

## Menores en situación de calle: la doble vulnerabilidad hacia el consumo de drogas

Sánchez Guerrero, Alejandro

Subjefe del Depto. de Prevención en Centros de Integración Juvenil A.C.

### Resumen

Aventurarse a conocer algunos de los asuntos que envuelven la cotidianeidad de los menores en situación de calle, implica tratar de comprender complejos procesos sociales y estructurales que llevan a estos niños y niñas a convertir a la calle y a otros espacios públicos en su lugar de residencia, así como los motivos que tienen para permanecer en ella. El consumo de drogas en esta población, particularmente en aquella que no mantiene o carece de vínculos familiares, se convierte en una actividad casi generalizada y, dada la situación extraordinaria en que se encuentran, su atención requiere de intervenciones muy específicas e instrumentadas desde posiciones muy sensibilizadas hacia las necesidades afectivas y materiales más inmediatas de estos menores. Este artículo trata de transmitir uno de los muchos panoramas que puede ser posible de construir sobre este tema desde los referentes conceptuales de las ciencias sociales.

### Palabras Clave

Menores en situación de calle, drogas, intervención

### Summary

To venture to know some of the matters that wrap the day-to-dayness of the minors in situation of street, implies trying to understand(include) complex social and structural processes that take these children and girls to turning to the street and to other public spaces in his(its) place of residence, as well as the motives that have to remain in her(it). The consumption of drugs in this population, particularly in that one that he(he) does not support or lacks familiar(family) links, is converted into an almost widespread activity and, given the extraordinary situation in which they are, his(its) attention needs of interventions very specific and orchestrated from very sensitive positions towards more immediate affective and material needs of these minors. This article treats of transmitir one of many(very) panoramas that it(he,she) can be possible of constructing on this topic from the conceptual modals of the social sciences.

### Correspondencia a:

Aguascalientes 208, 6º piso. Colonia Hipódromo, Delegación Cuauhtémoc 06100, México, D.F.  
Tel: (0052) 59994949 ext. 5035 - Fax: (0055) 599994931. E-mail: ame\_nocturne@hotmail.com

## Key Words

Minors in situation of street, drugs intervention.

## INTRODUCCIÓN

El incremento del fenómeno de la marginalidad y expulsión infantil a espacios públicos está estrechamente relacionado, entre otras múltiples variables económicas, sociales y culturales, con los incontrolados procesos migratorios de zonas rurales a las grandes urbes que hace décadas se ha observado en los llamados países en desarrollo. Las secuelas organizativas y en el bienestar social son notables, sobre todo en contextos donde impera la corrupción y la pobreza, como es común observar todavía en la mayor parte de los países de Asia, África y América Latina.

En un estudio reciente realizado por el Centro de Información y Documentación de la Universidad de los Trabajadores de América Latina (CIDUTAL), constata (sobre una población total de 6.000 millones) que el 54 por ciento de la población mundial, 3300 millones de personas viven con menos de dos dólares diarios límite para definir la pobreza según el Banco Mundial, de las cuales 1.200 millones de personas (20 por ciento) sobreviven con menos de un dólar por día definido como umbral de indigencia.

En este tipo de situaciones severamente adversas, la peor partida suelen llevarse a quienes menos recursos tienen para afrontar los embates de la vida cotidiana, uno de ellos son los niños. Reconocer la existencia actual de algunas situaciones que prevalecen para estas poblaciones, resultar indignante, por ejemplo, según datos del año 2000 de la UNICEF:

- 145 millones de niños y niñas en los países en desarrollo se encuentran mal nutridos
- Los índices de mortalidad infantil registrados en América Latina y el Caribe fue de 38 defunciones por cada 1,000 nacimientos vivos.

En México entre los meses de diciembre de 2002 y enero del 2003, fallecieron 33 niños en un hospital público de Comitán, Chiapas. En 1999 en esta misma entidad del suroeste del país, la desnutrición infantil presentó el índice más alto a nivel nacional, con un porcentaje de 5.7 por ciento, y en otras regiones del estado alcanzó 8.2 por ciento en niños en el umbral de la muerte. Las enfermedades más frecuentes son las generadas por la falta de saneamiento, así como por vivienda y alimentación deficientes; infecciones respiratorias agudas, padecimientos diarreicos, parasitosis, desnutrición y anemia.

