. Resinas fenólicas. Antioxidantes. Óxidos metálicos y aditivos. **Tolueno** y Xileno. Acetato de etila. Acetona. Hexona. MEK y SPB.



Estos componentes que mencionamos, se encuentran en productos locales del tipo de; **Fortik, Killing, Elephant Kit o el Amazonas** (con altos concentrados en Thiner y Toluenos). Todos ellos, productos del mercado cochabambino y habitualmente consumido por los **NASC** mal llamados “Cleferos”.

En el caso del **Tolueno** (principio activo generador de la dinámica adictiva) hemos de hacer una mención a sus devastadores efectos, pues, según estudios recientes, el tolueno, por su poder volátil, influye en:

- El sistema Gabaérgico o de recompensa (Blaster *et al.* 1998) (Bescks *et al.* 2000).
- En los receptores de Glicina (Bescks *et al.* 2001).
- En el sistema dopaminérgico (Blaster *et al.* 1998) (Riegel *et al.* 1999).
- Inhibiendo el sistema glutamatergico influyendo en los receptores NMDA (Blaster *et al.* 1998).

El Tolueno y el **Etanol** presentan interacciones, con altos efectos, en los receptores celulares a nivel molecular (Becks *et al.* 2001) y sobre el sistema dopaminérgico, por lo que se plantea que generan adicción (Blaster *et al.* 1998).

En el año 2000, el **Centro Latinoamericano de Investigación Científica** declaró: “la “Clefa” o pegamento de contacto inhalado en calle por los NASC, tiene efectos considerados altamente desastrosos para la salud, ya que, entre otras de sus propiedades está la de disolver la materia grasa, atravesar fácilmente la barrera del alveolo pulmonar, y debido a que el torrente sanguíneo lo absorbe rápidamente, generar efectos inmediatos y de gran intensidad en el

hígado, efectos estos muy parecidos a los que se ocasionan las personas alcohólicas a nivel hepático¹²”.

Otro de los factores que propicia la inhalación de “Clefa” es la desnutrición, acompañado, claro está, por la precaria ingesta de alimentos que estos jóvenes mantienen en calle; pero es más, por el poder disolutorio de sus activos compuestos.

Los trastornos inducidos por inhalantes según el **DSM IV** son:

- **Delirium por intoxicación por inhalantes** (pág. 135).
- **Demencia persistente inducida por inhalantes** (pág. 159).
- **Trastorno psicótico inducido por inhalantes** (pág. 317).
- **Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes** (pág. 379).
- **Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes** (pág. 451).

A nivel fisiológico:

Se ha observado tolerancia al consumo de inhalantes, pero se duda sobre un síndrome de abstinencia como tal a nivel psicofísico. Eso sí, se pudo observar en un estudio (también para el DSM IV) que tras el abandono del consumo (en 24 - 48hrs.) y después de 2-5 días, aparecieron los siguientes síntomas: insomnio, irritabilidad, náuseas e ilusiones pasajeras (Shah *et al.* 1999).

A largo plazo, el consumo genera cuadros de anorexia, eccemas en la zona naso - bucal, alteración hematológica, procesos hepáticos, conjuntivitis crónica, broncopatías y endocrinas.

G: Posible psicopatología del consumo de “Clefa”

	Total		Total
Tristeza	45	Sudoración	20
Llanto	40	Miedo	32
Irritabilidad	34	Grandes olvidos	35
Problemas de concentración	34	Pensamientos de muerte	31
Menos ganas de hacer cosas	49	Intentos de suicidio	23
Cansancio	37	Pequeños despistes	25
Inquietud	26	Ver alteradas las cosas	30
Tensión	12	Ver cosas que los demás no ven	30
Problemas de sueño	29	Oír cosas que los demás no oyen	34
Preocupación	33	Sensación de que alguien controla tu mente	18
Falta de aire	17	Sensación de que alguien te vigila	29

Pregunta: ¿Cuáles de los siguientes síntomas has notado en el pasado mes?

Razón: Responder, a los posibles daños psicodinámicos que los usuarios de la “Clefa” puedan estar ocasionándose, en su reiterado contacto y/o abuso.

¹² Centro Latinoamericano de Investigación Científica en el año 2000.

Resultado: Es destacable, cómo la irritabilidad, el cansancio, los problemas de concentración, el miedo, los grandes olvidos y las ideas de muerte, junto a alteraciones perceptivas de la realidad, hacen de por sí un dramático cuadro de daños a tener muy en cuenta, no solo en su intervención, sino en posibles manifestaciones de futuro. Por esta razón sería adecuado hacer estudios de población, que terminando los procesos de reinserción social, nos ayuden a ver posibles manifestaciones, desde los daños ocasionados previamente, que expliquen procesos repentinos de recaída u otro tipo de conductas inadecuadas.

Notas: Con este apartado y, en relación al punto en el que se hace mención a “*la Historia de consumo*”, podemos apreciar cómo el daño psicológico se concentra en: el **área emocional** (tristeza, llanto, irritabilidad, miedo, preocupación), el **área conductual** (menos fuerza y/o ganas de hacer cosas) y el **área cognitiva** (preocupación, pensamientos de muerte). Y a nivel neuronal, presumiblemente desde el deterioro en el axón y la mielina, viéndose el daño reflejado en problemáticas del tipo: baja concentración, grandes y pequeños olvidos, y en las alteraciones tanto acústicas como perceptivas. Todos estos daños deberán ser necesariamente diagnosticados y adecuadamente acompañados en el proceso de deshabitación y/o desintoxicación (tanto médica como terapéuticamente) por todos aquellos que trabajen en la salida de estos jóvenes de la calle.

3.4. Autoestima

A: Cómo se ven en relación a los demás (de manera abierta y en general)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	4	11	7	7	4	33
No	4	9				13
No contesta		2	1		1	4

Pregunta: ¿Crees que eres tan bueno como los demás?

Razón: Responder al posible daño psicológico reflejado en la autoestima de los jóvenes inhaladores en situación de calle.

Resultado: Uno de los resultados reveladores de esta encuesta es precisamente este apartado, pues hasta ahora, se afirmaba con cierta generosidad, que la autoestima de los **NASC** era baja. Sin embargo, las respuestas reflejaron lo contrario. Eso sí, hemos de aclarar que el referente que ellos tienen bajo el término; “los demás”, son su grupo de iguales; el resto de los “mortales” para ellos somos los “otros”, grupo con el que nos confrontan pues no se sienten pertenecientes a nuestra sociedad. Si se confrontan con el grupo global (como ocurre en la pregunta sub-siguiente) este concepto personal varía.

Notas: Desde **Voces para Latinoamérica** mantenemos la hipótesis de que estos jóvenes se saben supervivientes de su propia historia, capaces de burlar a la justicia, a la par que de salir adelante con su vida, aprovechándose incluso de los programas locales que se les acercan o pretenden ayudar (dato que también comparte el informe de Lucchini) y, en general, de la gente y sociedad, lo cual hace que la percepción de su autoestima en calle esté en alza. Eso sí, habría que hacer un estudio una vez que abandonan este espacio o

lugar de calle, para ver si confrontándose con un nuevo espacio de referencia se mantienen en la misma línea, lo cual creemos que no sería así.

B: Si se creen buenos en alguna actividad (oficio, habilidad o actividad personal)

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	6	13	7	7	4	37
No	2	6	1			9
No responde		3			1	4

Pregunta: ¿Crees que eres bueno en algunas cosas?

Razón: Identificar el posible daño psicológico a nivel de autoestima, desde el hipotético deterioro que tanto la calle, como el consumo de “Clefa” puedan estar ocasionando a través de la anulación o bloqueo de sus habilidades.

Resultado: El nivel de valía auto percibida es alto; pues ellos se saben y sienten supervivientes, pero no por ello se creen valiosos para ser queridos (lo que se verá en el apartado siguiente). La calle exige mucho de ellos y de sus habilidades. Los **NASC** son, por subsistencia, un grupo humano que se dinamiza constantemente en un proceso de auto aprendizaje que muchos de nosotros no soportaríamos.

Notas: Este apartado viene a secundar lo afirmado en el apartado anterior, pues en la calle, estos jóvenes se ven valiosos para sacar partido a todo: en los semáforos limpiando cristales de coches o haciendo malabares, en los micros, llamando a su encuentro al público en general; en la propia ciudad, robando o buscándose la vida. Y, en general, se puede afirmar que las capacidades de supervivencia tan bien desarrolladas entre estos jóvenes, hacen que se perciban altos en autoestima.

C: Si piensan que no sirven para nada

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	6	18	5	4	1	34
No	2	2	3	3	3	13
No responde		2			1	3

Pregunta: ¿A veces piensas que no sirves para nada?

Razón: Profundizar en el posible daño psicológico a nivel de autoestima. Enfatizando en el posible deterioro que tanto la calle como el consumo de “Clefa” ha podido generar en los jóvenes; en este caso, a nivel cognitivo, ya sea desde la implantación de ideas irracionales como de distorsiones cognitivas; ambas capaces de dinamitar su valía o capacidad.

Resultado: Con esta pregunta, por su carácter referido al futuro y junto a la idea, que portan la mayoría de los jóvenes, de no vivir por siempre en la calle, se vieron confrontándose entre el mundo que les rodeaba y el futuro. Esta simple pregunta reflejó que no se ven valiosos para desempeñar ningún papel en la sociedad a la que todavía no se ven pertenecientes (ya sea en el ámbito de asumir responsabilidad o actividad alguna). Por todo ello, podríamos afirmar que la valía de estos jóvenes, se queda sólo en la capacidad que han desarrollado a la hora de subsistir, y no tanto en lo que les serviría dicho proceso (si lo supiéramos aprovechar también los técnicos) una vez se encontraran en etapa de reinserción, y más ante lo amplio y rico de sus habilidades y estrategias de subsistencia.

Notas: Observamos en este apartado, cómo estos jóvenes toman conciencia de su situación en calle, al reconocer que esta estancia es transitoria (pues ven y son conscientes del precio tan alto que terminan pagando). Es en este instante de conciencia, donde el ejercicio de auto-percepción doblega su autoestima, lo cual lleva rápidamente al despliegue de mecanismos de defensa (sobre todo de negación), también para evitar pensamientos, que les ayuden a no pensar que no valen para nada y, en consecuencia, a recuperar su engañosa “autoestima” con la que seguir subsistiendo. Ellos saben que sería en la sociedad que les rodea, en la que se deberían insertarse, pero habiendo fracasado ya en varios programas (recordamos una media de 3 por joven), en la escuela (para la gran mayoría) y en su familia (otra gran mayoría), a la vez que reconociendo los daños que su estilo de vida (tanto en lo que concierne a su imagen, salud y ámbito psicológico), llegan a pensar que “regresar” a la sociedad es imposible. Esta situación, llevará a los jóvenes de mayor tiempo en calle, a crearse una idea irracional de imposibilidad en su reinserción y recuperación sobre la base de su “no valgo para nada”, (respuesta del 65% del total de los encuestados).

Recomendaciones: Desde **Voces para Latinoamérica** proponemos a los programas locales que se acercan a estos jóvenes con una mirada constructiva, proactiva y propositiva, partiendo de lo que se “es” y no de lo que “debería ser”. Se tendría que aprovechar las habilidades, incluidas las adquiridas en calle, para adaptarse a ellos y no a adaptarles a los programas, por lo despersonalizador que esto mismo es. De esta manera les ayudaremos a encontrarse a sí mismos sin sentirse juzgados, a aceptarse tal como son sin que por ello se conformen con sus acciones inadecuadas, y a animarse en vez de obligarse (un ejemplo lo tendríamos en su capacidad de engaño, que bien se podría reconducir hacia las habilidades para la venta, ya no desde la mentira, sino aprovechando su capacidad de convicción y manipulación, en este caso futuro, de venta). Trabajar desde lo sano de su persona (en línea sistémica) haciéndoles ver que no son tan malos o nullos, es en sí un enfoque, no sólo más adecuado para él y su persona, sino para con nosotros mismos, como técnicos, y para con la sociedad que entre todos construimos. Entendemos que con este ejercicio, no sólo ayudaríamos a que al joven no le cueste tanto el paso de cambio, readaptación o inserción, sino además, a que no termine viéndose fracasado y negándose a ver o aceptar lo que fue, pues esto sí le traería mayores complicaciones y complejos en le futuro (si es que llega a insertarse socialmente hablando).

3.5. Conducta delictiva

A: Si han traficado con drogas para poder conseguir más drogas

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	4	9	2	2	2	19
No	4	10	5	5	3	27
No responde		3	1			4

Pregunta: ¿Has traficado con drogas para poder conseguir más drogas?

Razón: Analizar el posible nivel de disocialidad que la gente, en general, piensa que tienen los **NASC**, respecto a su dinámica de robo en calle y sus estrategias de supervivencia, relacionándose con el tráfico de drogas local.

