

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

“TEMPERAMENTO Y PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS DE LA CALLE”

DESCRIPCION DE UNA MUESTRA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRA  
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA

CLAUDIA TEJEDA ROMERO

TUTOR METODOLOGICO

DRA ELISA AGUIRRE- DRA ULLOA

TUTOR TEORICO

DRA EDITH PADRON

MEXICO, DF.

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"Aléjame de la sabiduría que no llora, la filosofía que no ríe y la grandeza que no se inclina ante los niños."

***Khalil Gibrán***

#### DEDICATORIA

A mi hermana Mónica, que es un ejemplo de entereza, fortaleza y bondad, quien al igual que toda la familia es una presencia eterna en mi corazón, alma y memoria, impulsores constantes del futuro.

#### AGRADECIMIENTOS

A la **Dra Edith Padrón**, asesora de la vida más que tutora de tesis, de quien admiro su excelente trato con los niños y paciencia con los padres.

Al **Dr. Díaz Pichardo**, por sus generosa aportación de conocimientos y guía tutorial, modelo a seguir de excelente práctica clínica.

A la **Dra. Aguirre**, por su positivismo y voto de confianza para la culminación oportuna de esta tesis.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	05
MARCO TEÓRICO.....	06
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	19
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
PROCEDIMIENTO.....	20
INSTRUMENTOS.....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIÓN.....	29
ANEXOS.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

## **RESUMEN**

El fenómeno social de “niños de la calle” ha sido bien estudiado desde la perspectiva psicosocial, pero poco se sabe del aspecto médico psiquiátrico infantil. En este estudio se describe una población de 30 adolescentes de 12 a 17 años, de ambos sexos y usuarios de los albergues del Departamento de Gobierno del DF destinados para la asistencia y reinserción social de “niños de la calle”, donde se toma especial importancia a la psicopatología y temperamento que los caracteriza.

Los resultados mostraron un dominio de los trastornos externalizados como son los problemas de conducta y específicamente el TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) presente en la mitad de la población estudiada, y en cuanto al temperamento el rasgo de extroversión fue el de mayor frecuencia.

Esta información será útil para nuevas líneas de investigación y creación de programas psicoeducativos encaminados a una rehabilitación mas exitosa de este gremio poblacional.

## **INTRODUCCION**

En nuestro país, el crecimiento demográfico y otros factores de índole socioeconómica han generado un fenómeno de urbanización acelerado, la migración de la población de áreas rurales a urbanas se ha incrementado en los últimos años y han derivado en que la familia como sistema se vea afectada por esta situación, conduciéndola a una dinámica no funcional compleja, limitando el desarrollo físico, mental y afectivo del grupo familiar.

La pobreza y la pérdida de valores morales y culturales dentro de la familia han conducido al maltrato infantil, lo que ha obligado a muchos niños y jóvenes a abandonar la escuela y a vivir en la calle. Este contexto social constituye terreno fértil para que el niño de la calle se convierte en usuario de drogas, lo cual genera problemas de salud tanto físicos como mentales, así como accidentes y violencia, además de favorecer actos delictivos como el robo o involucrarse en prostitución.

Es importante diferenciar a los niños que están en la calle en dos grupos: niños de la calle y niños en la calle. Dentro del primer grupo se encuentran aquellos que no tienen hogar ni relación familiar. El segundo está formado por los niños que, aun contando con un hogar o familia, deciden salir a la calle por razones diversas, pero mantienen el contacto con la familia.

Las vivencias que han experimentado estos niños repercuten en la mayoría de las ocasiones en su salud mental misma que es indispensable atender para su exitosa rehabilitación y reinserción social por lo que el propósito de este estudio es encaminado a la descripción de la psicopatología y temperamento más frecuentemente presentado por este grupo poblacional.

## **MARCO TEÓRICO**

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICION

La definición más comúnmente usada proviene de UNICEF (1) y distingue dos grupos:

-**Niños en la calle:** son aquellos que pasan la mayor parte del tiempo en la calle, pero que tienen algún tipo de soporte familiar y vuelven a su casa por la noche.