México es un país de contrastes donde la desigualdad e inequitativa distribución de la riqueza puede resultar absurda: un sector de la población que representa el 20%, concentra el 54.08% del ingreso nacional, en tanto que un 10% que es el sector más pobre, percibe solo el 1.5% del ingreso. Se nos considera la 9ª. potencia comercial a nivel mundial, pero nos encontramos en el nada envidiable número 54 en la distribución per capita.

Todos estos son sólo algunos ejemplos que justifican por qué Ivonne Cárdenas, dice que, «este contexto de pobreza y desigualdad social es el telón de fondo que explica, al menos en parte, la existencia de niños en



situación de calles<sup>1</sup>. Una de las primeras formas de violencia estructural hacia el ser humano es el hambre, un hecho bastante común en la mayor parte de los lugares de origen de estos niños, a las que se les conoce como *zonas expulsoras*.

El fenómeno al cuál aquí referimos como *menores en situación de calle*, tiene diferentes matices, y es, precisamente, en el reconocimiento de esta diversidad donde se tiene la posibilidad de afrontar de manera más real su problemática. Los niños en situación de calle, pueden identificarse, en principio, dos situaciones distintas: por una parte aquellos menores que mantienen un vínculo familiar de algún tipo y que utilizan la calle con el fin específico de desarrollar alguna actividad laboral; por otra parte, están aquellos otros que han roto todo vínculo familiar y que utilizan la calle como medio de sobrevivencia para dormir y dotarse de sus necesidades básicas, mismos que desarrollan, el paso del tiempo un arraigo callejero, difícil de romper. Por este motivo, hace algunos años se utilizaban términos como: «*niños de la calle y niños en la calle*» para diferenciar esta situación.

En un estudio reciente que analizó la situación y características laborales de menores en 100 ciudades del país<sup>2</sup>, también se consideró importante diferenciar entre los *niños de la calle indígenas* y no indígenas, o bien, entre *niños en la calle indígenas* y no indígenas, esto por la importante migración de familias indígenas a centros urbanos en busca de mejores opciones de vida, ante la carencia de alternativas en sus lugares de origen, resultado, en gran parte, de las ineficientes políticas agrarias que han convertido el campo mexicano en un asunto precario e incapaz de retener a quienes viven —o sobreviven— del mismo<sup>3</sup>. La razón de fondo para ha-

cer una distinción entre los menores en situación de calle con un origen indígena y aquellos que han nacido y crecido en un medio urbano, está situada en las diferentes estructuras socializadoras y culturales que han configurado la idiosincrasia con que esos niños se enfrentarán a la vida en las calles.

## LO INFANTIL Y JUVENIL EN EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS

Para comprender la dimensión que tiene uno de los principales problemas a que se enfrentan los menores en situación de calle: el abuso de drogas, revisemos primero algunas generalidades de cuál es la situación de este fenómeno, en un país como México.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998<sup>4</sup>, poco más de 5 de cada 100 personas entre los 12 y 65 años de edad que viven en zonas urbanas, esto es, un estimado de 2.5 millones de personas en México, ha utilizado alguna vez en su vida algún tipo de droga, diferente de alcohol, tabaco y sustancias con utilidad médica. De acuerdo a este estudio epidemiológico y algunos otros,

<sup>1</sup> Cárdenas G., Iyonne (2002). *Programa para el Desarrollo Educativo de los Menores en Situación de calle*. México: Dirección General de Investigación Educativa. [http://basica.sep.gob.mx/dgie/VL\\_calle\\_informe.html](http://basica.sep.gob.mx/dgie/VL_calle_informe.html)

<sup>2</sup> DIF/UNICEF/PNUFID (1998). *Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades*. DIF/IMP

<sup>3</sup> *Todo esto en un contexto de una competencia desleal y desequilibrada en las políticas de exportación por los subsidios con que cuentan los productos agropecuarios de EU y Canadá en marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte*

<sup>4</sup> 3er. Encuesta de carácter domiciliario, realizada cada 5 años por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Consta de cuatro volúmenes: alcohol, tabaco, drogas médicas y drogas ilegales.



el consumo de drogas en nuestro país ha ido en aumento y con ello la proporción de personas que presentan síntomas importantes de dependencia<sup>5</sup> a las diferentes sustancias: Mientras que en 1988, un 0.34% de la población presentó tres o más síntomas de dependencia física, diez años después esta proporción aumentó al 0.7%.