Resultado: Si nos fijamos en quiénes son los que trafican o reconocen esta actividad, los encontraremos sólo en los grupos que representan la minoría de edad y/o menor tiempo en

situación de calle. En los más jóvenes, las habilidades de subsistencia en la búsqueda de dinámicas de ingreso económico, es todavía pobre. Eso sí, con la imagen de tráfico, que estos niños-as y adolescentes adquieren con su precaria venta de drogas, consiguen que se les admire en su vinculación al grupo de pares. El resto de los jóvenes de mediana edad, y tras ya una experiencia de calle amplia, van encaminándose más por el pequeño hurto que por el tráfico de drogas (que más que tráfico es pequeña venta). Respecto a los jóvenes de mayor edad, y como quedará reflejado en este apartado de la encuesta, es interesante destacar cómo reciben por sus hurtos (y en clave de pago) droga; siéndoles fácil conseguirla sin tener que traficar. Por todo ello, se puede afirmar que la dinámica de venta o tráfico de drogas entre los **NASC**, no es un rasgo que los represente o caracterice.

Notas: Nosotros creemos que el tráfico de drogas no es una dinámica mantenida entre esta población y más en su literal concepto. Es más, desde **Voces para Latinoamérica** creemos que si no es mayor el nivel de utilización de estos jóvenes en el “mundillo” del tráfico (por parte de personas de mayor edad sin escrúpulos), es debido a lo inapropiado que les resultarían estos jóvenes (por su debilidad, su imagen social, su falta de higiene, cortes en el cuerpo, etc.) y lo mal responderían al acto delictivo por su descoordinación. También vemos importante mencionar que la dinámica de tráfico está condicionada por el pago que se les hace (sobre todo a los líderes de grupo) que, algunas veces, consiste en droga, como sucede en algunas zonas (mercado negro, zonas rojas de calle, etc.) en las que se aceptan objetos robados por droga; la misma que será repartida y/o vendida entre sus propios compañeros de menor edad.

Hemos de reconocer y decir que esta pregunta estuvo condicionada por la dificultad que tenían los jóvenes encuestados, a la hora de entender la idea misma de tráfico y lo que ésta les representa. Pues sucede que no tienen referencia de que este concepto esté relacionado con su manera de sobrevivir en calle o de relacionarse entre iguales, a través de la propia adquisición de la droga (sustancia y concepto que no siempre entienden de la misma manera, pues el pegamento no lo ven de la misma manera que la cocaína).

B: Si roban para poder conseguir drogas

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	7	18	4	6	3	38
No	1	1	4	1	2	9
No responde		3				3

Pregunta: ¿Has robado para poder conseguir drogas?

Razón: Intentar seguir analizando el nivel de disocialidad que se imputa en estos jóvenes, respondiendo ahora al hipotético caso de “delitos contra la propiedad privada”.

Resultado: En este caso, sí pudimos constatar que en este tipo de población urbana, esta dinámica se da en un tanto por ciento elevado.

Notas: Tras este punto, queda claro cuál es la actividad con la que, no solo pueden subsistir los **NASC** en Cochabamba, sino que incluso nos ayuda a ver cómo pueden comprar los medios de consumo con los que drogarse ellos mismos. Dada esta situación, es importante tomar conciencia del daño que generan algunos programas en los que la población no está definida, a la hora de acoger niños-as y adolescentes en calle de otros sub grupos (pandilleros, trabajadores, mendigos etc...) y mezclarlos con grupos de inhaladores (o mal llamados “Cleferos”). Esto lo mencionamos no sólo por los jóvenes no consumidores o de calle, sino también, por los jóvenes que sí lo son, y necesitan una

dinámica terapéutica apropiada, específica y especializada en su recuperación y ante la posible patología de calle, quedando diluida o en segundo plano.

3.4. Relaciones sociales

A: Si tienen amigos que no consuman drogas

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	6	18	8	7	4	43
No	2	3	0	0	0	5
No contesta		1			1	2

Pregunta: ¿Tienes amigos que no consumen drogas?

Razón: Analizar uno de los estereotipos en los que se suele encasillar a este grupo social: *la disocialidad*, concebida en la vinculación de estos jóvenes siempre respecto a grupos de pares “drogadictos”.

Resultado: Los resultados son aplastantes y particularmente interesantes. Estos jóvenes sí mantienen relaciones fuera de su contexto y grupo de consumo. Con los datos obtenidos, es obvio que sí se puede desmentir la idea y estereotipo social de que los amigos de estos jóvenes en calle, no sólo no son de la calle, sino que (por diversas dinámicas sociales) mantienen referentes sociales adecuados a su persona.

Recomendaciones: Voces para Latinoamérica recomienda que, en línea sistémica y, una vez que el usuario esté en proceso terapéutico, se descubran estos vínculos afectivos, y se tengan en cuenta para el proceso de reinserción social del niño, niña y adolescente. Estos vínculos se encuentran en los mercados de la ciudad donde reciben comida y apoyo, en lugares de juego, en parques o entre los vendedores ambulantes que en muchas ocasiones y desde la propia compasión que despierta su situación o reducida edad, se vuelcan en su ayuda.

B: Si sus amigos les animan a consumir drogas

	Sayaricuy	Huayna Kapac	Mosoj Yan	Coronilla	Otros	Total
Si	4	16	4	2	0	26
No	4	5	4	5	4	22
No contesta		1			1	2

Pregunta: ¿Tus amigos te animan a consumir drogas?

Razón: Analizar el nivel de “fuerza” y/o presión de grupo de referencia o pertenencia, en su dinámica de consumo y/o abuso de psicoestimulantes.

Resultado: La encuesta nos muestra disparidad de datos. Por ello necesitamos observarla desde tres sub grupos: **1º. En relación con las zonas:** la de “Huayna Kapac” es en la que hay mas niños menores de 16 años, en contraposición al grupo de “Coronilla” donde fue encuestado un grupo predominantemente de mayores de edad. **2º. Jóvenes que más tiempo han estado en calle:** son los de Sayaricuy y Mosoj Yan, pues han decidido ya abandonarla. En ellos podríamos encontrar amplias habilidades sociales de posicionamiento y/o evitación. **3º.** Ya desde el grupo “Otros”: los jóvenes que por proceso de cronificación su vivencia de calle es más en solitaria indigencia que desde una vivencia

grupal. Con ello, el peso del grupo de iguales es alto. Esto se debe a los códigos del sub-grupo social que se ritualiza y relaciona en base al consumo, y en este grupo desde el alcohol. En cuanto a los mayores de edad, éstos no mantienen una dinámica de presión de grupo. La causa es que no se han introducido en la dinámica de cronificación y su papel de líderes de sub grupo se lo permite (eso sí, es sólo cuestión de tiempo que su figura se deteriore por el vacío que se vive en calle y se inicien en el proceso de cronificación e indigencia, vinculado a la soledad o ruptura de grupo de iguales).

Si tuviéramos en cuenta la relación; edad y tiempo en calle, nos hablaría de cómo estos ítems son los diferenciadores del nivel de presión, pues existe una fuerte relación entre estas variables.

Notas: El grupo de referencia o pertenencia entre los **NASC** no es estático y menos limitado, por lo que es difícil extrapolar los datos a una visión de sub grupo o clan general. Pero sí es posible dar una vivencia amplia en sus relaciones afectivas que, como se recogía en el apartado anterior, no pasa solo por componentes de calle, sino también por una diversidad en el plantel de amigos, colegas o compañeros con los que acceden a un variado elenco grupal.

Desde este apartado nos es difícil atisbar qué idea tienen estos jóvenes del concepto “amigo”, pues sobre el tiempo que dedican a los grupos de referencia en calle y con los que se mantienen, hemos descubierto que, en nuestro contacto y trabajo de calle, los lazos afectivos entre estos jóvenes, son más vinculares y dependientes que afectivos. Esto hace que este referente no sea para ellos importante y sí necesaria. Eso sí, con la pregunta anterior y con ésta, desde **Voces para Latinoamérica** creemos que se puede afirmar que muchos de estos jóvenes, al margen de su grupo de iguales, sí conservaban amigos en la calle (incluso de la infancia) que, no estando vinculados al mundo de la droga (factor éste de por sí estructurador), les ayudaría en un proceso hipotético de reinserción (pero para ello, habría que tener en cuenta este factor y saber trabajar con él).

A diferencia de lo que se cree, la presión de grupo en calle no es tan alta (aunque depende de edades, sub grupos y tiempo en calle), es más, en algunos casos, los jóvenes, mayores de edad, ven como inadecuado que los pequeños se introduzcan tempranamente en el consumo de drogas o se mantengan en calle. Sin embargo, por otro lado, no hacen nada para evitarlo.



CAPÍTULO II (2ª parte)

PRESENTACION B

Ejercicio comparativo de la 1ª encuesta

Combinación de datos en función de la edad

Variables y resultados

1. Relaciones sociales

A: Respecto a si tienen amigos que no consuman drogas

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	7	18	12	6	43
No	1	2	1	1	5
No responden		1		1	2

Pregunta: ¿Tienes amigos que no consumen drogas?

Razón: Analizar desde su edad, uno de los estereotipos sociales (ya mencionados), en los que se suele encasillar a este grupo social: **Disociales**, concebido desde su presunta vinculación y visión como solo jóvenes drogodependientes.

Resultados: Una vez más, el resultado de la encuesta nos refleja que el 90% de los **NASC** consumidores, sí mantienen vinculación con personas no consumidoras, personas más adecuadas a su situación. Por ello podemos afirmar que a pesar de encontrarse en situación de calle, sí existe en todos ellos (**NASC**) vinculación con jóvenes no consumidores, pudiéndose cuestionar por ello, la facilidad con la que se les etiqueta de jóvenes disociales.

Recomendaciones: Desde nuestra experiencia, un alto porcentaje de los jóvenes en calle, sí tiene a otros jóvenes que no consumen como amigos, ya sea desde su relación “laboral” en calle, delictiva o por las actividades de ocio a las que también se disponen (“tilines”, videos, fútbol, etc.). Desde este apartado, proponemos trabajar en los programas educativos y/o terapéuticos intentando obviar los estereotipos sociales con lo que se limita el potencial de estos jóvenes, así como el que trabajemos reconociendo e integrando todo aquel referente adecuado; sobre todo de cara al proceso de reinserción social.

Resultado comparativo respecto al Test anterior: el ejercicio comparativo no ofrece mayor información que la expuesta anteriormente, eso sí constata por edades lo expuesto.

B: Respecto a si sus amigos le animan a consumir drogas

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	5	10	5	4	24
No	3	9	8	3	23
No responden		2		1	3

Pregunta: ¿Tus amigos te animan a consumir drogas?

Razón: Analizar el nivel de “fuerza” y/o presión del grupo de referencia o pertenencia, en su dinámica de consumo y/o abuso de psicoestimulantes.

Resultado: Desde esta perspectiva, se puede observar que los jóvenes de mayor edad y tiempo en calle, son más independientes ante el grupo con el que se vinculan o servían de referencia en calle, manteniendo una cierta autonomía respecto al grupo (si no han entrado en proceso de indigencia), frente a los de menor edad o poco tiempo en calle, que no la tienen y sí padecen dicha dependencia. Resalta cómo en el grupo entre 21 y 34 años se vuelve a iniciar o activar esta dinámica de presión, y más si se encuentran en etapas de cronificación (**D**), explicable desde su deterioro.

En este apartado descubrimos uno de los factores propiciadores del proceso de recaída: su grupo de iguales. Esta información nos advierte, no sólo de su potencial en el proceso de hábito adictivo, sino también de la necesidad de ser trabajado en la propuesta terapéutica/educativa junto al joven en su proceso de inserción, ya que, si no, mantendrá la posibilidad de poder volver a contactar con los espacios y/o jóvenes (con los que vivía en calle), evitando fracasar con los nuevos amigos de su edad, impidiéndole conocer futuros amigos, más adecuados.

Recomendaciones: Desde **Voces para Latinoamérica** creemos que son los de mayor edad, y ya en proceso de cronificación (**D**), los que vivencian mayor dinámica de presión de grupo. Esto se debe a su vinculación con el sub mundo de la indigencia, en el que ésta -la presión de grupo ante el consumo- es alta. Pero ahora sí, utilizando el alcohol y otras drogas, como sustancias de relación y evasión, y no tanto inhalantes. Por ello es urgente que existan programas específicos para este tipo de población. En los otros casos, creemos que más el ritual que la presión lo que hace que consuman.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a respaldar la idea de que hay un primer nivel (tal vez relacionado con el grupo **A** y **B**), que se mantiene presionado, ya sea por su juventud o por el poco tiempo que lleven en calle y, que tras pasar esta etapa, pueden optar a un mayor nivel de autonomía o independencia (correspondiente más al subgrupo **C**). Sin embargo, si se mantiene en calle por los beneficios obtenidos, le llevará al sub grupo crónico (**D**) ya vinculándose, casi definitivamente, al mundo de la calle y con el tiempo con el de la indigencia; mundo que a su vez, porta códigos de calle diferentes al de los **NASC**, como son el de la distancia de sub-grupos en calle desde el vacío existencial, la soledad y el abandono.

