

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS
NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL
NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

CLAUDIA LORENA GODINEZ

TULIO REMBERTO MARTÍNEZ VIVAS

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGOS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO DE 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 245-2010
CODIPs. 1045-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

21 de junio de 2010

Estudiantes

Tulio Remberto Martínez Vivas
Claudia Lorena Godínez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SEPTIMO (27°) del Acta CATORCE GUIÓN DOS MIL DIEZ (14-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de junio de 2010, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SEPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

TULIO REMBERTO MARTÍNEZ VIVAS
CLAUDIA LORENA GODÍNEZ

CARNÉ No. 199118055
CARNÉ No. 199316894

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Mariano González y revisado por el Licenciado Carlos Orantes. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Melveth S.





Escuela de Ciencias Psicológicas
Rehabilitación e Información
CUM/USAC

RECIBIDO
09 JUN 2010

CIEPs 245-10
REG 524/00
REG 524-2000

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187531
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

HORA: 12:25 Registro: 524-00

INFORME FINAL

Guatemala, 07 de Junio 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos Orantes ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA”.

ESTUDIANTE:
Tulio Remberto Martínez Vivas
Claudia Lorena Godínez

CARNÉ No:
1991-18055
1993-16894

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 24 de Mayo 2010, y se recibieron documentos originales completos el 04 de Junio 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Mayra Frine Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs “Mayra Gutiérrez”



cc archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

CIEPs **246-10**
REG: **524/00**
REG: **524-2000**

Guatemala, 07 de Junio 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA."

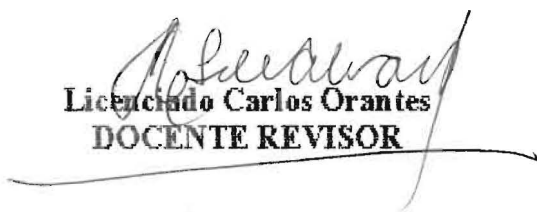
ESTUDIANTE:
Tulio Remberto Martínez Vivas
Claudia Lorena Godínez

CARNE
1991-18055
1993-16894

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 21 de Septiembre 2009 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licencido Carlos Orantes
DOCENTE REVISOR



/Arelis.
c.c. Archivo

Guatemala 24 de Agosto del 2009

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
Presente

Por este medio informo a usted que tuve a mi cargo la asesoría y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

“LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA”

ELABORADO POR:

Tulio Remberto Martínez Vivas
Claudia Lorena Godinez

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo en mención reúne los requisitos establecidos, lo avalo y solicito proseguir con los trámites correspondientes.

Atentamente



Licenciado Mariano González
ASESOR
Colegiado 6326



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"

TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 26-2006

REG. 524-2000

Guatemala, 22 de mayo de 2006

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Por este medio informo a ustedes que tuve a mi cargo la revisión del PROYECTO DE INVESTIGACION, titulado:

"LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA"

ELABORADO POR:

CARNE No.

Tulio Remberto Martínez Vivas
Claudia Lorena Godínez

9118055
9316894

CARRERA: Licenciatura en Psicología

ASESORADO POR: Licenciado Mariano González

Por considerar que el trabajo en mención reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, lo avalo, y solicito proseguir con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO CARLOS E. ORTIZES T.
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo.

LICDA. MAYRA LUNA DE ALVAREZ, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "MAYRA GUTIÉRREZ"

c.c. Docente Revisor/a

Archivo
NEXT / edr





Asociación Casa Alianza
13 Av. 0-37 zona 2 Mixco
Colonia La Escuadrilla
Tel. 22504939-22504915
Correo Electrónico cazalgu@guate.net
Guatemala, C.A.

DP-0017

Guatemala 15 de Octubre de 2009

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología, CIEPS
Presente

Por este medio hago constar que Claudia Lorena Godinez y Tulio Remberto Martínez Vivas llevaron a cabo su proyecto de investigación titulado: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL NIVEL DE FORTALECIMIENTO DE CASA ALIANZA, iniciando en el mes de febrero y finalizando en octubre del año 2007, tiempo durante el cual ejecutaron distintas actividades con el fin de obtener todos los elementos necesarios para dicha investigación.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente

Leonel Dubón
Director de Programas
Casa Alianza



AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Creador y Señor de todo lo que existe, de El es la sabiduría y la ciencia, por ser el centro de mi vida, mi luz y fortaleza a lo largo de mi camino.

A mi padre:

Sergio David (Q.E.P.D.) por el don de la vida y aunque lejos siempre me motivaste a seguir adelante con tus consejos y sabiduría, en donde estés siempre te recordare y serás un vivo ejemplo de amor y lealtad.

A mi madre:

Olga Raquel por tu paciencia y amor cuando mas lo necesitaba siempre te amare por tu incansable esfuerzo de verme triunfar.

A mis abuelitos:

Gabriel (Q.E.P.D.) e Isabel por su infinito amor y sabias enseñanzas.

A mi hermano:

Por quererme, respetarme y ayudarme incondicionalmente.

A mi esposo y compañero de tesis:

Por todo el amor, apoyo y entrega incondicional, en los momentos más difíciles de nuestra vida, este triunfo es para los dos.

A mis hijitos:

Sofía Isabela y José Luis, que son la razón más grande para triunfar en la vida los amo y seguiré luchando por ustedes.

A mis compañeras y compañeros:

Por los buenos momentos y que aun seguimos en el camino de la amistad comparto este triunfo junto a ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Porque sin el nada es posible.

A mi madre:

Por su amor y apoyo incondicional, y grande ejemplo de sacrificio.

A mi Padre:

Por su persistencia en la labor de hacer de mi un hombre íntegro y con principios.

A mi esposa:

Por haber cambiado mi vida, y que hasta hoy lo sigue haciendo.

A mis hijos:

Porque cada día me dan ese aliento de amor para enfrentar cualquier adversidad.

A mis hermanos:

Por ese fuerte amor fraternal que hasta hoy nos mantiene cerca.

A mis amigos:

Por el gusto de haber estado y aun estar juntos en cada etapa de nuestras vidas, para todos ellos y ellas un ¡salud! Con un fraternal y combativo abrazo.

Al pueblo de Guatemala:

Por haber pagado mis estudios.

ÍNDICE

Página

Prólogo.....	7
CAPITULO I	
Introducción.....	8
1. Modelo de comunidad terapéutica.....	10
1.1 Factores terapéuticos de la comunidad terapéutica.....	12
1.2 El plan de tratamiento en la comunidad terapéutica.....	14
1.3 El Proyecto de vida en la comunidad terapéutica.....	15
2. Toxicomanía o Drogadicción.....	16
3. Síndrome de Abstinencia.....	17
4. El papel de la Ansiedad.....	18
5. Panorámica de las drogas y los vicios en la población de niños y adolescentes con problemas de calle.....	20
6. Drogas utilizadas por los niños y jóvenes con problemas de calle.....	21
6.1. Cocaína.....	21
6.2. Thiner y cemento para inhalar.....	24
6.3. Marihuana.....	26
6.4. Cigarrillo y otros productos de tabaco.....	29
Hipótesis, variables e indicador.....	32
CAPITULO II	
Técnicas de análisis e instrumentos	
1. Selección de la muestra.....	33
2. Tipo de investigación.....	33
3. Instrumentos de recolección de datos.....	33

4. Técnicas de análisis estadísticos, descripción e interpretación de datos..... 34

CAPITULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados

Gráficas..... 35

Análisis e interpretación de resultados..... 37

CAPITULO IV

Conclusiones..... 38

Recomendaciones..... 40

Bibliografía..... 41

Anexos..... 43

Resumen..... 46

PRÓLOGO

Los niños y adolescentes que abusan del consumo de drogas psicoactivas se exponen a una identificación con pandillas, consumidores del barrio, ladrones, expendedores de drogas, lo cual provoca en ellos pérdida de apoyo afectivo y familiar, recaídas en tiempos más cortos, comercio y abuso sexual, robos, y otros problemas con la ley. El niño al estar en un abandono total pierde su autoestima y busca la ayuda con los mismos amigos o instituciones, sin embargo al tratar de ingresar a algún programa de ayuda sufre la separación total de la droga y el joven pasa por períodos de ansiedades haciéndole perder su interés por lograr sus metas, lo que se traduce en intolerancia a la estadía en el tratamiento. Todo esto conlleva pasar por diversas etapas de ansiedad creciente, en las que se hace necesaria la aplicación de algún programa o tratamiento terapéutico dirigido primordialmente a la superación del abuso de sustancias químicas.

Debido a que las Comunidades Terapéuticas fueron fundadas con el fin principal de ayudar a los drogodependientes y se enfatizan en la cimentación de las redes sociales, resultan ser una alternativa importante e interesante. Cabe recordar que toda terapéutica tiene alcances y limitaciones que se descubren en su aplicación y gracias a evaluaciones objetivas. Por ello, resulta interesante dilucidar la relación que existe entre la ansiedad del niño y el adolescente consumidor de drogas, antes de insertarse a un modelo de Comunidad Terapéutica. Los resultados de la investigación obtenidos contribuyen en buena medida a clarificar la ansiedad en la población infanto-juvenil adicta, y como es que la Comunidad Terapéutica transforma, aminora, modifica, hasta llegar a contener este elemento iatrogénico para el crecimiento personal integral.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La población infanto-juvenil de Latinoamérica enfrenta en la actualidad una serie de problemas sociales, económicos, familiares, individuales y culturales, ante los cuales la mayoría de las veces, no sabe como responder. Los grupos juveniles que surgen de la vida en las calles proporcionan una red social inmediata, y a veces única, donde es común el encuentro con las drogas, lo que crea una panorámica adversa de la realidad social y personal (lo que no carece de fundamentos objetivos en la falta de causas políticos y económicos para el desarrollo integral de la juventud, y en realidad, de todo sujeto) la pertenencia a un grupo de la calle y el uso de drogas, causa un efecto excluyente en los demás, que fortalece estigmas y merma el enfoque de un desarrollo integral.