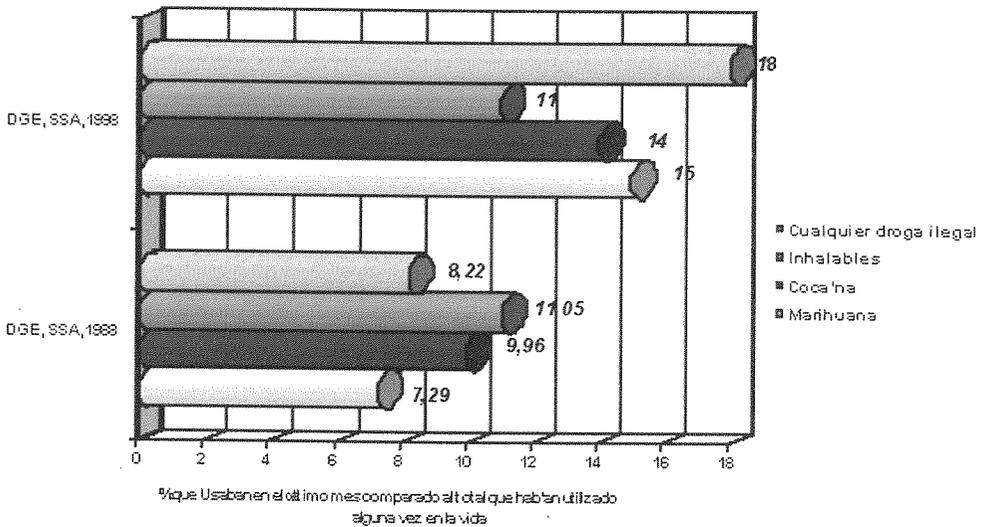
Esto último, además de estar estrechamente relacionado con el incremento en el consumo de sustancias con un alto poder adictivo y una baja percepción de riesgo hacia las mismas, como es el caso de la cocaína (que paso 0.56% en 1988 a 1.45% en 1998 en su consumo de alguna vez en la vida<sup>6</sup>), también está manteniendo una correspondencia con el aumento en la tasa de continuidad del uso de drogas durante el último mes, como se muestra en la siguiente gráfica (gráfica 1):

El grupo que, por sus características de desarrollo biológico y sociocultural, resulta más vulnerable ante las situaciones de mayor riesgo para motivar el inicio del consumo de drogas son tanto los niños y las niñas, como los y las jóvenes. Hecho que tiende de ser más complejo cuando éstos colectivos se ubican en escenarios, que resultan desfavorables, como de marginalidad y pobreza, tanto para poder garantizar la satisfacción de sus necesidades y demandas económicas y afectivas, así como, para facilitar el pleno desarrollo de sus capacidades y potencialidades de cada uno de ellas y ellos.

<sup>5</sup> Villatoro, J. et. al. (1996). *La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. En Salud Mental V (19)3, 1-6.*

<sup>6</sup> Encuesta Nacional de Adicciones 1998, México: DGE, SSA

Gráfica 1: tasa de continuidad de uso de sustancias





De acuerdo a la ENA de 1998, entre los menores de 18 años, la prevalencia total de consumo de drogas asciende a 3.57%. Respecto al alcohol, 33% de los hombres y 23% de las mujeres han ingerido una copa completa antes de los 18 años. El índice de consumo fuerte (5 o más copas) al menos una vez al mes es de 3.6% en los hombres y 1.5% en las mujeres entre 12 y 17 años de edad. En lo que se refiere al consumo de tabaco, la Encuesta Nacional de Salud 2000, establece que 13.5% de los hombres y 4.9 de las mujeres, entre 10 y 19 años son fumadores y la última ENA indica que la edad de inicio del consumo de tabaco antes de los 18 años es del 61.4% y 33% entre los 18 y 24 años.

Por otra parte, los últimos datos del Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Programas de Tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 2001, la edad promedio de inicio en el consumo de drogas, incluyendo alcohol