2. Conducta delictiva

A: Respecto a si han traficado con drogas para poder conseguir más drogas

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	2	10	5	3	20
No	6	9	6	5	26
No responden		2	2		4

Pregunta: ¿Has traficado con drogas para poder conseguir consumir drogas?

Razón: Analizar el posible nivel de disocialidad que la sociedad en general tiene sobre los **NASC**, respecto a su dinámica de calle y sus estrategias de supervivencia, relacionándose con el tráfico de drogas local.

Resultado: En esta ocasión, podemos observar cómo se descarta rápidamente, la hipótesis de dinámica “disocial” en los más pequeños. La causa la encontramos en que su estancia en calle está más justificada desde la evitación del problema familiar disfuncional y su correspondiente proceso de callejización, que por la pertenencia o experiencia de esta

situación. Sin embargo, en el caso de los jóvenes de mediana y mayor edad, (algunos ya en proceso de cronificación) debido a la capacidad (desarrollada en calle) delictiva y a su extensa experiencia en calle, les permite “buscarse la vida” de otras maneras más satisfactorias que las que el precario trabajo de la ciudad de Cbba. les permite estando en calle. Es ahí donde aparece el tráfico de drogas como un pequeño medio de ingreso económico y/o de adquisición de sustancias de mayor impacto (como es el caso de la costosa cocaína, inalcanzable para ellos por su precio y muy a menudo sustituida, por esta misma causa, por la pasta base).

Notas: En este apartado podemos observar un proceso progresivo, en la dinámica de callejización, por parte de los jóvenes en calle, referente a la dinámica delictiva, ya que, puede observarse que, según avanza su estancia y/o edad en calle, esta dinámica se desarrolla o hace imprescindible. Desde estos datos, podemos afirmar que la calle y su dinámica desestructurante y despersonalizadora va acompañada de dinámicas delictivas, en sí excluyentes, de un proceso de recuperación; complicando la salida del joven de la calle, a la par que reafirmando su perfil di-social.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a respaldar la idea de que los jóvenes del grupo **B** (grupo de mayor autonomía debido a que ya llevan tiempo en calle, el daño del consumo de drogas es bajo, y su estancia en calle todavía no ha debilitado su personalidad ofreciéndole todo esto seguridad y liderazgo), siendo los que tienen mayor dinamismo social en lo que consideramos dinámicas disociales. A este grupo (de 15 a 17 años) lo podemos ver en cada uno de los diversos subgrupos de calle, como bien reflejan los datos del anterior test. La reducción del consumo en edades posteriores, se debe al daño ocasionado por el mismo consumo, junto al debilitamiento de su personalidad por los impactos vividos en la calle. Todo ello le lleva a no ser apto para la dinámica de tráfico.

Hemos de aclarar en este apartado, que los jóvenes de calle no son traficantes en el término amplio de la palabra. Se demuestra nuestra afirmación sólo con la mera observación de lo que supondría el que accedieran a cantidades de dinero, pues en ese caso, automáticamente, saldrían de la calle, optando a un cuarto, y con ello, a la desvinculación de su subgrupo, evitando etiquetas y un ponerse en “el punto de mira” de la policía y más ante el alto número de redadas que padece esta población.

B: Respecto a si roban para poder conseguir drogas

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	4	18	8	6	36
No	4	1	3	2	10
No responden		2	1		3

Pregunta: ¿Has robado para poder conseguir drogas?

Razón: Continuar analizando el nivel de disocialidad que se imputa a estos jóvenes, respondiendo ahora al hipotético caso de “delitos contra la propiedad privada”.

Resultado: Observamos cómo esta dinámica se da en un tanto por ciento muy elevado, pudiéndose afirmar que la situación de calle es, en sí misma, una escuela de delincuencia.

Notas: Es evidente que la necesidad de consumo en estos jóvenes les lleva a integrarse en la dinámica delictiva según se observaba en el punto anterior. Una vez más, reafirmandonos en los procesos de exclusión social a los que se ven abocados estos jóvenes, entenderemos que su actividad es más fruto de la necesidad de subsistencia que

de disocialidad. Es importante observar un proceso progresivo (respecto a las edades), en el inicio de las dinámicas delictivas.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, una vez más el ejercicio comparativo viene a respaldar la idea de que la estancia en calle conlleva actos delictivos vinculados, sobre todo al robo (comida, bolsos, objetos del mercado, celulares etc.). En el caso de los jóvenes de menor edad, lo veremos reflejado eso sí, dentro de un proceso de aprendizaje que ya se mantendrá en el tiempo. Y en el de edades superiores, dentro de una dinámica de mayor gravedad como es: el asalto, o en algunos o el robo con fuerza, pero lo justificamos más bien desde su necesidad, que desde el “gusto” a este tipo de actitudes callejeras (más vinculadas al sub grupo “pandillas” o ladrones organizado).

Insistimos, como en el apartado anterior, es bueno aclarar que este grupo social, y al margen de los estereotipos sociales con los que se les viene etiquetando (Polillas), son jóvenes con características delictivas o violentas más por subsistencia que por rasgo de calle. Es más, su nivel de violencia está muy relacionado al nivel de resistencia que se les presente o a manifestaciones subculturales “inadecuadas” no regidas por la agresividad sino por el impulso o código de calle, no por ello menos imputables o denunciables.

3. Autoestima

A: Respecto a cómo se ven en relación a los demás

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	4	13	9	7	33
No	4	6	2	1	13
No responden		2	3		5

Pregunta: ¿Crees que eres tan bueno como los demás?

Razón: Intentar responder al posible daño psicológico reflejado en la autoestima de los jóvenes inhaladores en situación de calle.

Resultado: Se puede observar cómo los factores; estancia en calle, capacidad de resiliencia, adaptabilidad y supervivencia, hacen que en estos jóvenes su proceso de autoestima, no sólo no vaya en detrimento de sí mismo, sino que, según pasa el tiempo en calle y se potencien sus mecanismos de defensa y adaptabilidad, se eleve su auto concepto y con ello una aparente auto estima. Eso sí, todo ello, en referencia solo a su grupo de calle o micro sociedad, y no respecto al resto de la sociedad ante los cuales no se confrontan por lo inadecuado que les resultaría.

Notas: Este punto es de doble lectura. Por una parte, sí es cierto que gracias a esta dinámica, los jóvenes sobreviven a la dura estancia de calle, pero por otro lado, les distancia día a día de un comportamiento y/o dinámica sociabilizadora con la que poder abandonar la calle. Es más, fuera de ésta no se verían; ni aptos ni validos para con el mundo que les rodea.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a reafirmar lo expuesto en las exposiciones anteriores. Sin embargo, si estratificamos el análisis por edades veremos cómo se refleja un proceso progresivo, que más tiene que ver con la autonomía que este tipo de jóvenes gana o adquiere en su experiencia y subsistencia de calle, que con un “buen” nivel de autoestima interiorizado o adquirido. Personalmente, tengo la teoría de que estos jóvenes, en la medida que se van distanciando del espacio familiar (sobre todo si es violento) y adiestrando en la adquisición

de habilidades con las que subsistir, se van sintiendo día a día mejor consigo mismos, o por lo menos más seguros de si y su nueva situación, aunque en el fondo perciban el daño que se hacen, o precio que pagan, por este tipo de vida, ya sea tanto a nivel ético como psicológico o incluso físico, razón a su vez que les llevar a no “pararse” mucho o evitar los momentos en los que percibir este mismo análisis de toma de conciencia.

B: Respecto a si se creen buenos en algo (oficio, habilidad o actividad personal)

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	6	15	9	7	27
No	2	5	2	1	10
No responden		1	2		3

Pregunta: ¿Crees que eres bueno en algunas cosas?

Razón: Responder al posible daño psicológico en la autoestima, desde el hipotético deterioro que tanto la calle como el consumo de “Clefa” pueda estar ocasionando, a través de la anulación o bloqueo de sus habilidades.

Resultado: Con este apartado podemos observar una vez más la conciencia que estos jóvenes tienen de su capacidad de supervivencia, adaptación y superación de condicionantes en el hecho de supervivir en calle.

Notas: Por ser la dinámica de calle, entre los jóvenes que sobreviven en ella, una realidad que se comienza desde muy joven (8-10 años) y llevarse a cabo desde su tendencia a la aventura y/o juego, observamos cómo los **NASC** se insertan en ésta desde una dinámica progresiva con la que se ven aptos, capaces y seguros de afrontar y establecerse en calle. Por lo tanto no se verán afectados a nivel superficial de autoestima. Pero esto no sucederá (y como veremos en el siguiente apartado) cuando, por un erróneo planteamiento a nivel cognitivo y emotivo, hagan de este “mundo de calle” su mundo “real”, observando que no se corresponde con la realidad. Llegados a esta etapa sí podríamos observar entre ellos (sobre todo ante los que dudan sobre si salir o no de la calle) un análisis de duda, dolor o miedo ante lo que les supone saberse y verse al otro lado de la sociedad común.

Resultado comparativo respecto al anterior Test: En este caso, el ejercicio comparativo viene a respaldar los datos reflejados en la exposición anterior: Si se observa un porcentaje de jóvenes en los que se puede reconocer un nivel de baja autoestima respecto a las habilidades, personalmente creo que no deja de ser similar al que se reflejaría entre jóvenes adolescentes normalizados de su edad, ya que precisamente es en esta natural etapa evolutiva humana, de confusión e inquietud, en la que este tipo de problemáticas (baja autoestima) más se denotan.

C: Respecto a si piensan que no sirven para nada

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	6	15	8	6	35
No	2	5	3	2	12
No responden		1	1		2

Pregunta: ¿A veces piensas que no sirves para nada?

Razón: Profundizar en el posible daño psicológico en cuanto a su autoestima. Esta vez observando el posible deterioro que tanto la calle como el consumo de “Clefa”, haya podido generar en estos jóvenes, en este caso a nivel cognitivo, ya sea desde la implantación de ideas irracionales como de distorsiones cognitivas; ambas capaces de dinamitar su valía y/o capacidad personal.

Resultado: La tabulación por años sólo viene a reafirmar lo expuesto más arriba.

Notas: Comentar que fue en este momento de la realización de la encuesta, en le que por esta pregunta se situaron ya en relación al mundo que les rodeaba (y fuera de su grupo de convivencia), siendo desde esta perspectiva cuando denotaron una baja autoestima personal en relación a los otros: pues, tanto sus capacidades de adaptación como de supervivencia en calle, fuera de esta, piensan que no les servirán de nada si salen o abandonan la calle. En este momento, su idealización, y la conciencia de los mecanismos de defensa que han generado les llevaron a evaluar que, en medio de esa realidad social a la que se les invita a regresar, no tendrían mucho que ofrecer. Pero hemos de advertir que la razón de este análisis, es más debido a que se sitúan como personas que no sirven para nada en este sistema que a deterioros en su personalidad. Es desde esta manera de percibirse, desde la que se reafirman en su estancia en calle y en su estilo de vida, pues tras ser “náufragos” de su propia historia, ya si han conseguido hacer de la calle su entorno, controlándolo a la vez que viéndose a sí mismos con una valía o capacidad desde la que ya sí, sirven para algo.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo reafirma las observaciones reflejadas en el mismo apartado del test inicial.

4. Motivación por el tratamiento

A: Respecto a si han pensado en dejar de consumir

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	8	15	13	5	41
No		4			4
No responden		2		3	5

Pregunta: ¿Has pensado alguna vez en dejar de consumir “Clefa”?

Razón: Buscar las posibles motivaciones al cambio y/o abandono del consumo entre estos jóvenes.

Resultado: Tanto el daño que les supone, como el alto coste de su consumo y estancia en calle, sí es percibido por los **NASC** como algo inadecuado y dañino. Es por esto que para esta población, la estancia en calle (en principio o estadios **A** y **B**) se observará como algo transitorio. Sin embargo, tras la cronificación de su estancia en calle, basada tristemente en muchos casos, por un alto historial de recaídas y fracasos en programas, les hace abandonar la idea de salida.

Notas: Cuando estratificamos las edades, se sigue observando cómo las dinámicas de desestructuración y despersonalización en las que se ven inmersos estos jóvenes, más los altos niveles de asistencialismo reinante en muchas de las intervenciones sociales que les intentan ayudar (sociales, religiosas y/o políticas), hacen que junto a las precarias dinámicas terapéuticas, educativas y preventivas existentes en el lugar, no sólo no se aborde el daño ocasionado en la vivencia de calle, sino que incluso, no les ayuda a su

recuperación e inserción social de manera óptima y/o adecuada. El resultado es que con esto terminan potenciando su adherencia, permanencia y pertenencia a la calle (factor que se observa en el punto siguiente). Este apartado nos lleva a cuestionarnos qué es lo que pueda estar pasando en Cochabamba, pues las organizaciones locales no terminan de acertar y aprovechar el potencial que ellos tienen: no solo quieren dejar el consumo, sino incluso la misma dinámica de vivencia en calle,

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo corrobora las observaciones reflejadas en el mismo apartado del test inicial.