Por ello, se consideró necesario estudiar diversas manifestaciones de ansiedad, en los adolescentes como producto de la toxicomanía y analizar la *Efectividad del programa de comunidad terapéutica en la disminución de los niveles de ansiedad que presentan los niños-adolescentes de 10 a 17 años de edad, del nivel de fortalecimiento de Casa Alianza, como producto de su adicción a las drogas.*

Para contextualizar, Casa Alianza es una institución dedicada a la atención de la población infanto-juvenil en contextos de vulnerabilidad, (niños de la calle o con problemas de calle) que deambulan en la ciudad capital de Guatemala. La institución trata de cumplir las llamadas necesidades básicas a cambio del esfuerzo del niño o adolescente en el cambio de comportamiento, es decir, su distanciamiento de la vida en la calle y de las drogas. Lo que se llama Nivel de Fortalecimiento es la tercera etapa de Casa Alianza y funciona como la segunda etapa residencial. Se atiende a niños y jóvenes que tienen capacidad de asumir compromisos más integrales en su desarrollo personal, que han transitado con éxito el nivel anterior. Se atienden sus necesidades de alimentación, vestido, salud, seguridad, habitación y se les dan capacitaciones laborales y escolares. Al niño se le orienta sobre cual será su proceso en este nivel de fortalecimiento, las metas que debe alcanzar y más o menos el período de tiempo que debe permanecer en el mismo. Si es menor de 14 años deberá estudiar

y recibir capacitación en algún oficio, si es mayor de 14 años deberá trabajar durante la semana y estudiar fines de semana.

Este nivel del proceso se entiende como una transición que propone el abandono definitivo de la calle y la droga, generando en el niño compromisos de crecimiento personal que se esperan alcanzar a través del modelo de comunidad terapéutica. El niño adicto a las drogas deberá recibir una guía y asesoramiento para atender su adicción, podrá asistir a un grupo de autoayuda dentro de la comunidad terapéutica, que le permite comprenderse y comprender a los demás así como a vencer el temor al cambio, a una vida sin adicción. Esta es la propuesta que se desea considerar.

Sin embargo, es necesario señalar que el modelo de comunidad terapéutica ha encontrado resistencia en la mayoría de profesionales de la salud. Esta resistencia obedece entre otras razones a la poca capacitación profesional y técnica de las personas que dirigen los centros, el desconocimiento del modelo y su abordamiento hacia la drogodependencia. Lo cual resulta una amenaza al estatus profesional de quienes se dedican a atender problemas como el que se expone. No obstante, aquí se busca acercar a las bondades y beneficios que el modelo de comunidad terapéutica tiene para la resolución específica del problema de la drogodependencia y los niveles de ansiedad producto de la misma.

MARCO TEORICO

1. MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las líneas históricas de afrontamiento y manejo de la enfermedad adictiva ha evolucionado siguiendo diversos modos de atención: psicoanalítico, biomédico, psicodinámico, conductual cognoscitivo, sistémico, biopsicosocial, ecológico, comunidad terapéutica, entre muchos. Los enfoques tradicionales de las adicciones continúan fieles al abordaje principalmente individualista; algunos de ellos con tímidas o incipientes aproximaciones conceptuales relacionados al entorno familiar y con mucho menor énfasis en el entorno socio-ambiental.

La comunidad terapéutica, distinto de los modelos de corte individual, es un modelo de tratamiento y rehabilitación residencial que pretende abordar integralmente a seres humanos con problemas compulsivos de comportamiento y conductas destructivas.

“Básicamente es un grupo de personas que conviviendo en un mismo techo, en un ambiente protegido y libre de drogas, con una estructura y una dinámica terapéutica y educativa, aceptando e introyectando normas y valores humanos trascendentes, se somete voluntariamente a un proceso de crecimiento personal, pretendiendo así, con autoayuda e interacción constante, identificar y trabajar intensamente en los factores que han propiciado el fenómeno drogadiccional de sus vidas. Una Comunidad Terapéutica es un laboratorio para aprender a vivir y amar. En ella la vida y el amor responsable son la prioridad” (Valle, S. 2003: 2).

La historia del modelo de Comunidad Terapéutica que interesa, surge de la iniciativa y creatividad de Charles Dederichi, quien sobre la base metodológica de Alcohólicos Anónimos y proponiendo un modelo residencial, funda en 1958 Synanon,

“la primera comunidad terapéutica para farmacodependientes y liderada exclusivamente por extoxicómanos y exdelincuentes. Este hecho marco un hito en el manejo de la farmacodependencia y generó un interesante conflicto entre la

psicología y la psiquiatría. Desde entonces se activó un movimiento con una modalidad de intervención grupal, con énfasis en lo relacional y lo social en la génesis y resolución de los problemas del hombre” (2003: 35).

Dentro de la Comunidad Terapéutica se encuentra el hecho de experimentar nuevas formas de convivencia con el resto del grupo, mejorar las relaciones interpersonales, la cohesión de grupo, identificarse con el problema del resto, todo ello en un clima libre de coerciones ni temores, lo que se constituye como el fundamento de autoayuda en la comunidad terapéutica.

En definitiva, la Comunidad Terapéutica es un grupo semicerrado, donde el adicto se ve aislado de una serie de factores tales como la droga, los amigos consumidores, la familia y el dinero entre otros, durante un lapso determinado de tiempo. Existe una dialéctica de convivencia, en el que la persona es ayudada por sus compañeros, exconsumidores y profesionales por medio de la cual se va interrogando y encontrando respuesta a sus núcleos problemáticos, además identifica sus fortalezas, defensas, debilidades, miedos y conflictos siempre apoyado por el grupo de compañeros, quienes actúan como un espejo de las implicaciones sociales de sus actos, donde se rechazan sus actitudes y comportamientos irresponsables, o se aprueba y motiva cuando sus acciones son consecuentes con los ideales comunitarios o su proyecto de vida.

Para Valle Leoni es importante destacar tres elementos básicos en esta definición:

1. “Es inherente a la esencia misma de Comunidad Terapéutica la existencia de un sistema de presión artificialmente provocado, por ejemplo con el aislamiento ambiental y libre de drogas.
2. La presión obedece al propósito fundamental de activar la patología del adicto en tratamiento.
3. Esta presión es tolerada voluntariamente por el residente, ya que se encuentra en libertad de decidir si tolera o no dicho sistema de presión y la reglas necesarias que conlleva la Comunidad Terapéutica, esto a su vez lo sitúa en posición de agente de cambio, más que un paciente en espera” (2003:37).

La dinámica grupal de la Comunidad permite contener y manejar de mejor manera a la personalidad dependiente, irresponsable y usualmente inmadura, como la que presenta la población infanto-juvenil que asiste a Casa Alianza.

Según Valle Leoni existen diversas características de las Comunidades Terapéuticas:

- “Hacer énfasis en las causas psicológicas de la dependencia a las droga, exigiéndole a la persona responsabilizarse por los efectos y comportamientos de su adicción, todo ello sin tomarle menos importancia a los factores externos.
- Se utiliza como método de intervención la confrontación directa, y se considera principalmente un grupo de autoayuda.
- Hay un programa de actividades laborales, terapéuticas y educativas, así como roles y jerarquías definidas.
- Provee de espacios terapéuticos destinados hacia la expresión emocional individual y colectiva e igualmente espacios para el trabajo terapéutico educativo.
- El residente es un agente protagónico de su propio proceso de recuperación y del de sus compañeros.
- Tiene una normatividad estricta y un código de valores, además la permanencia siempre es una decisión voluntaria del adicto” (2003: 39).

1.1 Factores terapéuticos de la comunidad terapéutica para adictos.

El ambiente propuesto en la Comunidad Terapéutica posee una clara estructura en la que no deben aparecer mensajes dobles. Las reglas son pocas pero claras, existe una presión suficiente para el aprendizaje gracias a la cual el individuo puede inclinarse a asumir posiciones de responsabilidad creciente en función a sus distintos niveles de desarrollo. Dentro de la comunidad tiene que existir un equilibrio entre democracia, terapia y la autonomía del individuo. La democracia en el grupo sugiere que existen medios de delegar poder en los integrantes del grupo, de hacer posibles las decisiones mediante mayoría y resolver conflictos. La terapia es lógicamente obligatoria, y se mediatiza la necesidad de hacerla individual o grupal según sea el caso. La autonomía del individuo está limitada por el hecho de formar parte de un grupo.

El aprendizaje social es el resultado de la interacción social. El residente no puede aislarse. Los antiguos residentes sirven de modelos, y la retroalimentación mejora la introspección, se desarrolla un proceso de aprendizaje en el momento de aceptar la responsabilidad de los actos y elecciones. La interiorización de valores también es posible gracias al reforzamiento del aprendizaje social.

La victimización, y evitación de reconocer y responsabilizarse sobre antiguas conductas adictivas no es permisible. Se considera que el residente es capaz de ayudar al resto del grupo y así mismo. El reforzar o reconstruir el autoestima es un ejercicio que debe darse a diario en el trabajo grupal.

La Confrontación que es llevada a cabo en la Comunidad Terapéutica va dirigida hacia conductas defensivas y negativas del residente y no contra el. Elementos como la confianza desarrollada en el proceso terapéutico, la expresión de conflictos internos y superación de estrés que son el resultado de la negatividad e incapacidad, le permiten al residente definir el sentido u orientación que debe llevar la confrontación terapéutica. Los grupos de encuentro permiten al participante o residente expresar sentimientos negativos, pero también le permite compartir una serie de sentimientos a los cuales no está acostumbrado a explorar, como los sentimientos negativos. En grupos de encuentro o reuniones similares se anima al residente a que exprese sus emociones negativas, y también tienen la oportunidad de experimentar las emociones positivas a las que no está acostumbrado explorar y expresar. Por otra parte el mejorar las relaciones familiares puede realizarse dentro de las comunidades luego del período inicial de incomunicación, incluyendo la terapia familiar, o bien realizarse de forma simbólica.