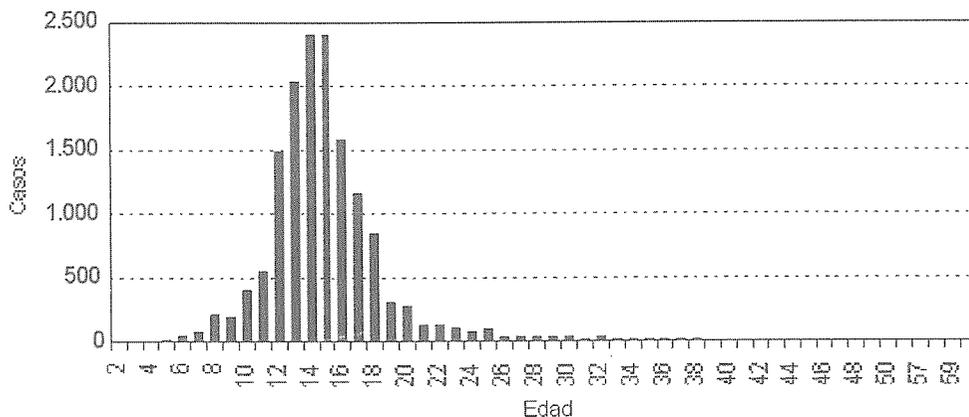
y tabaco, se situó en 15 años, la mediana y la moda en 14 años; cabe señalar que el 46.2% lo iniciaron entre los 10 y 14 años y el 42.3% entre los 15 y 19 años.

Al comparar la media con la del año inmediato anterior, se observó una disminución significativa ( $p \leq 0.01$ ) en la edad de inicio del consumo de drogas (15.2 años en 2000).

### LA DOBLE VULNERABILIDAD AL RIESGO DE MENORES EN SITUACIÓN DE CALLE

Basado en los datos antes presentados, se puede aseverar que gran parte de los problemas asociados con el consumo de drogas, se encuentran estrechamente relacionado con el grado de vulnerabilidad a las situaciones de riesgo que presentan los jóvenes en una sociedad. Si en condiciones personales, familiares y sociales consideradas como «normalizadas», la niñez y adolescencia represen-

Edad de inicio en el consumo de drogas (CIJ, 2001)





tan etapas de un alto riesgo para iniciar un consumo de drogas, este riesgo tiende a ser extremo, en la medida en que no se cuente o se carezca de esos medios «normalizados» de vida: estabilidad emocional, familia integrada, actividad escolar; por citar algunos.

Bajo un modelo económico caracterizado por una inequilibrada distribución social de la riqueza, que impacta de manera muy singular a la población infantil y juvenil, acompañada por la emergencia de nuevos valores que norman el estilo de interacción social en las distintas instituciones, incluida familia, encargadas de la socialización y configuración de estos sujetos, se fuerza a determinados grupos a existir en situaciones de marginalidad. Uno de estos grupos son los menores que se encuentran en situación de calle a quienes, muchos de ellos, se les asocia con el consumo de drogas y particularmente, con la utilización los disolventes inhalables.

De acuerdo a estimaciones de la UNICEF, en América Latina hay unos 40 millones de niños de la calle y más de la mitad de ellos, casi el 70% inhalan solventes, que por lo general, es pegamento para zapatos fabricados con base en potentes químicos tóxicos como el Tolueno<sup>7</sup> y Ciclohexano<sup>8</sup>, que les provocan la sensación momentánea de quitar el frío y la desesperación que provoca el hambre. Los inhalables más utilizados en México son los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo, que se producen con fines industriales y en el hogar; para su inhalación, por parte de los menores, con fines de alteración mental se utilizan distintos productos: combustibles como gasolinas, líquido de encendedores; aerosoles, pegamentos; removedores de pintura; esmaltes; thinner; y otros conocidos como PBC, activo y cemento.

Las sensaciones que se perciben, son semejantes a las de una intoxicación alcohólica: la coordinación física y el discernimiento se debilitan, por lo que quienes los consumen sufren con frecuencia recaídas y accidentes. Tanto en estados de intoxicación como posteriores al mismo, su comportamiento tiende a volverse violento. Los inhalables inhiben la actividad del sistema nervioso central que controla la respiración y por la falta de oxígeno en los pulmones se puede provocar desmayos, estados de coma o muerte por asfixia. Para potenciar su efecto, comúnmente se inhala en bolsas de polietileno, botellas de plástico, estopas y bolsas de frituras vacías. Los líquidos de encendedores en ocasiones se rocían directamente dentro de la boca.

Los menores que se encuentran en situación de calle, mantienen una alta vulnerabilidades dado los riesgos a que se enfrentan en el desarrollo de las actividades cotidianas que realizan en diferentes espacios públicos, donde se «ganan la vida»: como payasitos, limpiando parabrisas de autos, vendiendo dulces o cualquier otra actividad que les reditué para calmar el hambre de ellos y, en muchas

---

<sup>7</sup> Utilizado como disolvente y en la gasolina de la aviación y la fabricación de otros químicos. Su exposición puede causar irritación en piel, nariz, garganta y ojo; es causante de mutilaciones, daños en el desarrollo fetal, serias alteraciones en la médula espinal, causando un descenso en la cantidad de glóbulos de la sangre y afectar el hígado y los riñones e incluso puede causar la muerte. Es inflamable y posee, por tanto, riesgos de incendio.