-**Niños de la calle:** pasan el día y la noche en la calle y están funcionalmente sin soporte familiar.

### INFORMACION INTERNACIONAL

Las estadísticas de las Naciones Unidas dicen que: En América Latina los niños de la calle presentan edades que oscilan entre 8 y 17 años. Las niñas constituyen aproximadamente un 10 y 15%, ya que tienen más posibilidades de elaborar estrategias alternativas.

Bruce Harris, director de Casa Alianza Estima que hay 40 millones de niños en América latina viviendo en la calle o trabajando en ella. (2) En México, Bolivia, Perú y Ecuador trabajan el 20% de los niños menores de 14 años. En Brasil (3) se estima que hay 2 millones de niños trabajando; en Argentina, 1.500.000; en Centroamérica, a 1.300.000.

De los 90 millones de niños de la calle, unos 40 millones viven en América Latina y el resto vive en África (4), Asia y un número mucho menor en los países avanzados. Ciudad de México tiene la población más grande de estos niños, llegando a ser cercana a 19000, seguida por Sao Paulo con 5000 (1200 al nivel de Brasil) , Calcuta con 5000, Nueva Delhi con 11000 Bombay con 10000, Manila con 7000 y Nairobi con 6000 . En algunas ciudades Latinoamericanas el problema se manifiesta en menor grado: en Lima viven unos 1000 niños, en Bogotá entre 5000 y 9000, en Caracas unos 4000 (1400 al nivel nacional) y en Guatemala unos 1.500. (5) En Moscú, por ejemplo, viven unos 6.000 de estos niños. (6).

No solo América latina sufre de esto, En Alemania, unos 20.000 menores de edad viven total o temporalmente en la calle, Hasta los 14 años, el Estado es responsable de ellos. Después se abren las puertas de los centros de acogida, y muchos acaban en la calle. (7)

En el mundo económicamente avanzado el problema de los niños de la calle es menos visible. En los EE.UU. se manifiesta bajo la forma de niños que huyen de su hogar, permanecen en las calles pero duermen en refugios especiales. (8). Esto último explica porque en ese país no es tan frecuente ver niños durmiendo en las calles, aceras, callejones o parques. Otro grupo de niños de la calle son los denominados *vagabundos recreacionales*; (9) éstos desaparecen por unos cuantos días pero vuelven a su hogar por voluntad propia. Se estima que actualmente hay unos 500.000 *vagabundos recreacionales* en las calles al nivel nacional. Volviendo al problema más general, en los EE.UU. un millón y medio de niños huye de su casa cada año. De estos, la mitad regresa a su casa al cabo de poco tiempo, pero el resto se mantiene en las calles por meses e incluso años. Algunas ciudades fuertemente afectadas por este problema son Nueva York, San Francisco, Boston, Detroit y Denver (10). Se estima que en Francia hay unos 10.000 niños de la calle al nivel nacional y unos 4.000 en Bélgica.

## **INFORMACION NACIONAL**

De acuerdo con el censo de la ciudad de México que hizo la comisión para el Estudio de los Niños Callejeros (COESNICA) en 1992, se registraron 11mil 172 niños y niñas que trabajaban o vivían en la calle. De este total, 9.2% vivían completamente en la calle, y 90.8% sólo desarrollaban allí su actividad económica. (11) Para 1995, el número aumentó en 20%, registrándose 13373 niños y niñas viviendo o trabajando en las calles de la ciudad de México. De éstos, 71.85% sólo trabajaba en la calle o en espacios cerrados y 14.65% vivían en la calle y habían roto todo vínculo con su familia (II Censo de Menores en situación de Calle de la Ciudad de México, 1995). (12)

*Carlos Arteaga, director de la Escuela de Trabajo Social de la UNAM* . Afirmó que también está creciendo la pobreza urbana, por lo que en ciudades como el capitalino

Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey se ha incrementado el número de indigentes y de niños de la calle, que en esta capital supera los 14 mil.