Dentro de la Comunidad terapéutica existe una responsabilidad que es de todos llamada “presión positiva”, que no es más que observar y criticar o de hacer comentarios sobre los comportamientos y actitudes de los otros, con el fin de evidenciar y denunciar lo que se considera negativo y positivo.

1.2 El plan de tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

El plan de tratamiento es

“la herramienta que singulariza al residente entre los demás miembros de la Comunidad Terapéutica; es un instrumento terapéutico que reúne toda la información obtenida en las diversas evaluaciones y entrevistas realizadas al usuario, utilizándola para registrar y destacar su problemática más relevante y establecer las estrategias de intervención más apropiadas a las variaciones que presenta su caso particular a lo largo del tratamiento, por eso este instrumento debe ser dinámico en todo sentido, flexible y elástico”(2003: 41).

Esta herramienta debe de ser revisada y ajustada periódicamente por parte del equipo clínico, tomando en cuenta la posición activa y reflexiva del residente, puesto que aquí se consigna la evolución, así como el grado de compromiso y participación en su proceso de recuperación.

Una parte importante del historial es el plan de tratamiento, donde se plantean las intervenciones del equipo clínico, estudio de otras fases del tratamiento, presentaciones de casos, y análisis de solicitudes. Tanto el éxito del programa como el de la recuperación del residente dependerán de su rigurosa aplicación y seguimiento que el equipo le proporcione, además manifiesta la calidad de trabajo de la institución.

Durante los primeros dos o tres meses se obtiene y almacena información la cual será material importante en la elaboración del plan terapéutico. Las bases se construyen a partir del primer contacto que tiene el usuario con la institución, Luego de realizar la entrevista inicial, plantear las metas individuales del residente, la entrevista y revisión médica, la evaluación psicológica y familiar, y considerados los reportes clínicos del asesor, se reúne toda la información y se asigna a uno de los miembros del equipo clínico para elaborar el plan de tratamiento preliminar. Es importante tomar en cuenta que en esta fase el residente pasa por una etapa de abstinencia por lo que es pertinente dar un plazo prudente que le permita la recuperación, no solo de su adicción, sino también en la parte nutricional y física.

Luego de todo esto es enriquecido con aportes del equipo multidisciplinario antes de echar a andar el plan.

1.3 El proyecto de Vida en la Comunidad Terapéutica

De cierta manera puede decirse que el objetivo primordial de una Comunidad Terapéutica es facilitar mediante el acompañamiento al residente esa búsqueda de sí mismo y en la construcción de un proyecto de vida. En la etapa de compromiso existencial, se hace un intenso trabajo por descifrar las causas de las adicciones a las drogas, asimismo identificar circunstancias y otros problemas que han desencadenado un estancamiento en el crecimiento integral de la persona.

“El proyecto de vida provee de consistencia al trabajo de reeducación llevado a cabo en el aprendizaje social. En este proyecto por medio del cual se busca un crecimiento integral de la persona se busca una toma de conciencia en tres aspectos:

- Lo que la persona es, el objetivo u objetivos
- Los valores que se pretenden alcanzar
- Los medios eficaces para conseguir los objetivos y valores” (2003:49).

El primer aspecto se refiere a que el residente debe de hacer un inventario de sus habilidades, capacidades, y dotes, de igual manera de sus limitaciones y condicionamientos negativos. Hacer un análisis serio en cuanto a lo que la persona es y tiene en el contexto real de su situación, es decir una crítica sincera, más una revisión de modos de pensar, sentir y actuar serán determinantes para el éxito del proceso.

En cuanto a los valores es necesario hacer una reformulación personal de los mismos, considerando inherentes al grupo aquellos que son de beneficio para la comunidad, enfatizando en la responsabilidad, la honestidad, la voluntad y la libertad.

El tercer inciso se refiere a la delimitación de acciones, modos, espacios, tiempo, estrategias, y recursos para que sean eficaces en la consecución de los fines propuestos y estos puedan evaluarse.

2. TOXICOMANÍA O DROGADICCIÓN

Para establecer un lenguaje común, aquí adoptamos la definición siguiente:

“El estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga, presenta las siguientes características:

- a) Deseo compulsivo de seguir consumiendo droga (dependencia psíquica)
- b) Tendencia a aumentar la dosis (fenómeno de tolerancia)
- c) Dependencia por lo general física: estado fisiológico modificado; el estado de pura dependencia psíquica ha sido sobrepasado realizándose una modificación fisiopatológica a nivel de la misma célula nerviosa, ocasionada por la repetida administración de un producto a lo largo de un lapso más o menos extenso. Este estado hace necesario el uso prolongado de la sustancia si se desea evitar el característico síndrome de abstinencia, distinto desde el punto de vista clínico según el tipo de droga, por ejemplo, morfina o heroína.
- d) Efectos perjudiciales para el organismo del individuo y la sociedad” (Espeja, C. 1986: 21).

Por otra parte, se piensa que

“El consumo de drogas que alteran la mente es tan antiguo como la humanidad. El hombre prehistórico probablemente conocía ya alguna bebida fermentada. En papiros del antiguo Egipto se observa gente bebiendo vino y cerveza. El opio y la marihuana se han empleado durante centurias, y los indios sudamericanos siglos antes de la conquista española, conocían las propiedades estimulantes de la hoja de la coca (Jaffe, J. & Hodson, R. 1980: 4).

“La Biblia menciona unas 165 veces el vino en términos más bien aprobatorios, pero condena terminantemente la embriaguez. Ya en tiempos bíblicos se planteaba el problema principal de ¿Cómo disfrutar de los beneficios de las drogas que a menudo acompañan a su uso?” (1980: 4).

El uso repetido de algunas drogas puede causar cambios en la forma como interactúan ellas y el consumidor. Poco a poco disminuye la voluntad y albedrío de este último, para decidir el momento y el lugar en donde se procura su dosis del fármaco. El sujeto pierde la capacidad de adaptación, y su independencia. En casos extremos, el consumidor parece estar imposibilitado por completo para controlar el uso de la droga terriblemente atrapado por ella y por la necesidad de conseguirla, aún cuando esto signifique un reajuste de sus valores aceptados. También existe una gran tendencia a reincidir en el uso de la droga después de un periodo de abstinencia.

Debe hacerse la aclaración que nuestra población objeto de estudio en su gran mayoría padece de toxicomanía o drogadicción y que una muy pequeña parte de ellos no tienen dicho problema, únicamente sufren con el problema de calle. Ese pequeño grupo son niños y jóvenes que comienzan a andar en las calles y que aun no tiene problemas de droga o que aun están en una etapa muy temprana del consumo, con el tiempo tendrán desafortunadamente el mismo fin del resto del grupo al convertirse en consumidores regulares y con serios problemas de adicción.

Para el proceso terapéutico es de vital importancia captar a población en estas etapas de inicio o que aun no consumen pues ello se traduce en tener residentes que presentan niveles de ansiedad bajos provocados por la poca o ninguna adicción, dichos niveles de ansiedad tiene un factor determinante en el éxito del programa. Por otro lado tener residentes con niveles de ansiedad mas altos presenta un reto más complicado para el equipo y programa terapéutico.

3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA (SÍNDROME DE SUPRESIÓN)

Por síndrome de abstinencia (síndrome de supresión) se entiende:

“el conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir la SPA de la cual el sujeto es dependiente, o cuando se suspende o reduce bruscamente la ingestión de dicha sustancia tras un consumo previo regular. Algunos lo consideran como un

síndrome mental orgánico que varía para cada individuo y para cada sustancia. La intensidad y gravedad de este síndrome depende del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida; los signos y síntomas más comunes son: ansiedad, inquietud, insomnio y déficit de la atención, náuseas, sudoración, taquicardia y convulsiones. Dentro de las drogas que generan simultáneamente dependencia psíquica y física están los llamados depresores del SNC” (Espeja, C.1986:21).

En el caso de nuestra población a estudio el Síndrome de Supresión aparece tempranamente, al momento que el niño o adolescente inicia su participación en el nivel de integración donde se lleva a cabo el proceso de desintoxicación, dependiendo de cómo el residente responda al hecho de superar la abstinencia a la droga (as) y tenga como resultado una significativa reducción de la ansiedad, así será el éxito del residente en dicha etapa dentro de la Comunidad Terapéutica.

Del 100% de los residentes que inician el nivel de integración un 80% abandonan el programa y vuelven a la calle al consumo, esto es el resultado del fracaso en el proceso de desintoxicación y esto a su vez es el resultante de no lograr una reducción significativa de los niveles de ansiedad que les permita a los residentes tener mayores oportunidades para el éxito terapéutico en el programa que participan.

4. EL PAPEL DE LA ANSIEDAD.

Los conceptos de ansiedad y angustia se utilizarán sin diferenciación tácita, ya que lo que importa subrayar en este trabajo es el estado tensional, conflictivo, y defensivo el cual a veces desborda al sujeto. Varios autores dedicados a observar cambios emocionales y conductuales en los seres humanos, han conceptualizado la angustia

“como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción. Para decirlo de otra manera, ante impulsos coercitivos sexuales o agresivos que empiezan a emerger, ante la tensión de la soledad o de la tristeza, o ante la revelación del amor

o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza, lo primero que se experimenta es angustia en el contexto de la situación conflictiva” (Kolb, L.1993:106).

Para Pablo Pancheri

“La ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo una reacción de defensa que puede asumir en ciertas circunstancias un significado patológico, ya que se auto refuerza continuamente. Es una sensación que paraliza al sujeto y que le imposibilita a sobreponerse a dicha situación productora de ansiedad” (Velásquez, Z.1995:43).