<sup>8</sup> Es usado como removedor de pintura, como un solvente para lacas y resinas, y hacer materiales orgánicos como el Nylon. Su exposición puede causar náuseas, mareos, apatía y somnolencia; afecta seriamente al hígado y riñones; La inconsciencia y muerte pueden ocurrir como efecto de una gran exposición a esta sustancia.



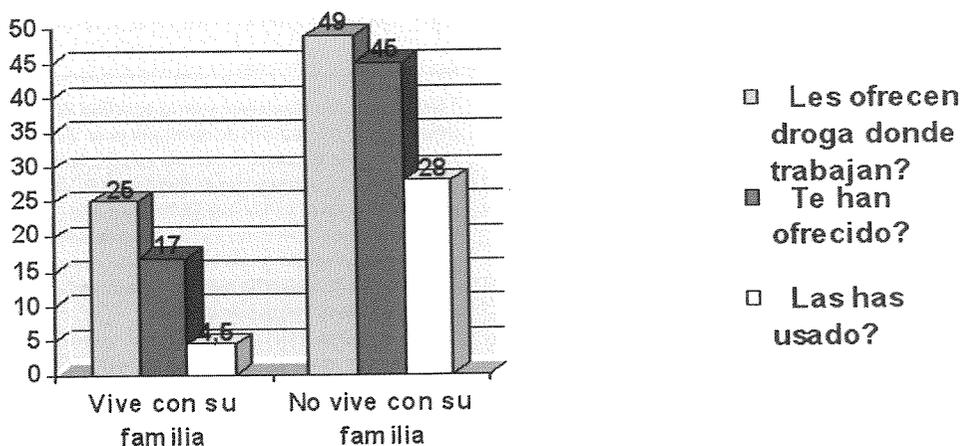
ocasiones, de su propia familia. La posibilidad de sufrir diversos tipos de abusos, como los de orden sexual, son muy altos. Se sabe, por un lado, que en tanto mayor sea el tiempo a que una persona esté expuesta a la calle y menor sea su edad, mayor riesgo representará la calle como un factor de predisposición al consumo de drogas; por otro lado, también se ha identificado que en el caso de los menores en constante contacto con la calle, el hecho de contar o no con una familia, influye significativamente para consumir drogas (ver gráfico 3).

Estos datos se corroboran en la encuesta realizada en 100 ciudades con niños, niñas y adolescentes trabajadores. En estos menores, el ofrecimiento de drogas se incrementa notablemente cuando no se vive con la familia, a 45% de quienes tenían esta situación, se les ofreció alguna droga, mientras que sólo a un 25% de quienes vivían con su familia se

les había ofrecido alguna droga. De estos, quienes afirmaron haber utilizado alguna droga, fue en una relación de 28% en el caso de quienes no vivían con su familia y 4.5%, quienes las habían consumido y vivían con su familia.

El tipo de drogas que llegan a consumir; también se encuentra, en gran parte, determinada, por ser hombre o ser mujer y por el hecho de vivir o no con su familia. Entre menores trabajadores encuestados, el consumo de sustancias es mayor en varones (32.8%) que en mujeres (12.9%), aunque esta proporción en comparación con la población en general (ENA de 1998), es menor (en una relación de 11.9% y 0.87%, respectivamente). Los inhalables son las drogas que más se consumen entre este tipo de menores y, parte de esta preferencia, se explica por la facilidad que hay para su adquisición y su bajo costo comparado con otras drogas.

Gráfico 3: Oferta y consumo de drogas en menores y trabajadores





Algunos de los principales motivos, por los cuales los menores en situación de calle comienzan a utilizar drogas, es por curiosidad y por una necesidad de identificación y adhesión a su grupo de iguales. En el caso de los inhalables, hay investigaciones que indican que quienes se inician en su consumo, hasta un 10% puede convertirse en adictos permanentes<sup>9</sup>.