Organizaciones internacionalmente reconocidas como Casa Alianza y JUCONI (Junto con los niños) de México han mostrado que mediante programas orgánicos de protección, educación y reintegración familiar es posible rescatar a muchos de los niños. (13) Hoy se sabe con los últimos registros (según reportes del DIF) que en el Distrito Federal y en las 100 principales ciudades del país existen alrededor de 140 mil niñas, niños y jóvenes en situación de calle, correspondiendo aproximadamente el 92% al grupo “en la calle” y el 8% a niños, niñas y jóvenes “de la calle”.

Existen en el DF programas de atención a este tipo de población como es el “Programa de niñas, niños y jóvenes en situación de calle” donde el Centro de Asistencia e Integración Social “Coruña Niños” figura como centro filtro cuya principal función es otorgar servicios asistenciales que satisfagan las necesidades básicas, así como implemento de programas y acciones dirigidas a promover, dentro de sus posibilidades, la recuperación física, mental y social de las personas que decidan libremente, incorporarse a los mismos o ser canalizados a otras instituciones según sus necesidades.

El perfil de usuarios del C.A.I.S. “Coruña Niños”, comprende adolescentes mujeres o varones de 13 años cumplidos y hasta 21 años de edad, en situación de abandono socio-familiar, con antecedentes de vida en calle y problemas de adicciones con o sin familia, en situación de riesgo y que no presenten patologías físicas o debilidad mental profundo que requieran un tratamiento especializado. El C.A.I.S Azcapotzalco atiende niños de 4 a 12 años que han sido separados de sus familias por situaciones legales.

Dentro de la literatura reportada existen muchas descripciones sobre la psicopatología general en la infancia y adolescencia pero muy pocos estudios aparecen encaminados hacia la psicopatología de los infantes que habitan las calles o albergues que los acogen. Entre los principales investigadores que se han enfocado a la salud mental en la infancia tenemos al Dr Caraveo quien en uno de sus artículos menciona que:

- En México, poco más de 40% de la población es menor de 18 años. (14)

- La prevalencia de los problemas de salud mental de la población infantil urbana que tiene entre 3 y 12 años se ha estimado en 16% mediante el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC). (15)
- Así, se ha encontrado que a mayor edad y para ambos sexos, fue superior el reporte de síntomas.

Los estudios de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta, y se asocian con otros trastornos psiquiátricos. (16,17) Durante la adolescencia, otros trastornos favorecen conductas de riesgo y se complican con ellas, como el uso y abuso de sustancias, las conductas suicidas los delitos y actos violentos, así como los embarazos.(18,19) Estudios recientes del Consorcio Internacional de epidemiología Psiquiátrica, que incluye datos de la población adulta de la Ciudad de México, han encontrado que los trastornos de ansiedad de inicio temprano preceden al uso, el abuso y la dependencia de sustancias. (20,21) Lo anterior pone de relieve la necesidad de identificar cuanto antes los problemas que eventualmente conducen a otras patologías.(22,23) Sin embargo, a diferencia de los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes, la percepción de la necesidad de atención y la búsqueda efectiva dependen precisamente de los primeros, sean estos los padres u otros familiares responsables o tutores como es el caso de los niños en situación de calle o albergados, o bien, maestros, médicos o el personal de salud a cargo de los programas de vigilancia de la salud en la comunidad.