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de trastornos que se manifiestan en cada persona de diferente manera, y son los trastornos somáticos, psíquicos y conductuales. La ansiedad es una experiencia común a todos los hombres en mayor o menor medida y una característica constante en todos los comportamientos patológicos, prácticamente todos o casi todos los comportamientos patológicos del hombre están acompañados por la experiencia y la manifestación visible de la ansiedad. Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad, duración y de las circunstancias que la causan.

La ansiedad objetiva constituye una reacción o respuesta a los peligros reales del mundo exterior. Una vez provocado el estímulo, hay tres maneras de eliminar el estado de ansiedad, actuando de tal manera que se evite la fuente de la tensión o que se disminuya la misma; reevaluando al agente como algo menos amenazador o reduciendo directamente el estado de ansiedad.

Por el contrario cuando el estado de ansiedad es subjetivo, producido por pensamientos inaccesibles por haber sido reprimidos, eliminar o excitar las fuentes de ansiedad neurótica pueden resultar extremadamente difíciles, sino imposible. Como la ansiedad neurótica puede requerir ayuda profesional, desafortunadamente muchas personas que la padecen se niegan a buscar el tratamiento de un psicólogo o psiquiatra para sus problemas emocionales, por el estigma de enfermo mental, por la falta de recursos u otros factores

Para descubrir los agentes que producen ansiedad, se deben examinar las circunstancias en las cuales ocurren las reacciones de ansiedad. En este trabajo el énfasis recae principalmente sobre los niveles de ansiedad experimentada por los jóvenes y niños en el momento del abandono de la droga dentro del tratamiento de la comunidad terapéutica, en el nivel de fortalecimiento de Casa Alianza.

Dichos niveles de ansiedad experimentada por la abstinencia a las drogas es el mayor causante del estancamiento en los procesos de los programas de comunidades terapéuticas, de igual manera es motivo de deserción en dichos programas por parte de la población en estudio. Dicha situación tiene como resultante la pérdida todo lo que se había logrado en los niveles anteriores (integración y reconocimiento) y el fracaso terapéutico.

Vale la pena reconocer que cuando los niños y jóvenes pasan a ser residentes del programa manejan y presentan ansiedad provocada por otro factor que es la necesidad de volver a la calle, esta ansiedad termina fusionándose con la provocada por la abstinencia a las drogas, dando como resultado niveles más altos y duraderos complicados de tratar

5. PANORAMICA DE LAS DROGAS Y LOS VICIOS EN LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y JOVENES CON PROBLEMAS DE CALLE.

La población infantil y juvenil es la que mayormente se liga a la adicción a drogas y esto debido en gran parte a que los grupos que se forman y proporcionan sentido de pertenencia e identidad, mantienen las prácticas sociales y de consumo de estas sustancias. La identidad en estos grupos se define en torno a intereses comunes y proximidad física, los intereses pueden ser diversos tales como: solidaridad y seguridad, frente a la adversidad de la calle; bienestar y consecución de alimento o productos para la sobrevivencia que deriven en actos delictivos. Es muy importante recalcar que el sentido de pertenencia es el sentimiento de ser aceptado y formar parte del grupo así como la posibilidad de tener acceso a lo mismo que es grupo de referencia, tanto en materia de bienes como en privilegios, actividades, roles o servicios. Mientras que el consumo de drogas es una actividad regular en el grupo de niños o jóvenes de la calle. Debe observarse que esta es una práctica social dentro del grupo al que se suma el niño o joven de la calle no por simple gusto sino por razones de vulnerabilidad.

Es claro que nuestra población no tiene los problemas de calle por ser ellos quienes así lo han querido, sino es resultante de una serie de situaciones sociales, económicas, políticas, familiares y emocionales que los hacen vulnerables, es decir que, de alguna manera, propician situaciones, o contextos que hacen que tomen la decisión de buscar la calle como un medio de alivio, solución o escape a los problemas que enfrentan o creen tener gran parte de los niños y jóvenes guatemaltecos.

6. DROGAS UTILIZADAS POR LOS NIÑOS Y JOVENES CON PROBLEMA DE CALLE

Si bien actualmente existen un buen número de drogas, cada una de ellas ofrece al consumidor un efecto o gratificación distinta, de igual manera su acceso varía dependiendo de la disponibilidad de la droga en el trasiego de la misma y del poder adquisitivo de cada consumidor.

Por ello es importante hablar de cada una de las drogas que nuestra población a estudio consume, esto implica no hablar de todas las drogas que existen, sino únicamente las que están a disponibilidad y acceso, además hacer este análisis nos permitirá saber y hacer un intento por comprender la preferencia por cada una de ellas, por último todo ello nos dará una idea clara de el contexto real de la drogadicción en nuestra población a estudio.

6.1 COCAINA

Las primeras noticias sobre la existencia de este arbusto llegaron a Europa en el siglo XVI, un conquistador español escribió sobre “el misterio de esta planta, tal que llevando siempre unas hojas en la boca, no se siente jamás frío, hambre, ni sed” (Espeja, C. 1986: 21-2). Las hojas de coca eran usadas por los sacerdotes incas para caer en trance e interpretar el oráculo y por los trabajadores indígenas para soportar el transporte de pesadas cargas por las alturas andinas. Para las tradiciones incas, fueron los hermanos Sol, Mama Ocello y Manco Capac, quienes donaron *la planta de las plantas*, considerara símbolo de la felicidad, después de fundar el imperio incaico.

Los cocainómanos sienten que la cocaína produce una euforia intensa, estimulación importante y bienestar profundo, más que cualquier otro estimulante. Cuanto se ha pedido a cocainómanos inveterados que clasifiquen a los fármacos con base a su preferencia y gusto personal, casi siempre han colocado en primer término la cocaína. Casi todos los consumidores aspiran al finísimo polvo cristalino de la cocaína por medio de un tubito o un trozo de papel corriente enrollado. Depositado en la mucosa nasal se absorbe con rapidez y eficacia en la corriente sanguínea. Los efectos del fármaco duran poco, treinta minutos o menos, por esta razón la persona debe aspirar repetidas veces los cristales finamente triturados para que perdure la estimulación lograda.

El efecto fisiológico más notable, al igual que ocurre con otros estimulantes, es el incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. La droga tiende a producir vasoconstricción y, por esta razón, el empleo repetido por inhalación puede dañar las mucosas nasales. Los cocainómanos habituados pueden mostrar síntomas semejantes a los de un catarro de nariz, tal vez agravado por el empleo crónico de los inhaladores nasales, para facilitar la respiración.

Los efectos subjetivos incluyen

“La euforia tan conocida y una sensación general de bienestar, que es la estimulación descrita, menor cansancio, disminución del apetito, locuacidad, mayor sociabilidad, y en una fracción pequeña de individuos estimulación sexual. Los efectos desagradable señalados por un grupo de consumidores regulares incluyen: inquietud, ansiedad, hiperexcitabilidad, irritabilidad y en algunos caso ideas paranoides” (Jaffe, J.1980:39).

En los indios cocaleros se produce con el tiempo, minusvalía intelectual, déficit de memoria, apatía y abulia.

Respecto al consumo de cocaína en la población callejizada es menor en comparación a otras drogas esto por diversos aspectos que vale la pena analizar.

En primer plano está el aspecto económico, la población a la que se refiere este estudio tiene un mínimo poder adquisitivo por ello es más accesible la compra de una “pachita” de solvente o un puro de marihuana que un “grillo” de cocaína, esto responde a que dicha población en su mayoría tiene como forma de subsistencia el pedir dinero en las calles (la caridad pública).

Otra razón que resulta interesante son los efectos que produce esta sustancia que la hacen poco o nada atractiva; la población con problema de calle tiene en común una conducta antisocial en donde la introversión y el aislamiento social son característicos, y drogas como la cocaína producen efectos contrarios como por ejemplo una euforia y sensación general de bienestar, locuacidad y mayor sociabilidad, conductas o emociones que la población a estudio prefieren no experimentar o explorar.

La disponibilidad de la droga es otro factor. Los lugares donde se distribuyen drogas tienen en la actualidad una mayor demanda de otro tipo de sustancias como la marihuana y la “piedra” que a los expendedores les dejan mejores ganancias y por ello la compra de cocaína es un tanto más complicada. Además, cuando hay consumo de cocaína es muy usual el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco (alcohol medicinal, licor o cerveza,) para “bajar” como le llaman a la necesidad de reducir un tanto la superexcitabilidad que se produce al consumir coca en exceso, pues esto les provoca hasta cierto punto incomodidad. Lo anterior implica que el consumidor debe tener mayor cantidad de dinero para sentirse satisfecho.

Como mencionamos anteriormente el consumo de cocaína es menor en nuestra población, a pesar de ello existe y se lleva a cabo principalmente en dos situaciones: 1.) Al inicio de la etapa de recaída que es cuando el niño o joven abandona el programa para consumir drogas, En dicho momento se puede dar en algunos casos el uso de la droga pues el poder adquisitivo o económico es alto y busca variedad de emociones en tal situación de abundancia. 2.) En casos especiales en los cuales se hace una combinación o los llamados “primos” que son marihuana y cocaína combinadas y que según refieren los consumidores dan efectos de mucho placer.

6.2 THINNER Y CEMENTO PARA INHALAR.

El óxido nitroso, el éter, y en grado mucho menor el cloroformo, aún se emplean con fines de intoxicación, sin embargo, en nuestros días, las sustancias más usadas para inhalación son los solventes volátiles como la gasolina y el líquido para limpiar que se emplea mucho en la industria y el comercio. Entre las sustancias volátiles también se abusa ampliamente del cemento empleado para aeromodelismo.

Otras sustancias comerciales que se inhalan por los efectos subjetivos que origina, son los cementos por contacto, pinturas y thinners, líquido para encendedores, removedores de esmalte de uñas, benceno y gases inertes para aerosol.

“Las personas que inhalan aerosoles por lo regular aspiran el chorro de sustancia nebulizada a través de un trapo o un filtro, que atrapa las partículas en suspensión pero que deja libre la sustancia impulsora, generalmente un gas inerte” (1980:49).