B: Respecto a si han intentado alguna vez en dejar de consumir (por su cuenta)

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	7	17	11	6	41
No	1	3	1	1	6
No responden		1	1	1	3

Pregunta: ¿Has intentado alguna vez dejar de consumir?

Razón: Seguir observando variables con las que identificar el proceso de cambio desde un necesario abandono del consumo, en este caso, “más difícil todavía”; de manera individual y solitaria.

Resultado: Una vez más se reafirma que esta población, no sólo quiere dejar el consumo sino la misma dinámica de calle.

Notas: Desde **Voces para Latinoamérica** advertimos cómo las organizaciones locales interventivas no saben o no aprovechan el potencial motivacional existente para el cambio, entre esta población de calle. Tanto el número de intentos, como los correspondientes fracasos en el proceso de ayuda y/o tratamiento recibido, termina haciendo que, con el tiempo, aparezca en ellos un alto nivel de falta de motivación y desaliento. “Increíble”.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo confirma nuevamente las observaciones reflejadas en el mismo apartado del test inicial, sin que se resalten matices al tomar en cuenta las diferentes edades.

C: Respecto a si le gustaría dejar de consumir ahora

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	7	16	11	6	40
No	1	4	1		6
No responden		1	1	2	4

Pregunta: ¿Te gustaría dejar de consumir ahora?

Razón: Despejar variables con las que esclarecer la motivación, en este caso verificando que esta motivación no sea un ideal inalcanzable o siempre pospuesto, sino un elemento con actualidad y vigencia.

Resultado: Los datos que nos refleja la comparación por edades nos devuelve los mismos resultados, cotejados con los resultados de la primera presentación de datos. Los jóvenes, además de querer dejar de consumir, también están dispuestos a hacerlo ya. Si bien hemos localizado un cierto desinterés en el subgrupo, 15/17 años, esto es comprensible,

pues es esta edad, un momento de la adolescencia (aventura, ruptura de normas, etc...) en el que la calle es lugar de diversión y riesgos, junto a su capacidad de control, fuerza y poder de la misma: hace que vivir en la calle sea una “aventura”.

Notas: Sumándonos a los datos expuestos en el apartado anterior, se puede afirmar que estos jóvenes sí mantienen una actitud adecuada para el abandono de su consumo (no tanto de la dinámica de calle, debido a la baja autoestima reflejada en puntos anteriores). Pero desde el equipo de **Voces para Latinoamérica**, sí invitamos a las programas que intentan trabajar con ellos, a que faciliten los procesos de cambio, no de manera brusca o centrada sólo en el consumo de la “Clefa”, sino adaptándose a los intereses y dinamismos de cambio (precontemplativos- contemplativos) de estos jóvenes, de manera progresiva y dinámica.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo ratifica las observaciones reflejadas anteriormente. Sin embargo, hay que resaltar que entre las edades de 15-17 años hay una ligera divergencia. La causa, posiblemente está más vinculada a la propia edad y seguridad que ya consiguen al vivir en la calle, que a causas mayores.

D: Respecto a si le gustaría dejar de consumir en un futuro

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	7	16	10	6	39
No	1	3			4
No responden		2	3	2	7

Pregunta: ¿Te gustaría dejar de consumir en un futuro?

Razón: Esclarecer la duda de si los jóvenes encuestados mantenían una motivación al cambio en un futuro. Pues en el equipo existía la duda de que estos jóvenes tuvieran motivaciones claras y reales de cambio que se mantuvieran en el futuro, por ejemplo; no imaginándose sin consumos ocasionales o puntuales.

Resultado: Los datos recogidos nos responden una vez más, a cómo la población encuestada, no sólo quiere salir de la situación de calle, sino que incluso, no se imaginan viviendo en ella en un futuro próximo.

Notas: Este punto corrobora lo expuesto en los apartados anteriores.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a confirmar las observaciones reflejadas más arriba. Pero, una vez más, queremos hacer hincapié en lo dicho en el apartado anterior. Esto es, en cómo entre las edades de 15-17 años existe hay una ligera divergencia. La causa, posiblemente, está más vinculada a la propia edad y seguridad que ya consiguen al vivir en la calle, que a causas mayores.

5. Historia de consumo

A: Respecto a si consumen “Clefa” todos los días

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	5	8	5	6	24
No	3	12	8	1	24
No responden		1		1	2

Pregunta: ¿Consumes “Clefa” todos los días?

Razón: Observar la necesidad de medir el impacto adictivo que el consumo reiterado de esta sustancia, pueda ocasionar en un usuario, en este caso, reflejado desde su periodicidad.

Notas: Tras el trabajo de calle, pudimos observar que en el grupo 10/14 años, el nivel de consumo corresponde más a un ritual de integración y/o aceptación que a un gusto, necesidad o dificultad de abandono. Esto que exponemos se ve reflejado en el grupo superior 15/17 años, y en cómo, más de la mitad de los jóvenes no tienen la necesidad de consumir a diario. Esta dinámica se cronifica con el tiempo, observándose que en grupos de mayor edad (de 21 a 34 años) y con mayor tiempo en calle, el consumo pasa a ser adictivo; compaginándose como medida de apoyo y/o paliativa, con sus nuevas dinámicas adictivas y/o dependientes: cocaína, alcohol, marihuana, etc. (Ver anexos para la explicación de los términos adicción y dependencia)

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a confirmar las observaciones reflejadas en el mismo apartado del test inicial.

B: Respecto si puede estar sin consumir “Clefa”

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	8	17	10	1	36
No		3	13	6	22
No responden		1		1	2

Pregunta: ¿Puedes estar algún día sin consumir “Clefa”?

Razón: Medir el impacto adictivo y/o dependiente que el consumo reiterado de esta sustancia (Tolueno) podría generar en un usuario, en este caso desde su posible y consecuente dinámica compulsiva u obsesiva, ya sea por su reiterada ingesta, como desde la dificultad de no poder frenar la posible necesidad de ser administrada.

Notas: Desde el análisis de lo anteriormente expuesto, se puede ya entender el ascenso progresivo en los límites del abandono del consumo observando la progresión en edades que va relacionada con el tiempo que han pasado en calle, pues, desde un principio neuro-adaptativo se verán sentenciados a un proceso de cronificación en la dinámica de “callejización”.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: En este caso, el ejercicio comparativo viene a respaldar las observaciones anteriormente expuestas. Es más, desde este apartado del análisis se puede observar mejor, si vemos, cómo los miembros de grupos de mayor edad se vinculan con etapas de cronificación, resistiéndose más al cambio y por ello al abandono del consumo.

C: Respecto a cuántos días máximo ha estado sin consumir “Clefa”

Jóvenes y edades	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años
Promedio días	18,5	15,9	55,4	9,5
No responden				4

Pregunta: ¿Cuántos días como máximo has estado sin consumir “Clefa”?

Razón: Intentar responder al tiempo que pueden aguantar, ante la interrupción del consumo en la utilización y/o relación con la sustancia “Clefa”. Buscábamos apreciar el tiempo en el que son capaces de prescindir de dicha sustancia, y por consiguiente, de la capacidad de los usuarios, de iniciar una dinámica de abstinencia, por las causas que fueran.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: Si recordamos la I encuesta, los abandonos del consumo están relacionados con el abandono de la situación en calle. La mayoría de los días sin consumo son debidos a estancias en programas, entradas en el hospital o a salidas de la ciudad. Resaltar como en el grupo (15/17) encontraremos de manera desglosada a 9 chicos, con menos de 10 días; a 5 chicos, con 1 mes o más; a 4 chicos, con más de un año y a 2 chicos, ns/nc¹³.

D: Respecto al número de estancias o ingresos en algún programa

	8 de 10 – 14 años	21 de: 15 – 17 años	13 de: 18 – 20 años	8 de: 21 – 34 años	Total
Si	7	16	8	6	37
No	1	4	5	1	11
No responden		1		1	2
Media	2,2	3,2	2,1	1,6	

Pregunta: ¿Has estado en algún programa u hogar?

Razón: Identificar la relación del grupo de jóvenes y sus estancias entre los diversos programas locales que, de manera directa o indirecta, intentan ayudarles a resolver su problemática.

Resultado comparativo respecto a la encuesta I: Este es un apartado que no solo viene a ratificar los apartados anteriores, sino que reafirma la necesidad de apoyar la salida de estos jóvenes ante su idea u objetivo de abandonar la situación de calle o el consumo (las cuales van casi parejas) ya que habiendo fracasado en varios procesos piensan que no pueden salir de ésta.

¹³ Ns/nc: abreviatura para con el término que describe las respuestas de los que no saben o no contestan.

E: Alteraciones en la salud relacionadas con el consumo de sustancias

¿Cuáles de las siguientes molestias has notado en el pasado mes?

	A	B	C	D		A	B	C	D
Ansiedad	7	12	7	5	Somnolencia	7	9	3	4
Ataxia	2		1	1	Dolor de tripa o estomago	4	12	9	4
Visión borrosa	6	10	4	4	Náuseas	3	8	8	3
Desorientación	4	11	5	4	Vómito	4	8	6	4
Vértigos	4	9	5	4	Tos	8	16	6	4
Alucinaciones	7	19	8	3	Falta de aire	4	7	7	5
Incoordinación	4	4	7	3	Taquicardia	4	3	3	5
Irritabilidad	5	15	8	3	Salpullido en la piel	3	4	2	4
Sincope	3	4	1	1	Fiebre	4	6	5	3
Convulsiones	1	5	2	2	Dolor de cabeza	5	13	10	5
					Debilidad	6	11	10	5

Notas: **A:** 8 de 10 – 14 años, **B:** 21 de: 15 – 17 años, **C:** 13 de: 18 – 20 años, **D:** 8 de: 21 – 34 años

F: Psicopatología:

¿Cuáles de los siguientes síntomas has notado en el pasado mes?

	A	B	C	D		A	B	C	D
Tristeza	8	16	11	8	Sudoración	5	5	6	3
Llanto	6	16	11	6	Miedo	7	12	6	6
Irritabilidad	4	13	9	6	Grandes olvidos	3	14	8	6
Problemas de concentración	5	11	10	5	Pensamientos de muerte	5	10	7	6
Menos ganas de hacer cosas	6	14	9	6	Intentos de suicidio	3	6	7	5
Cansancio	6	15	6	7	Pequeños despistes	5	10	5	5
Inquietud	4	10	5	4	Ver alteradas las cosas	4	16	6	3
Tensión	2	4	7	3	Ver cosas que los demás no ven	5	11	8	3
Problemas de sueño	5	12	8	3	Oír cosas que los demás no oyen	6	15	6	6
Preocupación	6	14	5	4	Sensación que alguien controla tu mente	1	10	6	2
Falta de aire	2	4	6	5	Sensación de que alguien te vigila	4	11	8	4

Notas: **A:** 8 de 10 – 14 años, **B:** 21 de: 15 – 17 años, **C:** 13 de: 18 – 20 años, **D:** 8 de: 21 – 34 años

CAPÍTULO III

Propuesta del perfil niños-as y adolescentes inhaladores en situación de calle de Cochabamba (Bolivia):

Desde **Voces para Latinoamérica**, y tras el estudio, hemos creído conveniente exponer una visión más amplia y estratificada de los **NASC**, para la mejora en su intervención, pues, no “quemando” etapas en el proceso de recuperación y/o cambio, les ofreceremos procesos terapéuticos más eficaces.

Tras nuestro ejercicio, identificamos que desde los factores de exclusión, explotación, violencia intra y extra familiar y la respuesta micro social, se generan las dinámicas de callejización (dependiendo a su vez del tiempo y las vivencias ocasionadas), todo ello propiciando y reforzando dinámicas de despersonalización y desestructuración, representadas en nuestro gráfico en **cuatro etapas**:

Una primera **etapa A (Contacto)**; con un tiempo que viene a rondar el año y en el que el joven se acercará paulatinamente a la calle en busca de refugio (ante su necesidad de “escape” o distanciamiento del hogar, en muchos casos por maltratos o simple pobreza).

A pesar de que son pocos los casos que se mantienen en calle debido al proceso de abandono o extravío, en este apartado, nos parece importante resaltar la diferencia entre el niño-a o joven por pobreza económica en calle, de la del niño-a y/o joven en calle, ya que si no lo hacemos podríamos caer en el error de mezclar poblaciones confundiendo necesidades y objetivos de trabajo técnico.

Una segunda **etapa B (Permanencia)**; con un tiempo en calle que sumará ya los tres años, el usuario habrá iniciado los procesos de pertenencia y permanencia con la consiguiente consigna de sub-culturalización y/o asunción de identidad en calle. El consumo en esta etapa ya no es ritualista sino interiorizada y asumida, con ello aparecerán las primeras consecuencias fisiológicas y sociológicas. Son muchos los casos en los que el contacto familiar existe a pesar de estar en crisis o ya desapareciendo ésta.