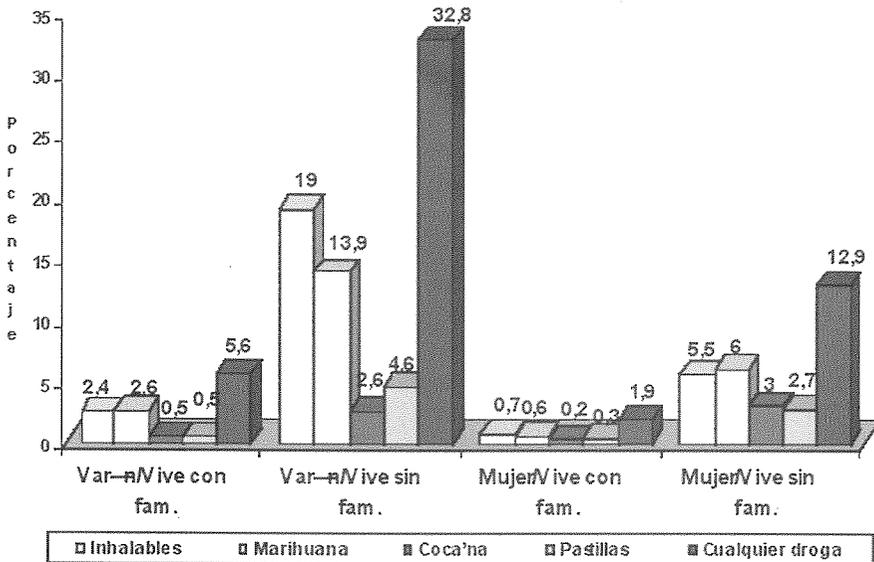
### LAS INTERVENCIONES: DE SUS ALCANCES A SUS LIMITACIONES

Por las características y la situación especialmente difícil en la sobreviven los menores en situación de calle, las acciones preventivas de drogas con estos colectivos (*prevención indicada*), no puede ser la misma que se

realiza con otras poblaciones que están en condiciones de menos riesgos (*prevención universal*), dada su situación especialmente vulnerable hacia las posibilidades que tiene de desarrollar una dependencia a diferentes sustancias tóxicas. A lo anterior, se suma que la estrategia preventiva que se requiere utilizar sea más compleja, por algunos factores característicos de los menores que se encuentran en situación de calle, como la constante movilización y desplazamiento que les demanda su actividad económica; por esta razón, la prevención más efectiva ha resultado ser aquella de corte comunitario, que se adhiere

<sup>9</sup> Dimwidliw, SH. Abuse of inhalants: a review. *Addiction* 1994; 89: 925-929

Gráfico 4: Tipo de drogas utilizadas entre menores trabajadores que viven con o sin sus familias



DEFMP, 1998



y compromete a las vicisitudes de la propia calle u otros espacios públicos en que, por lo general, se les suele encontrar a estos menores.

Con los menores en situación de calle, al igual que con otros grupos de alto riesgo, la acción preventiva no puede sólo fijarse o marcarse como objetivo la abstinencia del consumo de drogas, porque, si bien este es un factor importante para alcanzar un bienestar psicosocial, existen también otros tipos de problemáticas de salud física y mental, más inmediatas a trabajar, como son: odontológicas, altos índices de desnutrición, enfermedades sexualmente transmisibles (incluyendo el VIH), enfermedades de la piel, lesiones por agresiones, etc. Es importante considerar que una de las formas más adecuadas, tanto para acercar los servicios de salud a los menores en situación de calle, como de responder a necesidades concretas derivadas de los daños causados por el consumo de drogas, es a través de la puesta en marcha de objetivos y estrategias enmarcadas en los programas de reducción de riesgos y daños.

El abordaje comunitario y socioeducativo resultan estrategias imprescindibles para trabajar a nivel preventivo con los menores en situación de calle. En México han existido una infinidad de programas de todo tipo para atender las necesidades de estos niños, desde aquellos a cargo de asociaciones civiles, organismos federales y estatales, instituciones de asistencia privada y un importante número de organizaciones religiosas. Se ha distinguido que son, básicamente, tres los modelos bajo los cuales se ha realizado la intervención: a) Asistencial; b) Por etapas; y, c) Comunitario<sup>10</sup>

El modelo asistencial, fundamentalmente oferta servicios de internados y casas hogar. En busca del bienestar del niño, se les procura recursos de primera necesidad: alimentación, vestido, servicios convencionales de salud y de educación. La mayor parte de las instituciones de internamiento, se supervisa que su atención esté enfocada a la rehabilitación y la paulatina incorporación a una actividad económica; aunque también se tiene documentados otros servicios de internamiento llamados «Anexos» que recluyen a los menores sin su consentimiento, violentando de esta manera sus derechos humanos y obstruyendo toda posibilidad de modificar favorablemente su conducta.