Es posible también invertir el recipiente de aerosol, lo que, en teoría, permitirá la salida únicamente del gas inerte.

Los materiales utilizados para inhalar contienen sustancias que producen efectos complejos en el sistema nervioso central, casi todos ellos de tipo depresivo. El efecto de estos inhalantes volátiles gaseosos suele incluir confusión, mareo e incoordinación, así como delirios y alucinaciones visuales y auditivas. El efecto general es similar al de la ebriedad por alcohol, pero en algunos casos se asemeja a los efectos de los alucinógenos, lo cual demuestra claramente que los inhalantes tienen cuando menos algunas acciones muy distintas de las del alcohol.

“Incluso durante la primera experiencia con una sustancia inhalada, las personas suelen mostrar diversas reacciones típicas que incluyen confusión, trastornos de la ideación, habla balbuceante y euforia. Otros efectos incluyen entumecimientos, desorientación en cuanto espacio y color, sensación de estar flotando en el vacío, y sentimientos de omnipotencia o temeridad. Muchas de las sensaciones que

acompañan a la estimulación por inhaladores como mareo, atollamiento y pérdida de inhibiciones son similares a las que se observan en una borrachera por alcohol. Sin embargo, según las personas que inhalan sustancias diversas, la euforia y la sensación de omnipotencia son mucho más intensas con los inhalantes que con el alcohol” (De la Garza, F.1977:2).

Son muchos y diversos los posibles efectos secundarios de inhalar solventes. Gran parte de los síntomas desagradables no son muy graves, y al parecer, son reversibles, pero es muy posible que a la larga surjan efectos tóxicos importantes. Durante el período de la intoxicación el sujeto puede perder la memoria en forma parcial o completa. Durante el consumo y después, el sujeto que inhala puede sufrir tos, irritación de ojos y nariz, náuseas, vómitos, diarrea, dolores en tórax, músculos y articulaciones, visión doble y sensibilidad extraordinaria a la luz. En los jóvenes que frecuentemente inhalan estas sustancias es posible observar pérdida intensa del apetito. Entre los países donde se abusa de los inhalantes tenemos a México, Brasil, Guatemala, Honduras, Japón, Singapur, Noruega, Alemania, Francia, Gran Bretaña, Australia, Canadá, y Estados Unidos.

Los inhalantes afectan el cerebro, la sangre, sistema nervioso, pulmones, corazón, hígado, riñón, médula ósea, músculos, corteza cerebral, cerebelo, nervios craneales, nervio óptico y acústico.

“Al igual que el alcohol se trata de sustancias depresoras del sistema nervioso central que primero desinhiben al consumidor, para sumirle progresivamente en una depresión general que puede dar lugar a sueño, estupor o coma” (1977:4).

En Guatemala,

“El uso experimental empieza en la infancia, aproximadamente de 4 a 6 años de edad hasta la adolescencia, pudiendo haber variaciones en algunos casos, desde los 3 o 6 años de edad y ocasionalmente en la edad adulta” (1977:12).

Las edades más frecuentes del uso crónico de inhalantes se dan al principio o final de la adolescencia. Esto se debe en parte a que su efecto es rápido y de corta duración, los usuarios

pueden intoxicarse repetidas veces en un corto tiempo o durante el día, lo cual hace más atractivo su uso. El inicio se debe muchas veces por invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos e inseguridad personal. Lo más importante es la ignorancia del problema en la casa y la negación de los padres de que sus hijos puedan tener este problema.

Hay que dejar claro que este tipo de droga es la gran preferida de nuestra población, a diario vemos que los niños con problemas de calle deambulan con “pachita” en mano, lo que en realidad es un pequeño bote plástico al cual vierten thinner para ser inhalado constantemente.

La preferencia por este tipo de droga se debe básicamente a tres situaciones. Primera, que tienen un precio mucho mas bajo en comparación a otras. Segunda, su venta no encuentra mayores problemas por ser un producto que se utilizan en diversas labores y se les puede encontrar en cualquier ferretería, de hecho en la actualidad hay personas sin escrúpulos que tienen como un negocio muy rentable la venta indiscriminada de este producto a niños y jóvenes de la calle. Tercera, la razón de preferir esta droga son sus efectos, según testimonio de quienes la consumen refieren perder el apetito, no sentir frío ni calor, sentirse “felices” sin causa real, sentir que flotan todo el tiempo, pierden el sentido de tiempo y espacio, placer por el aislamiento, omnipotencia, pérdida de miedo o adquisición de valor, etc.

Todo lo manifestado anteriormente evidencia que esta droga mitiga mediante sus efectos gran parte de las carencias y necesidades físicas y emocionales a las cuales los niños y jóvenes con problemas de calle enfrentan en su constante lucha por sobrevivir.

6.3 MARIHUANA.

La marihuana en hierba es una mezcla de hojas, flores y a menudo ramas trituradas de cannabis sativa, planta que crece en todas las regiones cálidas del mundo aunque, según se piensa, proviene de Asia. Su principal ingrediente psicoactivo, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), está concentrado principalmente en la resina de la planta, que recibe el nombre hachis (haxix) y que es la forma corriente de consumirla en Europa y

Medio Oriente. Por lo regular se mezcla con tabaco y se fuma. La forma más concentrada es el aceite de hachis, que puede obtenerse por un proceso de precolación.

En términos generales

“Las mezclas foliáceas, esto es, de hojas, contienen una menor cantidad de THC, en promedio de 2 a 10 por ciento. El hachis contiene aproximadamente 10 por ciento de THC, y el aceite puede poseer incluso 50 o 60 por ciento de dicho principio activo. El THC incluido en los preparados de cannabis sufre deterioro, especialmente cuando se expone al calor y a la luz, por esta razón, una muestra cualquiera de marihuana o hachis puede variar bastante en sus efectos psicoactivos en un lapso dado” (Jaffe, J & Hodson, R. 1980:60).

Por otra parte, vale la pena señalar que

“El THC es ingrediente más importante de cannabis, pero la planta tiene más de 100 sustancias químicas que pudieran participar en la diversidad de los efectos de la droga. Sólo se han estudiado unos cuantos de los demás componentes, y no se conocen a fondo sus interacciones complejas” (1980:80).

Los efectos fisiológicos inmediatos de la estimulación por marihuana son poco notables, e incluyen apenas enrojecimiento de los ojos y aceleración del latido cardíaco, que son los más manifiestos. La experiencia subjetiva es muy variada. Si la persona fuma un simple cigarrillo de igual tamaño al del tabaco, tal vez se percata de que se aceleró la frecuencia del pulso, y sienta en los comienzos una aprensión vaga y una sensación de lentitud aparente del tiempo esto es, cuando cinco minutos le parecen treinta o sesenta.

Si continúa fumando la hierba, el sujeto llegará al punto de la relajación. Las sensaciones como las de oído, el gusto, el tacto y el olfato se intensificarán en grado extraordinario. Cualquier dicho o cosa apenas graciosa desencadenará la risa franca. Es muy probable que haya dificultades para la concentración y la persona no recuerde lo que hacía, o inclusive olvide el comienzo de una frase que se le diga apenas terminada de decirse por el

interlocutor. Sin embargo, también aparecerán sensaciones desagradables, anómalas e incluso amedrentadoras, sospechas irracionales hacia las demás personas o temor de que en alguna forma misteriosa ellas tratan de atraparlo. Con dosis muy altas o si el individuo es extraordinariamente sensible a la droga, los cambios como las distorsiones visuales o las alteraciones en la imagen corporal, causarán temor tan intenso, que sentirá enorme ansiedad, incluso pánico, y más tarde el temor de que incluso se este volviendo loco.

Se han atribuido al consumo de marihuana muy diversos problemas psicológicos, desde la falta de motivación diaria, hasta graves enfermedades mentales. En el caso extremo de la persona que esté casi siempre intoxicada hay poca duda de que la droga interfiere con otras actividades. Sin embargo, cuando analizamos a la persona que fuma abundante marihuana pero no en forma constantes, el dilema es difícil de resolver.

Cuando se analiza el problema del impacto que en el niño y en el adolescente tiene el abuso importante de marihuana, hay unanimidad de opiniones entre los profesionistas en cuanto a la inconveniencia del consumo, a pesar de que es difícil citar datos obtenidos de estas investigaciones.

En este problema participan dos tipos de situaciones:

“La niñez y la adolescencia son períodos de crecimiento rápido y adquisición de determinadas habilidades, y por esta causa, hay poca razón para preocuparse de que la intoxicación crónica, con marihuana u otras drogas, interfiera, desde el punto de vista fisiológico o psicológico, en los procesos señalados. Un segundo punto que podría generar preocupación en el tipo de alteraciones conductuales que posiblemente origine el consumo de marihuana, esto es, las personas que la usan tienen mayor probabilidad de mostrar una conducta desviada, en formas como vagancia, alcoholismo y delincuencia; además ejercerán presiones sobre sus amigos para que acepten y sigan estos patrones asociales de conducta. El estigma de la droga es bastante grande, en cuanto que se le cataloga como una buena droga, asociada a ideas de resistencia, rebeldía o simple relajamiento” (1980:82).

El consumo de esta droga en nuestra muestra tiene una situación muy característica, y es que los niños y jóvenes con problemas de calle no tienen como primera elección el consumo de marihuana debido principalmente a que la mayoría de los efectos gratificantes son los mismo o similares a los que produce los inhalantes, pero los costos de estos últimos son mucho mas bajos que el de la marihuana, además de darse la oportunidad de combinarlos (marihuana y thinner) dicha combinación es sumamente toxica lo que provoca un estado nada grato para quien las consume.