En la tercera **etapa C (Pertinencia)**; con una estancia que viene a sumar los 9 años aprox. tendríamos definido el perfil del **NASC** más típico, pues el joven ya se encontrará en un proceso de despersonalización y desestructuración severa o grave. Próximo al proceso de indigencia, vendría a ser un colectivo en alto riesgo de exclusión, marginación y/o muerte. Más aún, si se mantienen en calle por más tiempo, con sus reiterados y desesperados intentos de salida de la calle, con sus fracasos institucionales y/o de recaída, todo esto reafirmar su incapacidad de salir de esta situación a la vez que los adhiere al mundo de la delincuencia.

En la cuarta **etapa D (Cronificación)**; ya con una vivencia superior a los 9 años, llegaremos tarde en su ayuda, descubriendo cuadros de personalidad más parecidos a los que encontramos en el sub-mundo de la indigencia, que en relación a los del niño-a en situación de calle. Pues establecida ya en su personalidad en calle (según la vivencia y/o problemática de desestructuración y despersonalización), podremos observar un deterioro que nada ya tiene que ver con el mundo de la infancia o adolescencia en calle, habiéndose abortado incluso estas etapas. Los jóvenes tras este tiempo (menos en el caso de los bebés o niños nacidos en calle) ya han traspasado los límites de la estabilidad, se introducen en

un campo de hábitos inadecuados, dependencias, adicciones y/o bloqueos, que superarán los vinculados al trauma clásico. En este momento crónico, el joven de seguir así, se introducirá en una personalidad irreversible, ya sea por los daños psicológicos o adictivos (a nivel neuronal). Eso sí, la capacidad de resiliencia de todo ser humano y la de trascendencia de los técnicos, estará ahí, para que una vez más y desde el reto de quienes apostamos por la vida, acepten la posibilidad de recuperar motivaciones al cambio en donde aparentemente ya no hay. Pues en ser humano lo que nunca se ha de perder es esta capacidad de superación y cambio que radica en nuestra dimensión espiritual (valores, sentido de vida, trascendencia y resiliencia).

Tanto su tiempo en calle como sus correspondientes consecuencias dañaran al joven en sus niveles biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, todo ello, dentro de los procesos que transitaran de despersonalización y desestructuración, recogidos en este grafico

PROPUESTA DE ESTRATIFICACION DE PERFIL Y PROCESO:

Tiempo en calle	Biológico	Psicológico	Social	Espiritual
A 0 a 1 año Contacto	Desorden alimenticio. Infecciones gástricas. Parásitos. Consumos ocasionales. Insomnio e irritabilidad. Pequeñas ilusiones pasajeras.	Cognitivo: Confusión entre permanencia y pertenencia. Nuevos amigos y protección Necesidad de huida del hogar. Emotivo: Frustración, duda, miedo, diversión, Afecto, amistad, aventura. Conductual: juego de calle, ausencia de normas y límites, faltas escolares. Aprendizaje en la subsistencia.	Precarios vínculos familiares Precaria adherencia escolar Abandono del deporte Factores de expulsión 1ª infracciones sociales. Nuevos amigos y estilo d vida Ruptura con su grupo iguales Al grupo de calle: Servilismo, cooperación, adaptación en ritos. seguridad	Confusión personal. Desconfianza, dudas ante lo social. Esperanza de nueva vida. Distanciamiento de sus valores. Potencia el encuentro con el otro ¿Resiliencia?
B 1 a 3 años Permanencia	Niveles de desnutrición. Proceso de adicción. Problemas respiratorios. Problemas étlicos. Alteración hematológica-hepática Conjuntivitis. Cortes, golpes, pequeños traumas Infecciones severas. Daños en los nervios periféricos.	Cognitivo: Mecanismos de defensa de negación, 1ª ideas irracionales y distorsiones. cognitivas. Ideas de liderazgo. Emotivo: Bloqueos y Tepst; miedo, inseguridad, violencia, “enamoramientos”. diversión, placer. Conductual: uso del otro, niño-a, delincuencia consumo de drogas adictivamente, extorsión. Integración en calle (pertenencia y permanencia)	Fracaso escolar y social Proceso de des estructuración Rechazo social. Ruptura familiar total. Interiorización sub cultural. Altos niveles de delincuencia. Al grupo de calle: Lealtad, solidaridad, ayuda, camaradería, etc. Auto anulación, decepción, explotación etc...	Decepción existencial Desorientación. Cambio de valores existenciales Pérdida del Sdo. en la vida. ¿Resiliencia?
C 3 a 9 años Pertenencia	Desnutrición y deterioro derivado Daños en el sistema de defensa. Sacarosis, problemas en la piel. Alto nivel de alcoholismo. Poli consumo cocaína-marihuana VIH, tuberculosis, hepatitis. Broncopatías y endocrinas. Conjuntivitis crónica. Eccemas en la zona naso bucal. Politraumatismos. Patología Dual.	Cognitivo: Deteriero cognitivo, Psto de suicidio Bloqueos, ideas irracionales, rechazo. Emotivo: Tept’s, niveles Alexitimia: Bloqueo Indiferencia, vacío, inseguridad de futuro. Conductual: Embarazos, liderazgo, opciones de suicidio, Adicciones y dependencias. Recaída, Altos niveles de subsistencia. Prostitución. Neurosis noogena. Patología Dual?...	Proceso de despersionalización Delincuencia y cárcel. Marginación y exclusión social Disocialidad. Decepción institucional. Reiteradas recaídas de Ct’s. Rechazo policial y social. las entradas en calle. Al grupo de calle: Solo se vincula por necesidad. (Inicio del proceso de distanciamiento).	Pérdida de sentido de su vida. Manipulación. Irresponsabilidad con su vida. Pérdida de libertades. Tendencia al suicido. Miedo a la vida “muerte”. ¿Resiliencia?
D + de 9 Cronificación	Proceso degenerativo en calle desde el fracaso y deterioro tanto social como personal (programas terapéuticos) Desde la Indigencia, el rechazo y violencia social, cárcel, disocialidad, psiquiátrico, a la MUERTE.			

Autor: D José Álvarez Blanco.

Nota: Este esquema es orientativo, pudiéndose utilizar según un orden cronológico o desde el daño ocasionado en el joven, importándonos más la diferenciación de sub grupos según daños para su correspondiente intervención, que la fidelidad o etiquetaje desde el esquema.

CAPITULO IV

1.- Recomendaciones

Tras este estudio y sin volver a ahondar en los comentarios expuestos anteriormente, desde **Voces para Latinoamérica (VPL)** queremos aprovechar este informe para animar a que los programas dedicados a la intervención con los **NASC**, y al margen de su orientación religiosa o política, se unan entre sí, en un mismo objetivo, a la hora de acercarse, trabajar y profundizar en la solución de la problemática de los **NASC**, pues nunca es tarde pero mientras, son muchos los que no lo contarán.

Creemos que tras este trabajo y los estudios existentes en la red científica internacional del tipo de los que ofrece el **NIDA** (Instituto de Drogodependencias Norteamericano), o los del experto sueco **Lucchini** (desde la Unv. De Frisburgo), debemos conseguir mantener una serie de mínimos o bases de intervención comunes con las que reducir, no sólo el ambiente iatrogénico reinante entre algunas de las localidades y/o programas latinoamericanos, que de manera directa o indirecta, consciente o inconscientemente, propician con su falta de técnicas (o no homologadas, del tipo de la; Teoterapia, Laboroterapia o Paloterapia ¹⁴) más daño sobre la población **NASC**, no sólo por su carencia científica, sino por su talante engañoso y/o asistencial.

Así pues, junto a nuestras observaciones desde los gráficos y esquemas ya expuestos, o desde el esquema y perfil resultante, **Voces para Latinoamérica** para finalizar, propone una serie de principios o puntos de partida con los que poder ayudar mejor a reflexionar y/o partir en la ayuda de estos jóvenes, sobre todo a nivel terapéutico, proponemos:

- En principio, que a esta población juvenil, no se la etiquete, ni “de la calle” ni “en la calle”, pues es sólo su situación la que está “en y es” de calle no su persona; perteneciendo (sin duda) a una familia, ciudad o nación donde estén. Otro de los aspectos inadecuados de este tipo de términos, se ve ante el no reconocimiento del género femenino y su particular diversidad de vivencia. Por todo esto, desde **VPL** les denominaremos; **niños-as y adolescentes en situación de calle (NASC)**.
- Que la problemática de los **NASC**, se analice, prevenga e intervenga primeramente, como una consecuencia del impacto de dinámicas globales (políticas neoliberales, económicas y sociales, tipo; TLC -Tratado de Libre Comercio- FMI, G-8, etc.), nacionales (inmigración, consumismo, explotación laboral, violencia de género, precarios empleos, etc...) y micro sociales (ociosidad, sub culturas de calle, fracaso escolar y de la propia escuela, falta de

¹⁴ **Teoterapia**; dijese de la estrategia “terapéutica” con la que se pretende sanar o curar a través de posibles interacciones divinas, no homologada ni reconocida académicamente. **Laborterapia**; dijese de la estrategia “terapéutica” con la que sanar o curar a través del trabajo físico, no homologada ni reconocida académicamente. **Paloterapia**; ; dijese de la estrategia “terapéutica” con la que se pretende sanar o curar a través de infringir daño al joven ante sus errores o fallos con la esperanza que esto le ayude a crecer y/o cambiar, no homologada ni reconocida académicamente.

recursos, pandilleros y procesos de callejización, entre otros) a la que se llega por procesos de desestructuración y despersonalización, de la mano de los dinamismos de callejización, todo ello a nivel; individual, familiar y/o social.

- Que todos los programas o instancias de intervención social, no dejen de “pelear” por que estos jóvenes tengan derecho a una política concreta, tanto internacional (y más al influir como consecuencia de su sistema), nacional como local, de manera que proteja, ayude, intervenga y/o preserve los derechos universales, legales y/o constitucionales, de estos jóvenes en calle.
- Que ante todo, y mucho antes que “polillas”, “pirañas”, “desechables” y/o “antisociales” (nefastos términos para con un niño, niña y adolescente), estos jóvenes son niños-as y/o jóvenes, víctimas a su vez, no solo del rechazo y exclusión social, sino de las egoístas y nefastas dinámicas globales, sociales, familiares y/o personales de complicada interacción.
- Que para que se de una buena intervención sobre esta problemática, y a su vez, ésta sea efectiva, es imprescindible partir de una coordinación y constante información entre los programas (privados o públicos) de los **NASC**, existentes en la ciudad (y más si están a nivel de calle). Que se trabaje desde un ejercicio de coordinación entre los propios técnicos o educadores de calle y más aún ante los procesos de recaída. Que se eviten las peleas por llegar “antes que”, o las etiquetas de “suyos o míos”, intervenciones exclusivistas en detrimento del joven, y sólo en beneficio de las estadísticas o subvenciones del centro o programa que así lo realiza. Todo ello, mientras los jóvenes son tratados en “masa” y de manera asistencial (casi ya se puede vivir en la calle con las necesidades mínimas cubiertas por las ong’s), no disfrutando de una continuidad en el trabajo técnico en calle y menos de procesos de motivación con los que sí puedan salir definitivamente de esta.
- Que es necesario conocer más a fondo los diversos perfiles y problemáticas definitorias del grupo **NASC**, para lo que instamos a que las bases de datos y/o registros de los diversos programas, se dispongan (dentro de un clima de privacidad y seriedad en la protección de datos) al servicio de un estudio de variables que venga a dar mayor luz a las necesidades y/o deterioros que en esta población se ocasiona-n y/o ellos mismos generan.
- Que la intervención sobre la población **NASC**, requiere de diversas estructuras; en su trabajo de calle motivacional (por ejemplo: comedor social junto a trabajadores sociales, ofreciendo un apoyo jurídico especializado, preventivo y médico, cercano a su perfil y necesidades), o con un programa nocturno y/o de apoyo, desde el que derivar a un centro de acogida y en el que, tras un diagnóstico y la correspondiente deshabituación (desintoxicación) se derive a una comunidad terapéutica (que a su vez trabaje daños y traumas a nivel; cognitivo, emotivo, conductual y existencial, propiciando procesos estructurantes y personalizadores) diferenciando eso sí; edades y/o necesidades. Un trabajo de inserción en el que el joven (a nivel social, formativo y laboral) trabaje con ejes transversales a nivel preventivo, educativo

(afectivo- sexual, consumo de alcohol, consumismo, gestión de la ansiedad y frustración, desde los disparadores de la conducta adictiva, etc...).