El modelo centrado en la atención por etapas parte de la idea de que los niños pueden pasar por distintos momentos y espacios de vida, por lo que necesitan servicios de atención diferenciada y evolutiva. Para ello, hace propuestas específicas para lograr un tránsito de la calle hacia espacios de día o refugios, un albergue, un patio, un hogar y, finalmente, una vida autónoma.

El modelo comunitario comparte los rasgos fundamentales del modelo por etapas: el trabajo comienza por la calle, pero comprende a estos actores sociales como parte de un contexto de redes sociales con las cuales interactúa cotidianamente y con las cuales se requiere trabajar para apoyarlos.

Un perfil sumamente importante que se registró a través de la experiencia desde estos modelos, es que una atención paternalista que los asista en sus carencias materiales de vida, frecuentemente lleva a convertir a estos niños en sujetos pasivos y fortalece una actitud puramente receptiva y

<sup>10</sup> Cfr: Cárdenas G. *Op. Cit.*



dependiente. Por lo que se ha optado por favorecer aquellos programas de intervención que fortalecen el sentido de compromiso y responsabilidad.

El aspecto educativo tiene una función básica en toda esta discusión: De los 114,497 niños que utilizan la calle y otros espacios públicos para trabajar o vivir; al menos 100 mil de ellos son menores de 17 años que nunca han asistido a la escuela o tienen problemas de reprobación y abandono, esto como consecuencia de múltiples circunstancias, principalmente por la movilidad que caracteriza a sus actividades. Este reto educativo en quienes, finalmente, recae es en los educadores de calle, las principales dificultades a las que se enfrentas (Cárdenas, 2000) son:

- a) Deben atender en promedio a 6 u 8 niños en la calle o en espacios de transición con diferentes necesidades educativas y desiguales avances académicos;
- b) Dificultades para predecir su estancia en cada lugar;
- c) Dependencia de estos niños con las drogas, que les limita la posibilidad de abordaje educativo; y,
- d) Carencia de modelos educativos, de materiales y de cursos de capacitación para los educadores.

En respuesta a este último punto es que la el gobierno federal a través de la Secretaría de Educación Pública ha propuesto en su programa nacional 2001-2006, desarrollar un modelo de atención educativa para esta población, considerando contenidos, estrategias y actividades didácticas específicas para la intervención pedagógica en las calles.

En lo que hace al tratamiento terapéutico y psicoterapéutico de las adicciones, este está

matizado por la necesidad que resulte de la interacción de las distintas variables que intervienen, principalmente del tipo de droga o la combinación que de ellas se haga y la situación personal, familiar y grupal en que se encuentre la persona consumidora.

En el caso del tratamiento con consumidores de inhalables, la intoxicación aguda es sintomático ya que no existen antídotos. El manejo del inhalador crónico es complejo y frecuentemente frustrante. Es importante recurrir a grupos de apoyo y a psicoterapeutas entrenados en este tipo de problemas. Una vez establecido el daño orgánico el tratamiento es únicamente de sostén. Como otras adicciones, una estrategia igual de importante y complementaria es la prevención del control de la venta y distribución de estas sustancias.

Otra sustancia sumamente problemática para su tratamiento es la cocaína, con la cual, el manejo de emergencia es siguiendo el ABC de apoyo vital. Actualmente la venta y distribución de cocaína y crack se ha vuelto una actividad muy rentable y una opción para hacer frente a una permanente crisis en la economía de muchas familias. El bajo costo y el potencial adictivo de la sustancia, sumado al constante contacto con la calle de los menores, son factores que incrementan la posibilidad para que se vean envueltos en su consumo. El tratamiento al consumo de cocaína, tiene mayores posibilidades de conseguir resultados más efectivos cuando la intervención psicoterapéutica, por lo general, de corte cognitivo-conductual, se realiza en combinación con recursos farmacológicos, como ocurre con la administración de carbamacepina para tratar el craving que provoca la suspensión del consumo de cocaína, o la utilización del propranolol para tratar la hiperten-



sión, las convulsiones con diazepam y en los casos que no respondan con pancuronio y asistencia mecánica de la ventilación. Es importante recordar que en el tratamiento de cocaína, no existe una sustancia agonista que tenga la función de una estructura molecular sustitutiva, como es el caso de la metadona en el tratamiento con opiáceos. Pero quizá el mayor dilema terapéutico sea la poca, o en ocasiones, nula adherencia al tratamiento que los menores en situación de calle suelen presentar.