En fechas recientes se esta integrando a Casa Alianza una nueva población con características diferentes. Dicha población de jóvenes consumen preferentemente o únicamente la marihuana. Estamos hablando de integrantes de las denominadas “maras”. Este grupo llega a Casa Alianza básicamente buscando protección cuando han tenido problemas dentro de su pandilla o con una rival, en otros casos están en un proceso de desligarse de la misma y necesitan escondite o protección para no ser presa de las consecuencias de su desertión.

Esto ha provocado que la población que no pertenece a maras opte por nuevas conductas como la de consumir la marihuana, ya que los integrantes de dichas maras tienen una gran influencia sobre nuestra población de estudio.

6.4 CIGARRILLOS Y OTROS PRODUCTOS DE TABACO.

Una de las drogas más consumidas en el mundo entero es la nicotina, especialmente a través de cigarrillos. Como se sabe, hay mucha investigación sobre el hábito y los efectos que tiene el fumar en las personas.

“El hábito de fumar cigarrillos ha sido el método más popular de consumo de nicotina desde comienzos del siglo XX. En 1989, el director general de salud pública de los Estados Unidos publicó un informe en el que se determinó que los cigarrillos y otros productos de tabaco, tales como: puros, tabaco para pipa o rapé en polvo, son adictivos y que la nicotina es la droga del tabaco causante de adicción. El informe indicó además que el tabaquismo era una causa importante de accidentes cerebro

vasculares y ocupaba el tercer lugar entre las principales causas de defunción en los Estados Unidos. A pesar de esa advertencia, alrededor de 62 millones, es decir, el 29 por ciento de estadounidenses de 12 años o más fuman cigarrillos en la actualidad, lo que hace de la nicotina una de las drogas adictivas de mayor uso en los Estados Unidos. Se estima que en Guatemala, el 80 por ciento de los niños y jóvenes consumen cigarrillos” (De la Garza, F.1989:95).

La razón de que el cigarrillo sea adictivo se encuentra en una sustancia particular: la nicotina.

“La nicotina es extremadamente adictiva. Actúa como estimulante y sedante del sistema nervioso central. Su ingestión tiene como resultado un estímulo casi inmediato porque produce una descarga de epinefrina de la corteza suprarrenal. Esto estimula el sistema nervioso central y algunas glándulas endocrinas, lo que causa la liberación repentina de glucosa. El estímulo va seguido de depresión y fatiga, situación que lleva al toxicómano a buscar más nicotina” (1989:98).

La nicotina se absorbe con facilidad del humo del tabaco en los pulmones y no importa si éste humo procede de cigarrillos o de puros. También se absorbe fácilmente cuando se masca el tabaco. Con el uso regular, se acumulan concentraciones de nicotina en el cuerpo durante el día, que persisten durante la noche. Por lo tanto, las personas que fuman cigarrillos a diario están expuestas a los efectos de la nicotina 24 horas al día. La nicotina absorbida al fumar cigarrillos o puros tarda solo segundos en llegar al cerebro, pero tiene un efecto directo en el cuerpo hasta por 30 minutos.

La adicción a la nicotina produce síntomas de abstinencia cuando una persona trata de dejar de fumar. Por ejemplo,

“Un estudio encontró que cuando se privaba de cigarrillos durante 24 horas a fumadores habituales, aumentaba su enojo, hostilidad, agresión y disminuía su aptitud de cooperación social. Las personas que padecen de abstinencia también necesitan más tiempo para recobrar su equilibrio emocional después de la tensión nerviosa. Durante los períodos de abstinencia o de ansias de consumir nicotina, los fumadores

han mostrado reducción de una gran cantidad de funciones psicomotoras y cognoscitivas, como por ejemplo la comprensión del lenguaje” (Reportes Populares.1987:40).

El cigarrillo es posiblemente la sustancia toxica más común actualmente en el mundo entero, después del alcohol. Esta asociado a la idea de status, o de cierta sofisticación, en los mensajes promovidos por la publicidad, pero sobre todo por la aceptación normal que se tiene de este en todos los lugares y clases sociales. El cigarrillo se ha vuelto un objeto tan normalizado y cotidiano que se evita llamarlo droga.

El consumo de tabaco en nuestra población a estudio es un fenómeno que se da muy poco, debido seguramente por la relación costo- beneficio, esto quiere decir que actualmente el precio de un cigarrillo es aproximadamente la tercera parte del costo de una pachita de solvente o thiner la cual tiene mayor cantidad de dosis (por decirlo así), dura más tiempo, y además el efecto gratificante del cigarrillo es casi nulo en comparación con los efectos de los inhalantes. Aunque es importante denotar que el consumo de tabaco en los niños y jóvenes en general inicia como un ritual del grupo, como una nueva experiencia provocada por la curiosidad, por las conductas de imitación, presión y aceptación de grupo, etc. Es una situación que los inicia a poner en un contexto de vulnerabilidad, esto quiere decir que el consumir el tabaco pudiera ser el banderazo de salida para buscar nuevas experiencias o sensaciones con otro tipo de drogas, y es allí donde una buena cantidad de niños y adolescentes optan por buscar la calle como un medio o espacio donde pueden consumir sin restricción de cualquier figura de autoridad que exista en el círculo familiar.

Cabe resaltar que el tabaco y el alcohol son una combinación común en esta situación, donde las razones siguen siendo el fácil acceso por una venta indiscriminada de estos productos, a pesar de existir restricciones legales. Por otra parte, como son drogas “socialmente aceptadas” ha formado en los consumidores y no consumidores una idea errónea de que los efectos son benévolos y los daños a la salud por su consumo son mínimos o ninguno en comparación con otras drogas.

HIPÓTESIS

Los niveles de ansiedad en la población infanto-juvenil de Casa Alianza disminuyen con la inserción al trabajo del nivel de fortalecimiento de la Comunidad Terapéutica.

Debido a que las Comunidades Terapéuticas fueron fundadas con el fin principal de ayudar a los drogodependientes y enfatizan la cimentación de las redes sociales, resultan ser una alternativa importante e interesante en el tratamiento de las adicciones. Cabe recordar que toda terapéutica tiene alcances y limitaciones que se descubren en su aplicación y gracias a evaluaciones objetivas, por ello, resulta interesante dilucidar la relación que existe entre la ansiedad del niño y el adolescente consumidor de drogas, al insertarse en un modelo de Comunidad Terapéutica, y antes de ingresar a este. Los resultados de la investigación que se obtengan contribuirán de buena manera a clarificar el papel de la ansiedad en la población infanto-juvenil adicta, y como es que la Comunidad Terapéutica transforma, aminora, modifica y llega a contener este elemento iatrogénico para el crecimiento personal integral.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Los niveles de ansiedad en la población infanto-juvenil del hogar Casa Alianza.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Inserción de la población infanto-juvenil al trabajo de la Comunidad Terapéutica

INDICADOR:

Disminución o aumento en los niveles de ansiedad según los resultados del test “Escala Para la Autovaloración de la ansiedad de Zung” (Zung, W. 1980). que permite establecer la disminución o aumento de los niveles de ansiedad.

CAPITULO II

TECNICAS DE ANÁLISIS E INSTRUMENTOS

1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población de estudio la constituyen treinta niños y adolescentes de Casa Alianza, inmersos en el Nivel de Fortalecimiento del modelo de atención de dicha institución. La realización de este estudio tomó lugar el lapso de tiempo de febrero a octubre del año 2007. Esta muestra representa a los niños y adolescentes de Casa Alianza que pueden proporcionar estimaciones aceptables de los niveles de ansiedad relacionadas a los patrones de consumo de drogas. El tamaño de la muestra dependió de la población encontrada en el Nivel de Fortalecimiento del modelo de atención de Casa Alianza y no a otros factores. Se trabajo con 30 niños y adolescentes, que tenían edades comprendidas entre 10 a 17 años.

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará una investigación experimental, entendiendo “por experimento una actividad cuidadosamente planificada a través de la cual se pretende obtener conocimiento sobre un aspecto de la realidad debidamente delimitado” (*Monzon, S.1993:66*) y donde la Comunidad Terapéutica cumple esta función. Además es un “estudio de grupo con pre-prueba y post-prueba” (1993: 68) ya que se harán mediciones antes de que el niño-adolescente ingrese, y al finalizar el nivel de Fortalecimiento de la Comunidad Terapéutica.

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicara un pre-test que mide los niveles de ansiedad en los niños-adolescentes del Hogar el Arca de Casa Alianza, antes de ingresar al Nivel de Fortalecimiento de la Comunidad Terapéutica; y un post-test al finalizar dicho nivel, con el fin de poder medir los resultados y establecer si existió una reducción o aumento en los niveles de ansiedad en la población infanto-juvenil durante el tiempo de permanencia en el mencionado nivel.

El test (ver anexo) que se aplicara en los dos momentos mencionados anteriormente, es la "Escala de Autovaloración de la ansiedad de Zung" (Zung, W. 1980).