- Que, como se expone en este informe, la desintoxicación (integral) vaya precedida de una deshabitación, y acompañada de una observación a nivel de daños neuronal, ya que, si bien no se manifestará un síndrome de abstinencia concreto, si requeriremos de un diagnóstico y/o intervención (por parte de psiquiatras especializados) ante posibles daños (sobre todo neuronales) ocasionados por el usuario con su consumo de “tolueno”, entre otros.
- Que la dinámica interventiva y/o terapéutica utilizada por el programa o centro, sea validada y/o reconocida por el órgano académico y/o científico local, no aceptándose invenciones del tipo de la; “teoterapia”, “laborterapia” o mucho menos la “paloterapia”, ya que no sólo, no están reconocidos en el campo científico o académico, sino que dañan al joven dificultando su proceso de recuperación.
- Que se disponga de equipos multidisciplinares para la intervención en este tipo de problemática (NASC) evitando estratificarlos por rango académico en beneficio de un equipo horizontal, democrático y complementario, de manera que se aborden los niveles; biológicos, psicológicos, sociales y espirituales dañados o bloqueados, en conjunto. Para lo cual es necesario la especialización ecléctica de los técnicos en áreas tan dispares como son; la gestión del ocio y tiempo libre, la dinamización del aprendizaje en línea constructivista, la disfuncionabilidad familiar y/o social, la presión de grupo, por no mencionar, lo complejo de la intervención en las diversas disfunciones o daños que se generan en su vivencia de calle a nivel; emocional, cognitivo o conductual (Bloqueos emocionales, abusos, maltratos, explotación sexual, violaciones, rechazos y/o abandonos, etc...).
- Que se trabaje a nivel preventivo en los factores de desestructuración familiar y/o micro social, a la vez que ayudamos a los “mass media” (medios masivos de comunicación) a entender su papel preventivo y responsable a nivel social, (evitando la prensa denominada “roja - amarilla” o sensacionalista) a la vez que ayudan a difundir una nueva forma de ver este tipo de problemáticas. La solución de esta problemática, requiere de una toma de conciencia por parte de todos los ciudadanos, y solo desde esta disminuiría el nivel de violencia entre los órganos del orden público y/o ciudadano, así como se evitarían las dinámicas asistenciales y/o “moralinoides” (de carácter moralizante) de quienes acuden en ayuda de estos jóvenes en situación de calle con comida o ropa.
- Que tanto los medios de información como los agentes del orden público, tomen conciencia del daño que pueden ocasionar en la sociedad si su actuar no está al servicio del orden y bien estar público. Es más, mientras no reconozcan su papel y responsabilidad, disponiéndose como medios preventivos, en constante coordinación con las Ong`s y/o instituciones del lugar, o llevando a cabo una actividad preventiva, no ayudaran a rebajar el clima violento de calle.

- Que el problema de los NASC no es solo fruto de su rebeldía o consumo de drogas y en ello que siendo también víctimas (a veces de sí mismos) es necesario que aprendamos a trabajar desde lo sano de cada uno de ellos, en base a su motivación y según sus intereses y/o capacidades de proceso.
- Por último, afirmar que el fin de la problemática de los **NASC** sólo llegará en la medida que, como sociedad global, nos responsabilicemos, unamos y dispongamos todos en su freno, prevención y erradicación.

PROPUESTA ESTRUCTURAL:

Desde **VPL** proponemos para una buena intervención, estructuras coordinadas, compactas y multidisciplinares. Todo esto dentro de una línea filosófica interventiva existencialista (K. Jaspers) que entiende al ser humano que atiende como una totalidad estratificada en los niveles; Bio-Psico-Social y Espiritual. Más aún en el trabajo con los **NASC**, debido a su edad, daño neuronal y psicológico, retraso a nivel evolutivo y dificultades de aprendizaje y comprensión (la mayoría de la veces por el fracaso o retraso escolar vivido) aconsejamos un lineamiento educativo en clave constructivista (Piaget, A.S. Neill, etc.) y terapéutico a nivel humanista existencial (C. Rogers, V.E. Frankl, etc), justificados en la necesidad de provocar procesos de interiorización¹⁵ no de introyección¹⁶. Desde **VPL** aconsejamos la no utilización de propuestas de trabajo directivos, la obligatoriedad o la presión como sistema en sus formas de educar o intervenir (al margen de la vulneración que supone en los derechos internacionales del niño), por que sólo funcionaran o les servirán en el medio en el que se marquen estas pautas. La inadecuación de este tipo de intervención conllevará que al faltarle el educador directivo o cambiar alguno de sus lineamientos (una vez este en proceso de inserción), no sabrá reactualizar la dinámica aprendida y menos se dispondrá a un nuevo ajuste o cambio.

Desde **VPL** proponemos que toda estructura interventiva debe partir de la confección de un estudio de campo y perfil, más un **documento definitorio**, material que explique y ayude a guiar el trabajo técnico que se desee desarrollar. Todo esto de manera que deje claro la Visión y la Misión, a la par que ayude a situar el perfil a intervenir con el que trabajar. Tras el punto anterior, en dicho documento se deberán encontrar los objetivos (tanto general, como específicos y operativos) y criterios; tanto de intervención como de evaluación, junto a una justificación tanto terapéutica como educativa del método y forma de trabajo a seguir (claro está, dentro de alguna de las escuelas reconocidas en el ámbito académico).

¹⁵ **Interiorización:** proceso educativo y/o terapéutico por el cual la persona hace suyo, cognitiva y/o emocionalmente, una idea, estrategia, cambio o planteamiento.

¹⁶ **Introyección:** proceso educativo y/o terapéutico por el cual la persona acepta sin hacer suyo, cognitiva y/o emocionalmente, una idea, estrategia, cambio o planteamiento.

Tras el documento definitorio, creemos necesario que toda estructura o equipo interventivo cuente con un **método de trabajo, programación y evaluación anual**. Así como una **programación** bimestral o trimestral con la que se acerque a la intervención deseada a la vez que pueda evaluar dicho proceso o trabajo.

Dentro de las variadas estructuras que existen en el ámbito social interventivo con jóvenes en proceso de desestructuración y despersonalización, recogemos 5 que creemos vendrán a ayudar, a estratificar y a ordenar, tanto las necesidades del abordaje en el trabajo preventivo, educativo y/o terapéutico, como a facilitar un proceso progresivo de intervención en los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del joven en calle. Según esto proponemos 5 estructuras:

- Propuesta de trabajo preventivo.**
- Estructura de trabajo en calle.**
- Estructura de trabajo en clave de acogida.**
- Estructura de trabajo en clima comunitario.**
- Estructura de trabajo para la nueva inserción.**

Contenidos estructurales para las propuestas interventivas.

Para todas ellas:

Diferenciar previamente el perfil a abordar desde: zona en la que habita, edad, tiempo en calle, daños y vivencias.

Diferenciar y agrupar según procesos de despersonalización y/o desestructuración existentes (partiendo de su motivación).

Diferenciar según la situación familiar, grupo de iguales y/o pareja.

Trabajar desde la persona, lo sano de esta y sus intereses o habilidades.

Nota: Desde **VPL** planteamos la necesidad de diferenciar grupos de intervención por edades (niños, niñas y adolescentes menores de 8 años; de 8 a 10 años; de 11 a 13; de 14 a 16; de 17 a 19; de 20 en adelante) y éstos a su vez, según sus niveles y daños de despersonalización y desestructuración, con lo que evitaremos un “café para todos” y nos adaptaremos a sus necesidades, pues no es adecuado mezclar a jóvenes que no han sido dañados o influidos con grupos de mayor daño social.

- **Estructura de trabajo para la prevención:** A nivel social (país, ciudad, barrios, entornos), colegial, medios masivos, familiar etc.

Objetivo: Implementar lineamientos tanto sociales como grupales e individuales que vengán a reducir o frenar las variables, tanto globales como locales, generadoras de la problemática NASC, en beneficio de la salud social, y apostando por implementar los factores de protección (personalizadores y estructurales). Con ello, evitaremos trabajar desde el presupuesto que el problema es la sustancia, el joven en calle o ambos.

Tiempo: Indefinido.

Instrumentos: Dinámicas, charlas, juegos, prensa, etc.

Escuela o referente: Gordon 85.

Nº de personas: Indefinido.

Notas: Ya es hora que el trabajo en prevención evite los juicios de valor, los estereotipos sociales y las “caza de brujas” en base a la problematización de las sustancias, pues ya es sobrado el fracaso de estas líneas como para seguir repitiéndolas.

Algunos ejemplos de temas y/o contenidos:

Universal, selectivo e Indicado (Gordon 85)

De manera informativa, educativa y/o terapéutica (debido a su personalización)

A nivel macro: Desde la TV. televisión, los “mass media”, Films, etc...

A nivel micro: En base a las políticas sociales del país, región, alcaldía, barrios y familia.

A nivel individual: Según los factores de riesgo y de protección que estructuras y/o personalicen.

Nota: Todo ello de manera que se eviten los procesos de desestructuración familiar y/o micro social, generadores a su vez de las dinámicas de callejización, explotación, abuso y/o violencia, y estas, de las dinámicas de explotación, utilización y/o inclusión ya en calle (desde la pertenencia y permanencia).

(Las siguientes estrategias de manera coordinada y encadenada)

- **Estructura de trabajo en calle:**

Objetivo: Acercamiento, ayuda en la toma de conciencia, seguimiento, protección de derechos, acompañamiento y motivación (leve inicio del proceso de deshabitación, en línea precontemplativa - contemplativa¹⁷).

Tiempo: Indefinido.

Instrumentos: Entrevista motivacional, juegos, actividades de tiempo libre, charlas en clave de toma de conciencia y motivación la cambio, etc...

Escuela o referente: Entrevista motivacional, Sistémica y Gestalt.

Nº de personas: Indefinido.

Notas: El trabajo en calle requiere de técnicos cualificados, cercanos, respetuosos, dinámicos y que coordinen entre sí, independientemente de si pertenecen o no al mismo programa.

Algunos ejemplos de temas y/o contenidos:

Programa de calle (coordinado con todas la ong´s del lugar).

Programa de apoyo (en relación a la calle y para jóvenes no muy deteriorados)

Techo nocturno (en clave de reducción de riesgos).

Comedor social (preventivo, informativo y motivacional).

- **Estructura de trabajo en clave de acogida:**

Objetivo: Acoger, recoger, informar, evaluar y planificar la intervención con el niño, niña o joven (proceso de deshabitación y de desintoxicación).

Tiempo: máximo 9 meses.

Instrumentos: Diagnostico, Grupos de apoyo, grupos de encuentro, grupos familiares y escuelas de padres, dinámicas, ocio y T/L (tiempo libre).

¹⁷ Según los lineamientos de los doctores: Prochaska, Diclemente y Norcross.

Escuela o referente: Psicología clínica, Psiquiatría, Sistémica, Logoterapia, entrevista motivacional, Psicodrama, Bioenergética, etc...

Nº de personas: máximo 30 personas (por edades y grupos de calle).

Notas: En esta etapa el trabajo social y de inserción se ha de tener muy presentes pues no se trata de evitar el contacto con otros jóvenes sino todo lo contrario, es motivador que desde esta estructura se tenga ya en cuenta para el futuro un proceso de inserción y con el, de socialización.

Algunos ejemplos de temas y/o contenidos:

Desintoxicación y deshabituación integral (Biológica, psicológica y social)

Diagnostico facultativo y clinico

Trabajo familiar (escuela de padres)

Trabajo motivacional (cognitivo-conductual)

Anamnesis, genograma y diagnóstico interventivo.

Derivación.

- **Estructura de trabajo en clima comunitario:**

Objetivo: Espacio dedicado al encuentro individual, al acompañamiento, la profundización de vivencias, la recuperación y/o reactualización del ser Bio-psico-social y espiritual, en un clima de autoayuda y de respeto, por lo que no se permitirá la violencia y el consumo de drogas.

Tiempo: máximo 9 meses.

Instrumentos: Coloquios, Grupos de autoayuda, de apoyo y de encuentro.

Grupos; familiares, sociales, dinámicos, extensos, sondas, de uso, abuso y/o consumo, de calle. Todo ello con dinámicas, seminarios, talleres, y gestión del ocio y T/L.(tiempo libre)

Escuela o referente: Sistémica, Logoterapia, entrevista motivacional, Gestalt, Psicodrama, Bioenergética, TRE(Terapia Racional Emotiva), trabajadores sociales, educadores, monitores de T/L, etc..

Nº de personas: máximo 25 y de edades referenciales.

Notas: Desde la WFCT se recomienda, en el trabajo con jóvenes, no utilizar las estructuras tradicionales, así como evitar la prolongación en el tiempo de su estancia, ya que esto inicia procesos iatrogénicos en el usuario. Una CT (Comunidad Terapéutica) es una burbuja no real pero si necesaria en un tiempo concreto y preciso para un trabajo puntual que luego se ha de vivenciar fuera.

Algunos ejemplos de temas y/o contenidos:

Bio-psico-social y espiritual, en clave de procesos interiorizados no directivos.

Trabajo motivacional (Cognitivo - emocional)

Trabajo histórico (traumas, daños y vivencias de negación)

Trabajo familiar (en clave sistémica)

Trabajo de niveles cognitivo, emotivo - sexual y conductual

Trabajo a nivel de hábitos inadecuados, adicciones y dependencias.

Habilidades sociales.

Prevención en recaídas.

Socialización (grupos de iguales y de pareja).

Ocio y T/L.(tiempo libre)

Formativo (Educativo y/o laboral), Etc...