### UNA REFLEXIÓN FINAL: DEL CONOCIMIENTO AL CONOCER LA CALLE

El consumo de una droga, cualquiera que esta sea va, por lo general, acompañada de una expectativa subjetiva sobre su efecto y de una idea, más o menos definida, del por qué se utiliza; en este sentido, las posibilidades pueden ser muchas, pero algunas de ellas sumamente vinculadas a situaciones de marginalidad y pobreza extrema, son las nociones de mitigación de displacer corporal o la sustitución de carencias afectivas y materiales.

Dentro del estudio especializado para la prevención y tratamiento de las adicciones, considerar este último punto resulta fundamental. Es decir, tratar de *comprender* la utilidad que tiene una sustancia tóxica en la vida de una persona («*el para qué consumo tal o cual droga*») es básico para tratar de comenzar a modificar los imaginarios sobre los cuales está sustentada y es lo que, en última instancia, le otorga sentido a su utilización. La funcionalidad atribuida a una droga, podrá ser errónea desde un punto de vista científico, por ejemplo, el alcohol no quita el frío, pero desde el punto de vista de muchos de me-

nores que están obligados a dormir en la intemperie, esto será real y su sensación es que el beber alcohol quita el frío; esta es la misma lógica de considerar que los inhalables quitan el hambre.

El reconocimiento del punto de vista de los otros (en este caso los niños en situación de calle), de la subjetividad que se asocia a la motivación de consumir drogas, es también un reconocerse (desde nuestro posicionamiento en torno al conocimiento) y asumir las limitaciones que tienen muchos de nuestros paradigmas con que contamos para explicar la realidad en que viven y sobreviven los menores en situación de calle. De ahí la importancia de comprender el conjunto de imágenes que se crean y recrean sobre las drogas en la interacción que estos menores establecen en los distintos espacios públicos en que cotidianamente desarrollan sus actividades cotidianas.

Las posibilidades de sobrevivencia en las complejidades urbanas se incrementan en la medida en que las personas configuran determinados recursos internos, para afrontar de la mejor forma posibles, las situaciones de riesgo existentes. En ocasiones, tiene lugar un fuerte disenso sobre lo adecuado o inadecuado que pueden resultar ciertos recursos internos, porque algunos de ellos, pueden no corresponder a las normas sociales, sin embargo, son recursos que les permiten afrontar situaciones vitales para «estar y ser» en la vida diaria de la ciudad. Muchos de estos recursos internos se conforman a través del tiempo como una combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo, y que incluyen el sentido de compromiso, del desafío, la oportunidad y que se manifiestan en ocasiones difíciles, lo cual se encuentra muy cercano al concepto de robustez –*Hardiness*– (Cfr: Kotliarenco, 1997)



En este sentido, en la atención preventiva y de tratamiento de consumo de drogas con menores en situaciones de calle, no sólo basta fomentar habilidades sociales y perfiles adecuados al afrontamiento de problemas, sino además de ello, se requiere modificar su ambiente, modificar estructuralmente las condiciones sociales y materiales en las que viven o los orillan a trabajar en la calle. Octavio Paz, decía que *la drogadicción es una forma moderna de esclavitud y si de veras se quiere combatir el uso de drogas, debe comenzarse por el principio, es decir, por la reforma de la sociedad misma y de sus fundamentos sociales y espirituales.*

**Kotliarenco, Ph.D. et al.** (1997). *Estado de arte en resiliencia*, OMS/OPS,

**Villatoro, J. et al.** (1996) La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. En *Salud Mental* V (19) 3, 1-6

## BIBLIOGRAFÍA

**Cárdenas G., Ivonne** (2002). *Programa para el Desarrollo Educativo de los Menores en Situación de calle*, México: Dirección General de Investigación Educativa.

**Centros de Integración Juvenil** (2002).

*El consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en CIJ durante 2001*, Informe de investigación 02-01, México: CIJ

**DIF/UNICEF/PNUFID** (1998). *Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades*, DIF/IMP.

**Dinwiddiw, SH.** «Abuse of inhalants: a review». En *Addiction* 1994; 89: 925-929

**Secretaría de Salud.** *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*, México: DGE, SSA

**Domínguez, M. et al.** (2000). «Los 'niños callejeros'. Una visión de sí mismos vinculada al uso de drogas». En *Salud Mental*, V. (23) 3 2000

**Insúa, P. et al.** (1999) *Programa de formación para la prevención de los problemas de salud, asociados al consumo de drogas*, Zarautz: PND/PNS/UPV,