“Esta comprende una lista de 35 afirmaciones. Cada una esta relacionada con una característica específica de la ansiedad como síntoma, señal o signo. Las afirmaciones delinear, en forma global, síntomas ampliamente reconocidos de la ansiedad como enfermedad” (Zung, W.1980:24 y 25)

Una breve explicación del test es la siguiente:

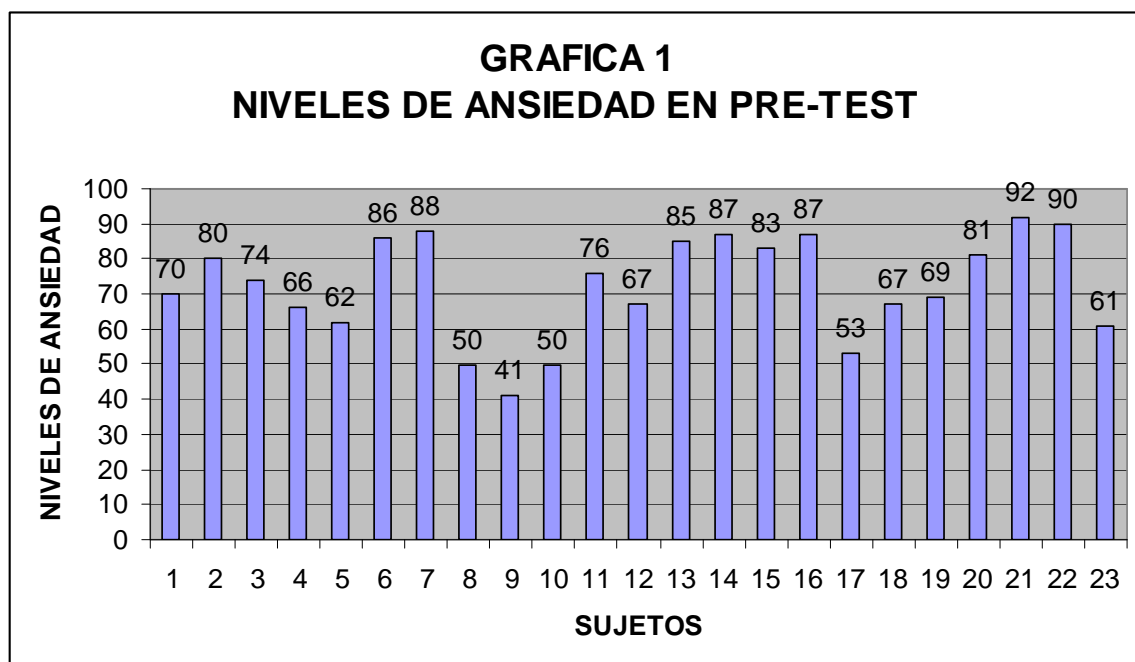
“Consta de 20 ítems, cada uno con cinco posibles respuestas (de las cuales debe elegirse únicamente una de ellas) estas se ubican en columnas al lado derecho, y que presentan las siguientes opciones tituladas: a).Nada en absoluto. b) Un poco. c) Moderadamente. d) Bastante. e) Mucho. El llenado del test lo realiza el propio sujeto, se le pide que marque la casilla más aplicable a él, en términos de cómo se ha sentido durante la semana pasada. Para obtener la evaluación de ansiedad del paciente, se asigna un valor de 0 a la primera columna de respuestas (a), 1 a la segunda columna (b), 2 a la tercera columna (c), 3 a la cuarta columna (d) y cuatro a la última columna (e). En cuanto a la calificación, las puntuaciones por encima de 30 suelen considerarse anormales, las superiores a 80 indican afectación grave. El índice de la Escala es una indicación total del grado de ansiedad del paciente, en términos de la definición operacional de la misma” (1980:27).

4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

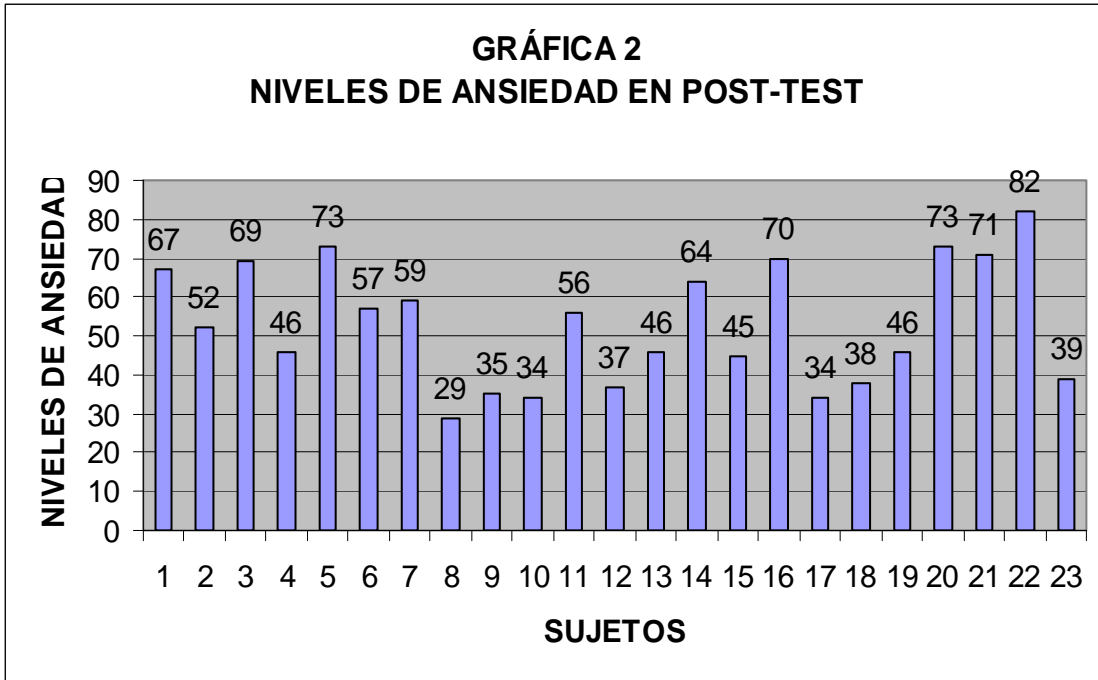
Se utilizará la estadística descriptiva para el manejo de análisis de datos. Con ello se pretende obtener un resultado estadístico del pre y post test. Se obtendrá un resultado final al realizar la comparación de los mismos y se determinara si hay descenso o aumento de los niveles de ansiedad y así verificar la eficacia del tratamiento de la Comunidad Terapéutica.

CAPITULO III
PRESENTACIÒN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÒN DE RESULTADOS

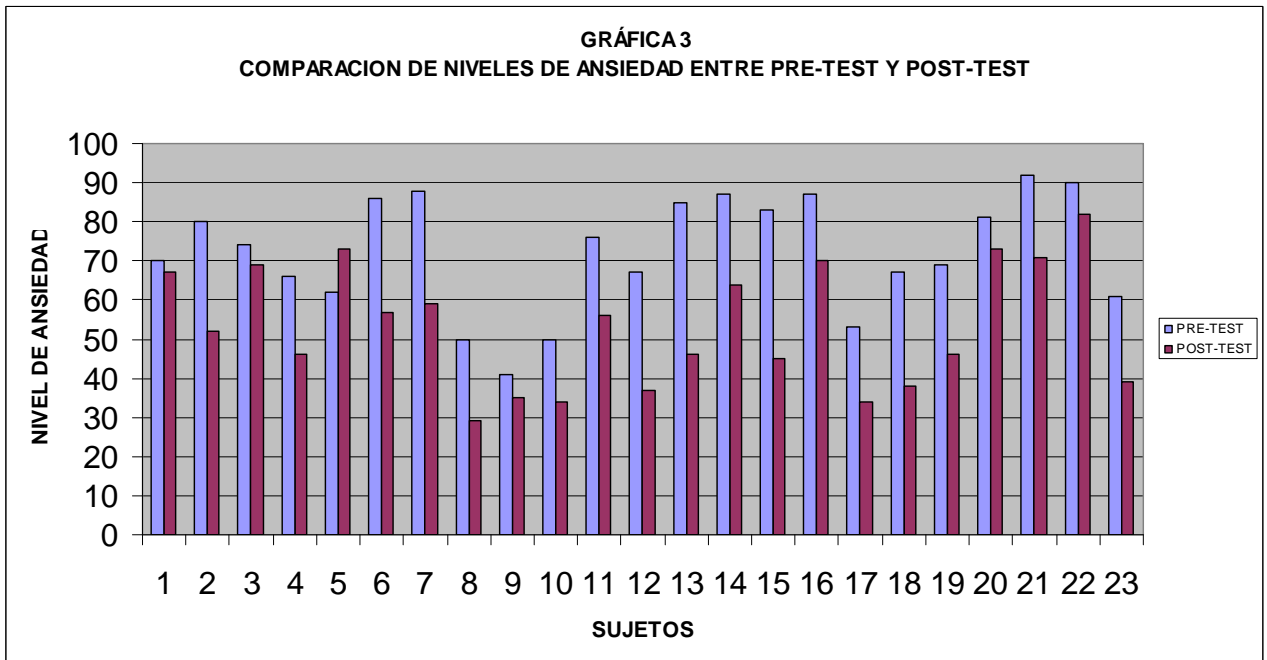
GRÁFICAS



Puntuación e interpretación: < 30 normal - > 30 anormal – superior de 80 afectación grave



Puntuación e interpretación: < 30 normal - > 30 anormal – superior de 80 afectación grave



ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Se tomo una muestra inicial de treinta niños y adolescentes del nivel de fortalecimiento, aplicando un pre-test al iniciar dicho nivel (ver gráfica 1) y luego un post-test al finalizarlo, (ver gráfica 2) de la muestra inicial de treinta niños y adolescentes únicamente finalizaron el nivel veintitrés de ellos, por tanto el análisis de dicho proceso se hará en base a ese grupo que no desertó del programa y logro finalizarlo.

Es necesario resaltar que los siete niños- adolescentes que desertaron del programa al momento de calificar los pre-test que le les fueron aplicados todos ellos mostraron niveles de ansiedad en afectación grave, lo cual puede ser un indicador de que los niveles de ansiedad altos son un obstáculo para que los niños-adolescentes puedan mantenerse y concluir exitosamente el nivel de fortalecimiento de la comunidad terapéutica.

Se puede observar en la grafica que el primer momento del pre-test los niveles de ansiedad de los niños-adolescentes estaban en niveles anormales y afectación grave, mientras que en un segundo momento cuando se aplico el post-test los niveles de ansiedad se redujeron en forma significativa. De los nueve sujetos que en el pre-test presentaron niveles de afectación grave todos ellos disminuyeron sus niveles a anormal, los catorce que presentaron niveles de ansiedad anormales lograron una reducción significativa (aunque no pasaron al nivel normal). (ver gráfica 3) En el caso del individuo número cinco que en el primer momento mostró un nivel de ansiedad anormal, al segundo momento en lugar de reducir el nivel este aumentó, (ver gráfica 3) siendo este un caso notable. Lo relevante en este caso y momento es que a pesar de que los niveles de ansiedad aumentaron en lugar de disminuir, esto no fue factor determinante para que el individuo llegara a la finalización de dicha etapa.