- **Estructura de trabajo para la inserción.**

Objetivo: Ayudar y apoyar al joven en su nueva dinámica de inserción a nivel social (pareja, grupo de iguales, familia y sociedad) y a nivel personal, profesional, (integrador laboral) formativo y de ocio y T/L (tiempo libre).

Tiempo: máximo 15 meses.

Instrumentos: Coloquios, grupos de encuentro y de programación, seminarios y talleres.

Escuela o referente: Sistémica, Logoterapia, TRE (Terapia Racional Emotiva), etc..

Nº de personas: máximo 40.

Notas: La suma total de tiempo en un proceso terapéutico no ha de superar los 3 años de estancia en una estructura. Se ha demostrado científicamente que es iatrogénico e inadecuado para un joven verse institucionalizado al pasar más de tres años en una estructura ya sea educativa o terapéutico que le impida una vida cercana a su grupo de referencia afectivo y/o familiar, o por el necesario contacto social respecto a su grupo de iguales, por ello instamos a que las estructuras sean progresivas en su contacto con la vida cotidiana y referencial del joven, en beneficio de un proceso más real y humano.

Algunos ejemplos de temas y/o contenidos:

Habilidades sociales (asertividad y gestión de la frustración).

Ocio y T/L.(tiempo libre)

Familia (sustituta) y/o grupo de iguales.

Consumo y consumismo.

Sub-culturas de calle.

Gestión económica y del tiempo libre.

La recaída.

Etc...

Esta propuesta improvisada y a modo de ejemplo, sólo intenta reflejar lo amplio de la intervención con los **NASC**, a la vez que ayudar a reflexionar sobre lo necesario que es trabajar con equipos multidisciplinares, técnicas y métodos reconocidos y evaluables (previamente programados). Desde **VPL** invitamos a evitar más daños en la persona de estos jóvenes, siendo uno de los más cotidianos, el de la recaída mal acompañada y no entendida dentro del proceso (por ello mismo, reforzadora de la conducta en calle) y más tras intentar salir con la ayuda de un programa.

La aceptación y entendimiento de este trabajo, podrá dar pie a una amplitud de criterios (ya de evaluación) con los que los programas cochabambinos se beneficiarían. En ese sentido, podrían situar el “dónde y el cómo” de su intervención (educativa, preventiva y/o terapéutica), así como, iluminar las posibles mejoras a incorporar en su método, todo ello, en beneficio de niños-as y/o jóvenes en calle. Para todo ello, se dispone abiertamente nuestro equipo técnico internacional de **VPL**, pues para nosotros, la ayuda en la desaparición de este tipo de problemáticas sociales, no sólo es un objetivo, sino una opción de compromiso para con la vida.

2.- Agradecimientos

En primer lugar agradecer a quien inspiró mi dedicación a los **NASC, mi gran Padre**, en segundo lugar a **la madre entregada que me dio**. En tercer lugar a mi “tío” **Carlos Foucauld** por su apoyo y ayuda en los momentos de desánimo. En cuarto lugar, y no por ello menos importantes, a **Celia Jordán** miembro de **Voces para Cbba.** amiga y compañera de trabajo, por su interés, ayuda y dedicación para con este trabajo (sin ella nada de esto hubiera sido posible); a **José Luis Furió**, todo un compañero de viaje, y como no, a nuestro financiador, amigo y compañero de Voces, doctor **Mass Bagá**, que ha hecho que esto se materialice, junto a ellos, a todos aquellos que, con su trabajo, dedicación y paciencia, como mi hermano **Aquilino o Max Rougher**, me han ayudado a terminarlo, (que en muchos momentos no creí terminaría nunca); a la **Caja Circulo y a la Fundación CAN**, por mantener y apoyar económicamente mi labor. A la **Diputación de Burgos** y en especial a **Lourdes Villares** por su incondicional cercanía a todo lo que he hecho. Y por último, y tal vez debí citarlos en primer orden, a los propios **niños-as y jóvenes en situación de calle**, tanto de las ciudades de Lima, Cuzco, Cali y Pereira como de Cochabamba, que con su paciencia y sinceridad, me han ayudado a que pueda comprender más su situación, y desde ésta, poder hablar más apropiadamente de su ser, sentir y existir, ante todo el que deseaba conocerlos, por ello:

Dedicado a todos los niños-as y adolescentes en situación de calle de Latinoamérica (entre unos 36 a 40 millones) que desde vuestra voz de sufrimiento hicisteis que seamos **Voces para Latinoamérica**. A **Tacubayo, Nancy y Fredy**, a **Felipe y Yobana**, a todos los que desde la calle me habéis hecho ver lo injusto que es este mundo, invitándome a que buscara ayuda, coordinara esfuerzos y consiguiera que entre todos los que queremos ayudaros a que os ayudéis a vosotros mismos, **podamos ofrecer mejores programas, estrategias y contextos de trabajo**. Bajo el deseo de que no lleguemos tarde en vuestra ayuda y erradicación (como excluidos sociales), va nuestro esfuerzo, dedicatoria y mi más sincero agradecimiento.



José Álvarez Blanco

3.- Anexos

ANEXO I:

Encuesta utilizada: Perfil NASC Cochabamba:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Zona de realización del test: _____
- Sexo chico chica
- Edad
- ¿Has ido a la escuela? Sí No
- ¿Vas ahora a la escuela? Sí No
- ¿Por quién está formada tu familia? Hermanos Padre Madre Padrastros
- ¿Con quién vives actualmente? Con mi familia en casa En la calle
- ¿Tienes esposo-a ahora? Sí No ¿y pareja? Sí No
- ¿Has estado en algún programa? Sí No ¿En cuántos?:

HISTORIA DE CONSUMO

- ¿Cuáles de las siguientes sustancias has probado alguna vez?
Alcohol marihuana cocaína Chicha clefa
Otras _____
- ¿Cuáles de las siguientes sustancias tomas habitualmente (4 o más veces por semana)?
Alcohol marihuana cocaína Chicha clefa
Otras _____
- ¿Consumes clefa todos los días? Sí No
- ¿Puedes estar algún día sin consumir clefa? Sí No
- ¿Cuántos días máximo has estado sin consumir clefa?

MOTIVACIÓN POR EL TRATAMIENTO

- ¿Has pensado alguna vez en dejar de consumir clefa?
 Sí ¿Por qué?
 No ¿Por qué?
- ¿Has intentado alguna vez dejar de consumir? Sí No
- ¿Te gustaría dejar de consumir ahora? Sí No
¿Por qué? _____
- ¿Te gustaría dejar de consumir en un futuro? Sí No

¿Por qué? _____

- ¿Qué necesitarías para dejar de consumir? _____

Alteraciones en la salud relacionadas con el consumo de sustancias

- ¿Cuáles de las siguientes molestias has notado en el pasado mes?
 ansiedad | ataxia | visión borrosa | desorientación | vértigos |
 alucinaciones | incoordinación | irritabilidad | síncope | convulsiones |
 somnolencia | dolor de estómago | náuseas | vómito | tos |
 falta de aire | taquicardia | granos en la piel | fiebre |
 dolor de cabeza | debilidad |

Otros: _____

Psicopatología

- ¿Cuáles de los siguientes síntomas has notado en el pasado mes?
 tristeza | llanto | irritabilidad | problemas de concentración |
 menos ganas de hacer cosas | cansancio |
 inquietud | tensión | problemas de sueño | preocupación |
 falta de aire | sudoración | miedo | grandes olvidos |
 pensamientos de muerte | intentos de suicidio | pequeños despistes |
 ver alteradas las cosas | ver cosas que los demás no ven |
 oír cosas que los demás no oyen | sensación de que alguien controla tu mente |
 sensación de que alguien te vigila “la perseguidora” |

Otros: _____

Autoestima

- ¿Crees que eres tan bueno como los demás? Sí | No
- ¿Crees que eres bueno en algunas cosas? Sí | No
- ¿A veces piensas que no sirves para nada? Sí | No

Conducta delictiva

- ¿Has traficado con drogas para poder conseguir más drogas? Sí | No
- ¿Has robado para poder conseguir drogas? Sí | No

Relaciones sociales

- ¿Tienes amigos que no consumen drogas? Sí | No
- ¿Tus amigos te animan a consumir drogas? Sí | No

ANEXO II:

Encuesta perfil NASC Cochabamba 22-11-2006)

Datos de estancia en calle.

1. A qué años empezó tu contacto de calle:
2. A qué años decidiste quedarte en calle (más de un mes):
3. Cuánto tiempo llevas ahora de seguido:
4. Qué años tienes ahora:
5. Cuántas veces has dejado la calle:
 - Volviste a casa:
 - Fuiste a la cárcel:
 - Fuiste a un programa:
 - Te fuiste a otra ciudad o departamento:
 - Fuiste al hospital:
 - Otros: _____
6. A qué años empezó tu consumo de “Clefa”:



ANEXO III:

- **Toxicología:**

Del griego (*toxikon*; arco, flecha), es la ciencia que estudia los tóxicos y las intoxicaciones, comprendiendo, lo tóxico, origen, propiedades, mecanismos de acción, consecuencias de los efectos lesivos, métodos analíticos, medidas profilácticas y su tratamiento en general. El estudio de las adicciones es una parte mínima de esta ciencia.

- **Toxico**

Cualquier agente químico que, ingresado en el organismo, altera elementos bioquímicos fundamentales para la vida. Se emplea el concepto Dosis efectiva 50, o cantidad que en determinadas circunstancias, produce en el 50% de los afectados los mismos efectos, y si causa la muerte el término es dosis letal.

- **Intoxicación:**

Estado transitorio que sigue a la ingesta o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, del cognitivo, del perceptivo, del afectivo, del comportamental o de otras funciones fisiológicas y psicológicas.

La intoxicación puede ser **aguda** (corta duración y frecuencia) y **crónica** (desde una exposición reiterada y durante tiempo)

- **Droga:**

Se designa con este nombre a los productos naturales utilizados por sus propiedades terapéuticas o alteradoras del SNC, sistema nervioso central, o aquellos a partir de los que se obtienen medicamentos (**Ejemplo: Cocaína**).

Cualquier sustancia química que administrada por cualquier vía y que produzca un efecto en el sistema emocional, el funcionamiento del organismo y/o el comportamiento de un individuo.

Toda aquella sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida altera la fisiología del organismo (OMS), por lo que se usa mejor el término sustancia psicoactiva.

- **Predisposición:**

Tendencia a desarrollar una actitud dependiente o adictiva independientemente al uso o medio con el que se relacione.

Puede ser genética, histórica y/o experiencial.

- **Vulnerabilidad:**

Consecuencia tras un ejercicio de uso o consumo basado en la tolerancia de una sustancia o medio por el cual tendemos a recurrir a éste.

- **Drogodependencia:**

“Estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden o no estar presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga.” (OMS -1964).

En 1981, la misma OMS completa esta definición indicando que debe contemplarse la dependencia como un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico.

- **Principio activo:**

Es la sustancia responsable de la actividad farmacológica de una droga (**Ejemplo: Clorhidrato de coca**).

- **Fármaco.**

Se denomina así a la sustancia que, independientemente de su origen, ejerce modificaciones al ser administrada a un ser vivo (**Ejemplo: Codeína**).

- **Medicamento:**

Es una sustancia compuesta por uno o varios fármacos que se administran a un organismo de un ser vivo con fines terapéuticos (**Ejemplo: Histaverín**).

- **Uso:**

Consumo, contacto o ingesta. Base o fundamento del abuso.

- **Abuso:**

Uso desproporcionado (cantidad o frecuencia). “Cualquier consumo de sustancia química que dañe, o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. El consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal”. (Real Colegio de Psiquiatras Británicos 1987)

- **Hábito:**

Comportamiento instaurado o repetitivo de nuestro patrón de conducta (debido al uso o abuso inadecuado).

- **Abuso de sustancias (DSM IV):**

O patrón desadaptativo, fruto del consumo de sustancias, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes con un consumo repetido.

Criterios para su observación:

- Problemática legal o desadaptativa.
- Deterioro físico o mal estar clínicamente significativo.
- Problemas interpersonales y/o sociales.
- Consumo recurrente (12 meses).
- Correr peligros o riesgos por consumir.

Nota: Esta categoría no se aplica a la nicotina ni a la cafeína.

- **Tolerancia:**

Propiedad natural de los seres vivos que se caracteriza por una disminución general del efecto ante un fármaco, droga o medicamento, al ser este administrado repetidamente. Esta propiedad genera que para producir el mismo efecto se requerirá incrementar la dosis inicial.

- **Dependencia:**

Proceso o consecuencia humana caracterizado por una adaptación psicológica, fisiológica y/o bioquímica, causada por una exposición reiterada a una droga o medio capaz de ésta,

haciéndose necesaria la utilización de la sustancia o medio generador, para la remisión de los fenómenos que ocurren por su ausencia o retirada.

1. El término “**dependencia cruzada**” representa el que una droga pueda ser utilizada como sustituta de otra produciendo efectos similares (Heroína = Metadona).
2. Se diferencian dos tipos de dependencias; **Física y/o Psicológica:**
 - a) **D. Física:** Se denomina así al estado de adaptación del organismo caracterizado por la necesidad imprescindible de lograr unos determinados niveles, con el fin de que se pueda mantener la normalidad.
 - b) **D. Psicológica:** o deseo, a veces irrefrenable, de utilizar reiteradamente una sustancia con el fin de obtener situaciones agradables o de recompensa placentera.

- **Síndrome de abstinencia:**

Síntoma sería el conjunto de sensaciones que una persona experimenta ante una enfermedad

Ante la patología, lo que el médico observa se denomina **signo**.

Síndrome es el conjunto de signos y síntomas que presenta una persona con una determinada enfermedad.

La abstinencia: es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia (**DSMV**).

Síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos que un fármaco dependiente presenta la dejar de consumir. O proceso opuesto al de los efectos de la sustancia de la que se depende o uno es adicto (en algunos casos).

Síndrome de abstinencia condicionado: aparición de la sintomatología de un síndrome de abstinencia agudo en alguien que ya no toma droga al exponerse a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo de la sustancia de la que era dependiente, a través de un proceso de aprendizaje de tipo Pauloviano.

A este síndrome también se lo conoce como **flash-back** (Mothner y Weitz 1986)

- **Síndrome de recompensa:**

Dado por el déficit de D2R2 o deterioro neuronal, a causa de una adicción o consumo agresivo.

- **Craving:**

Punto más álgido de una adicción. Viene a ser la «necesidad irresistible» de consumo. (DSMIV) Se ve en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

Tipos de Craving:

- Respuesta a los síntomas de abstinencia
- Respuesta a la falta de placer
- Respuesta “condicionada” a las señales asociadas con drogas
- Respuesta a los deseos hedónicos.

- **Estímulos atencionales:**

Son todos aquellos agentes o elementos sociales que incitan y/o ayudan en la fijación de una conducta, a través de su poder seductor o atractivo (Ejemplo: los colores en una máquina tragaperras).

- **Estímulos no atencionales:**

Son todos aquellos agentes o elementos sociales que de manera inconsciente o indirecto (subliminal) incitan y/o ayudan a que una conducta se fije en nosotros. (Ejemplo: el estrés que genera saberse en un lugar de venta de drogas).

- **El efecto reforzador;**

Es aquella conducta que motivada por algún estímulo hace que aumente la posibilidad de que aparezca la conducta inadecuada:

R. Positivo: es aquel que cubre una necesidad o en sí es placentero. (más a nivel emocional y no físico por lo que incide en el refuerzo y la recompensa),(en el caso de la heroína, la quetomanía o placer de pincharse, no se tiene en cuenta siendo +)

R. Negativo: es aquel que evita consecuencias a pesar de...(aguantar el mal estar de seguir drogándose para no perder el “subidón” o masturbarse más de tres veces seguidas y de manera obsesiva y/o compulsiva)

Olls y Midler (1953) estudiaron los circuitos del efecto reforzador, hasta el punto de ver como una rata por experimentar el refuerzo + llega a no comer e incluso morir.)

El refuerzo es de carácter conductual y la recompensa emocional

- **Conducta preparatoria:**

Aquella que activa la secreción de dopamina simulando, a la vez que adelanta, el efecto placentero del consumo o uso. (Ejemplo en heroínómanos: el limón en un heroínómano).

- **Conducta consumatoria:**

Aquella que sentencia el consumo inadecuado instaurándose como una pauta habitual en la persona, a la vez que da paso al proceso de recaída. (Ejemplo en alcohólicos: el hecho de guardarse una botella).

- **Adicción:**

Uso o abuso inadecuado que una persona y/o sociedad hace de una sustancia o medio con capacidad de generar despersonalización y/o desestructuración, desde un hábito comportamental; pulsional, compulsivo, sistemático, aparentemente incontrolable. Auto realización (relación entre = deseo, efecto placentero, actividad mantenida en el tiempo y reincidencia).

Conducta adictiva: uso repetido y abuso de una sustancia con la implicación compulsiva en la realización de esta conducta determinada, que de manera directa o indirecta, modifica el medio interno (y externo) del individuo, obteniendo un reforzamiento inmediato por la realización de dicha conducta (**Powerleau 87**).

5 momentos del síndrome adictivo social:

- La organización existencial

- El acto impulsional.
- La recepción de recompensas.
- La repetición del ciclo.
- La acumulación de consecuencias nocivas.

- **Criterios para el diagnóstico de adicción en drogas (MSD IV)**

1. Uso de la sustancia en mayor cantidad o por más tiempo del pretendido.
2. Deseo persistente e intentos inútiles de control en su uso o abuso.
3. Invertir gran parte del tiempo personal para obtener y consumir dicha sustancia.
4. Intoxicación frecuente o síntomas de estos tras la abstinencia.
5. Reducción o abandono de las relaciones sociales habituales.
6. Uso continuado pese a las consecuencias.
7. Tolerancia a los efectos (requerir dosis más altas).
8. Síntomas característicos de abstinencia al cesar bruscamente el consumo.
9. Consumir para aliviar los efectos de la abstinencia o de la sustancia de abuso.

- **Medios y sustancias capaces de alterar el SNC**

Medios: este es un apartado inespecífico pues en él deberíamos mencionar todas aquellas actividades y/o conductas capaces de generar hábitos inadecuados desde los cuales desarrollamos conductas dependientes y/o adictivas.

Sustancias: todas aquellas sustancias capaces de estimular, deprimir y alterar (alucinógenas) el SNC.

- **Paradigma Lewiniano.**

Plantea la eficacia simbólica o significado que tiene en cada individuo una sustancia a nivel psíquico junto a la sub-cultura de su consumo.

Lewin Estein plantea a principios del siglo XX la raíz de la problemática de las drogodependencias tras estudiar la necesidad del proletariado que para trabajar recurría a beber alcohol, o en las tropas Franco-prusianas que se automedicaban con derivados de la morfina generando adicción. Lewin inicia el estudio del fenómeno; adicciones.

- **Champion Castro (México 1998) distingue en fármaco dependencia:**

Síntoma: o utilización de un producto en la reducción de un efecto ante una situación conflictiva sin conllevar perdurabilidad.

Síndrome: o uso persistente relacionado con problemas existenciales y contextuales en los que la etiología puede ser múltiple y variada.

Enfermedad: o proceso de deterioro progresivo y en base al consumo perdurable, compulsivo y creciente, unido a una grave patología de la Personalidad.

- **Umbral de excitabilidad**

Es el punto de menor sensibilidad del sistema nervioso a partir del cual genera una respuesta proporcional. Los estimulantes aumentan la sensibilidad y los depresores la

reducen insensibilizando el SNC, por lo que el primero reduce el estímulo originando una respuesta exagerada y el segundo aumenta el umbral, lentificando la respuesta.

- **Clasificación de las sustancias o drogas:**

Existen diferentes formas de clasificar las drogas; así la OMS, según el informe Kramer y Cameron (1975), existen cuatro grupos en orden a la peligrosidad, más intensa en el primero y menos en la cuarta:

Grupo 1º: Opio y sus derivados (morfina, heroína, metadona, etc).

Grupo 2º: Barbitúricos y etanoles.

Grupo 3º: Cocaína, anfetaminas y derivados (éxtasis).

Grupo 4º: Canavinoideos (marihuana), LSD y otros alucinógenos.

Otra de sus clasificaciones viene dada ante su potencial a la hora de influir en nuestro cerebro (Plan Español de drogas):

- **Drogas depresoras de nuestro sistema nervioso central:** lentifican y/o entorpecen el funcionamiento del cerebro con reacciones que van desde la desinhibición al coma.

Alcohol (etanol)

Opioides (morfina, heroína, metadona, etc).

Hipnóticos (fármacos con propiedades facilitadoras o propiciadoras del sueño).

- **Drogas estimuladoras del sistema nervioso central:** aceleran el funcionamiento del cerebro pudiendo despejarlo (café) o hiperactivarlo (cocaína).

Estimuladores mayores: anfetaminas, cocaína, etc...

Estimuladores menores: nicotina, etc...

Xantinas: Cafeína, teobromina, etc...

- **Drogas perturbadores del sistema nervioso central:** distorsionan el funcionamiento del cerebro propiciando alucinaciones, distorsiones percept, etc.

Alucinógenos: LSD, mescalina, etc...

Derivados del cannabis: Marihuana, hachis, aceite, etc...

Drogas de sintexis: Extasis, Eva, GHB, etc...

- **Procedimiento sináptico:**

El efecto depresor, estimulante o alterador de una sustancia en el sistema nervioso central se debe, en su origen, a un procedimiento denominado sináptico, y al que las neuronas se disponen en su capacidad de comunicación (a través de una sustancias denominadas neurotransmisores) organizando el funcionamiento orgánico, psicológico y comportamental del ser que todos somos.

Formas y maneras de consumo:

Fumada: tabaco (nicotina), hachís (THC).

Vía oral: Alcohol (etanol), Extasis (MDMA).

Esnifada: Cocaína y speed, Ice (metilamfetamina).

Inhalada: Clefa (etanol), disolventes (toluenos y tricloros).

Inyectadas: Heroína (opioide).

• **Deshabitación:**

Proceso largo y complejo con el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado, mientras el paciente efectúa un aprendizaje de las estrategias terapéuticas que le permitirán enfrentarse, con posibilidad de éxito, a los factores adversos, internos y externos, que normalmente tenderían a precipitar un nuevo consumo de tóxicos.

Etapas y proceso:

La primera, que propugna el alejamiento del paciente del medio ambiente en que ha desarrollado la adicción mediante su ingreso, durante un período variable de tiempo, en un centro donde será acogido, cuidado y reinsertado.

La segunda, que sostiene exactamente lo contrario, es decir, que el paciente debe enfrentarse lo más rápidamente posible, y de forma continuada, con los estímulos externos que precipitan su recaída, intentado poder controlar su efecto nocivo con las armas terapéuticas, normalmente de tipo comportamental o farmacológico, que se le proporcionarán.

• **Recaída:**

Restablecimiento de la conducta adictiva tras un periodo de abstinencia.

Proceso de recaída: toma de decisiones aparentemente irrelevantes que conducen a la recaída (parte del proceso de rehabilitación).

Desde estímulos atencionales o no atencionales, potenciamos los disparadores de la pauta adictiva a través de los reforzadores tanto positivos como negativos y las conductas tanto preparatorias como consumatorias que reaparecen tras el uso o consumo inadecuado.

Es importante que durante el proceso terapéutico de rehabilitación y reinsertión, diferenciamos; desliz o consumo de recaída, a la vez que situación de alto riesgo, de factor de riesgo, a esto nos ayudará el tener claro los términos; uso, consumo y/o abuso, hábito y conducta (preparatoria y consumatoria).

Bibliografía del anexo III:

- Francisco Alonso Fernández: **Nuevas adicciones**. Edita: DEBATE (Presidente de la Asociación Europea de Psiquiatría Social).
- José Luís Graña: **Conductas adictivas**. Edita: DEBATE
- Josef Zehentbauer: **Drogas endógenas**. Edita: Obelisco.
- Solomon H. Zinder: **Drogas y cerebro**. Edita: Biblioteca Scientific American.
- Carmen García, Miguel navarro, Ramón Méndez y Juan Mayor, catedráticos de la universidad Complutense de Madrid en el Master: Expertos en drogodependencias.

Bibliografía del estudio:

- Ricardo Lucchini: **Niño de la calle**. Edita: Los libros de la frontera.
- Enrique Martínez Reguera: **Cachorros de nadie**. Edita: Editorial popular.
- Jesús Valverde M.: **El proceso de inadaptación social**. Edita: Editorial popular.
- Valentina Supino-Viterbo: **El niño mal amado**. Edita: Acento.
- W. Hudson O'halon: **En busca de soluciones**. Edita: Paidós.
- Mathew Selekman: **Abrir caminos para el cambio**. Edita: Gedisa.
- Paulo freire: **Pedagogía del oprimido**. Edita: S XXI.
- William R. Miller y S. Rollnick: **La entrevista motivacional**. Edita: Paidós.
- Prochaska y DiClemente: **Transtheoretical therapy**. Edita: Psychotherapy.
- Karl Jaspers: **Cifras de la trascendencia**. Edita: Paidós.
- Víktor E. Frankl: **El hombre doliente**. Edita: Herder.
- Víktor E. Frankl: **Logoterapia y análisis existencial**. Edita: Herder.
- Víktor E. Frankl: **Teoría y terapia de las neurosis**. Edita: Gredos.
- Elisabeth Lukas: **Tu familia también necesita sentido** Edita: S.M. Madrid.

Otros:

- Antoni Verger: **El sutil poder de las transnacionales**. Edita: Icaria.
- K. Werner y H. Weiss: **El libro negro de las marcas**. Edita: De Bolsillo.

Experto en drogodependencias

José Álvarez Blanco