El hecho que de treinta niños-adolescentes veintitrés lograran finalizar su estadía en el nivel de fortalecimiento denota que un buen porcentaje logra superar los efectos que causan los altos niveles de ansiedad provocados por la suspensión del consumo de una o más drogas, lo cual se convierte en uno de los tantos elementos necesarios para el éxito terapéutico de la comunidad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

- Uno de los resultados obtenidos fue que los niveles de ansiedad manejados por los niños-adolescentes al ingresar al nivel de fortalecimiento de Casa Alianza y empezar a vivir en la Comunidad terapéutica fueron altos, 10 de 23 de ellos en un nivel de afectación grave, los 13 restantes en niveles anormales. En tanto que al finalizar esta etapa los niveles han decrecido de forma considerable, si bien no se logra la reducción a niveles normales de ansiedad, se observan comparativamente menores a los primeros. El hecho de no existir reducciones a niveles ideales podría deberse a: 1) la temporalidad de adición de los niños-adolescentes, 2) la temporalidad del nivel de fortalecimiento, 3) la falta de estandarización del test para niños y jóvenes con problemas de adicción, 4) o factores de ansiedad de origen distinto a la adicción.
- Se ha identificado que cuando no sucede una reducción considerable en los niveles de ansiedad en los niños y jóvenes del programa esto da lugar a la deserción del programa, debido a que en este caso la ansiedad en ellos se traduce en la imperante necesidad de volver a la calle para el consumo de drogas y el libertinaje en sus conductas sociales.
- La falta de reducción de los niveles de ansiedad no es necesariamente el único factor causante de la deserción, pues aquí hay en juego otras causas como por ejemplo: los problemas suscitados en las relaciones de convivencia entre el grupo que resultan en riñas y amenazas, a lo que precede la deserción.
- No necesariamente debe haber un descenso en la disminución de los niveles de ansiedad para que los, una prueba de esta afirmación es el sujeto número cinco (ver anexos en gráfica 1) que lejos de disminuir el nivel de ansiedad estos aumentaron considerablemente, y por ello el sujeto no desertó, esto corrobora que los niños y jóvenes pueden continuar o persistir en el programa aunque sus niveles de ansiedad no tengan disminución del mismo.

- El modelo de comunidad terapéutica es un modelo acorde a la población de niños y jóvenes de la calle, aunque posiblemente funcione mejor junto a programas o actividades específicas para modular los niveles de ansiedad ocasionados por el cese súbito del consumo de drogas.

RECOMENDACIONES

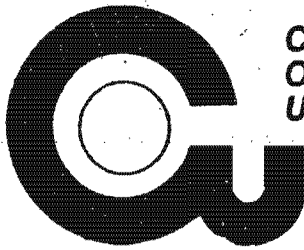
- Al momento de que el niño o adolescente va iniciar en el nivel de fortalecimiento se lleva a cabo un estudio de caso y una serie de evaluaciones que tienen como objetivo establecer si esta apto para iniciar en dicho nivel, sería de vital importancia profundizar aun más en el estudio de casos, y realizar evaluaciones psicométricas que nos permita establecer el estado emocional del niño o adolescente, por ejemplo los niveles de ansiedad que maneja, ya que el éxito terapéutico depende también de este tipo de factores.
- Proponer un análisis y replanteamiento respecto al tiempo de la estancia de los niños y jóvenes en el nivel de fortalecimiento, con el fin de determinar si este factor es determinante en el éxito de dicho programa.
- Actualmente se cuenta con un equipo muy reducido de psicólogos, por lo que es necesario ampliar el número de profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de atención en lo que respecta al trabajo conductual y emocional del programa del nivel de fortalecimiento.
- Debe de tomarse en cuenta de que los niveles de ansiedad presentados por los niños y jóvenes no son el resultado únicamente de el cese del uso de una o más drogas, podría tratarse de otras causas, las cuales hay que identificar y crear programas con actividades específicas según sea el caso.

BIBLIOGRAFIA

- Bulacio, B. & Espeja, C. (1986) *Drogadicción contribuciones clínicas*. Paidós, Argentina.
- Edex, M. et al. (1995) *Inhalación voluntaria de sustancias volátiles* Folleto para educadores. Gobierno Vasco, Eusdo Jaurlaritz.
- De la Garza, F. (1977) *Adolescencia marginal e inhalantes*. Trillas, México.
- Espeja, Claudia. (1987) *De la drogadicción a la clínica*. Paidos.Argentina,
- Espeja, Claudia. (1986) *Introducción al estudio de la adicción a las drogas*. Paidos. Argentina,
- Jaffe, Jerame y Hodson, Ray. (1980) *Vicios y Drogas. Problemas y Soluciones*. Tierra Firme. Holanda,.
- Jaffe. Jarame y Hodson, Ray. (1980) *Marihuana. Hierba para toda ocasión*. Tierra Firme. Holanda,
- Jiménez, Franco y Delia Verónica. **“Rasgos de personalidad del Adolescente de la calle”**. Grafos. Colombia,1994
- Kolb Lawrence. **“Psiquiatría Clínica Moderna”**. La prensa médica Mexicana. México, 1993.
- Monzón García, Samuel Alfredo. **“Introducción al Proceso de la Investigación Científica”**. Editorial Tucur. Guatemala, 1993
- Proyecto fortalecimiento de la protección de niñas, niños y adolescentes ante la explotación sexual comercial, ECPAT. **“La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes: una mirada desde Centroamérica”**. Año 2000.
- Reportes Populares. **“Temas sobre salud mundial”**. Serie L, Numero S, Abril de 1987.
- Sanchez Chamorro, Manuel. **“Psicoterapia Dinamica en la Delincuencia Juvenil”**. Fondo de Cultura Economica. Mexico, 1992.
- Spielberge, Charles. **“Tensión y Ansiedad”**. Editorial Trillas. Mexico 1990.
- Stockley David. **“Drogas”**. Guia Ilustrada. Edex. España, 1999.
- Valle Leoni, Sergio Rolando, compilador. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas –FLACT- y la fundación de hogares Claret. **“Documento**

de Capacitación teórico practica sobre el modelo Comunidad” Terapéutica.
Medellín, Colombia. 1999 y 2003

- Velásquez Zinc, Maria. **“Eficacia de la Psicoterapia Breve y de Emergencia”**. Tesis Usac.
- Zung, William. MD. **“The measurement of anxiety”**. Revisado por el Dr. Ricardo Ponce. Miembro del consejo Técnico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (1980).



**ESCALA PARA LA AUTOVALORACIÓN
DE LA ANSIEDAD DE ZUNG**

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ÍTEMS	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.					
2. Me siento atemorizado sin motivo.					
3. Me altero o me angustio fácilmente.					
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.					
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.					
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					
8. Me siento débil y me canso fácilmente.					
9. Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto.					
10. Siento que el corazón me late aprisa.					
11. Sufro mareos.					
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.					
13. Puedo respirar fácilmente.					
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15. Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18. La cara se me pone caliente y roja.					
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20. Tengo pesadillas.					
Puntuación total					

Cuadro No. 1

Resultados de aplicación de pre-test de Escala de Ansiedad de Zung

SUJETO	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
1	70	anormal
2	80	anormal
3	74	anormal
4	66	anormal
5	62	anormal
6	86	afectación grave
7	88	afectación grave
8	50	anormal
9	41	anormal
10	50	anormal
11	76	anormal
12	67	anormal
13	85	afectación grave
14	87	afectación grave
15	83	afectación grave
16	87	afectación grave
17	53	anormal
18	67	anormal
19	69	anormal
20	81	afectación grave
21	92	afectación grave
22	90	afectación grave
23	61	anormal

Puntuación e interpretación: < 30 normal - > 30 anormal – superior de 80 afectación grave

Cuadro No. 2

Resultados de aplicación de post-test de Escala de Ansiedad de Zung

SUJETO	PUNTAJE	DIAGNOSTICO
1	67	anormal
2	52	anormal
3	69	anormal
4	46	anormal
5	73	anormal
6	57	anormal
7	59	anormal
8	29	normal
9	35	anormal
10	34	anormal
11	56	anormal
12	37	anormal
13	46	anormal
14	64	anormal
15	45	anormal
16	70	anormal
17	34	anormal
18	38	anormal
19	46	anormal
20	73	anormal
21	71	anormal
22	82	anormal
23	39	anormal

RESUMEN

El presente trabajo de investigación versa sobre la efectividad del programa de comunidad terapéutica en la disminución de los niveles de ansiedad que presentan los niños-adolescentes de 10 a 17 años de edad como producto de su adicción a las drogas y que participan en el nivel de fortalecimiento de Casa Alianza. Se trabajo con 20 niños y jóvenes residentes en las edades de 10 a 17 años, quienes constituían la población del nivel mencionado que finalizó dicha etapa.

Se desea contribuir a los programas que desarrollan en Casa Alianza y que benefician a la población infanto-juvenil. Se estudiaron las comunidades terapéuticas en el nivel de fortalecimiento de Casa Alianza y se determinaron los niveles de ansiedad en la población infanto-juvenil al momento de iniciar y terminar el nivel de Fortalecimiento.

Se encontró que los niveles de ansiedad que tiene la muestra al ingresar al nivel de fortalecimiento de Casa Alianza y empezar a vivir en la Comunidad terapéutica, son bastante altos, incluso algunos se consideran de afectación grave, mientras que al finalizar esta etapa los niveles han decrecido de forma considerable.

El modelo de comunidad terapéutica es acorde y eficaz para la población de niños y jóvenes de la calle, aunque posiblemente funcione mejor junto a programas o actividades específicas para modular los niveles de ansiedad ocasionados por el cese súbito del consumo de drogas.