La psicopatología en los niños es más frecuente de lo que se pensaba antes. (24) Estudios en la Unión europea muestran que la prevalencia a 3 meses para al menos un trastorno psiquiátrico es del 15% y se incrementa hasta el 36% si el periodo se amplía a 1 año.(25) En México, Caraveo (1995) encontró que sólo el 13% de los “posibles casos” acudió a solicitar ayuda profesional y ésta fue proporcionada por un psiquiatra en sólo el 2% de los casos. El tiempo de latencia para recibir la atención es muy prolongado.(26) Un estudio nacional encontró que el 2% de los adultos que han relatado depresión de inicio en la infancia han tardado 10 años en recibir tratamiento. La detección de la psicopatología es muy importante, pues hasta el 41% de los problemas detectados en la infancia persisten

hasta la edad adulta. (27). Los trastornos de inicio temprano tienen peor pronóstico y presentan mayores recidivas que los de inicio en la vida adulta (28,29). Algunos estudios han mostrado que hasta el 72% de los casos de trastorno de conducta tienen sus primeros síntomas antes de los 10 años, como han informado varios autores (30). Esto hace suponer que muchos de los trastornos que se diagnostican en la infancia son en realidad formas de inicio temprano (31), su detección precoz es una oportunidad valiosa para el tratamiento y el establecimiento de medidas preventivas. (32)

**Psicopatología y temperamento.** Quizá el reto mayor respecto a la utilidad del estudio del temperamento sea el de establecer cuál es la contribución que hacia las respuestas adaptativas o mal adaptativas tienen los diferentes perfiles. Hay controversia respecto a si algunas conductas representan rasgos temperamentales que constituyen factores de riesgo o si se trata de características propias del trastorno (33).

Dado que la tendencia creciente es la de considerar la psicopatología bajo la perspectiva tanto de factores de riesgo como de protección, se señalan las siguientes asociaciones: Temperamento difícil y trastornos de conducta (34), inhibición conductual y trastornos de ansiedad, Factor de extraversión y problemas de alcoholismo (35), desinhibición conductual y trastornos de conducta externalizados y déficit de atención y búsqueda de lo novedoso y abuso de sustancias (36).

Respecto a la protección, Werner y Garmezy (1989) han señalado el valor de la actividad y de la sociabilidad en los niños resilientes. (37)

Con respecto a los niños de la calle, el abuso y el descuido por parte de las familias de estos niños tiene implicaciones en su desarrollo, comportamiento y salud, las cuales pueden perdurar hasta la edad adulta, generando un comportamiento socialmente inadaptado. (38)

Se han identificado varios factores de riesgo para los trastornos de la niñez. Estos incluyen la psicopatología de los padres, la discordia familiar y el divorcio, el bajo nivel socioeconómico, las características del temperamento del niño y las situaciones estresantes (39).

Para fines de esta investigación, tomaremos las características del temperamento del niño como un factor que inside en la psicopatología en niños de la calle. Se puede entender al temperamento como aquellas características individuales de la conducta de una persona las cuales tienen una importante base hereditaria y son consistentes a lo largo del tiempo, cuya función principalmente se dirige a la regulación de la emocionalidad (expresión de emociones negativas o positivas), la actividad (tiempo y perseverancia) y la sociabilidad (apego y respuesta a cambios del entorno). Se entiende también por temperamento a las bases biológicas o constitucionales de la personalidad. (40)

Como parte fundamental en la formación de la personalidad el temperamento figura como un elemento básico a investigar pues interviene en las capacidades de estos jóvenes adolescentes para adaptarse a la vida en las calle y a su vez en reinsertarse a la sociedad por lo que elegí la forma mas objetiva de medirlo basado en una de las teoría mas completas sobre el temperamento, punto clave es entenderla para darnos cuenta de cómo se relaciona con nuestra población a estudiar.

### **Teoría**

La teoría de Eysenck está basada principalmente en la psicología y la genética. Aunque es un conductista que considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que nuestras diferencias en las personalidades surgen de nuestra herencia. Por tanto, está primariamente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento. (41)

Eysenck es también por supuesto un psicólogo de investigación. Sus métodos comprenden una técnica estadística llamada análisis factorial. Dicha técnica extrae un número de “dimensiones” de un gran compendio de datos. Si, por ejemplo, si ofrecemos una larga lista de adjetivos a un número considerable de personas para que se auto evalúen, ya tenemos un primer material para el análisis factorial.

Imaginen por ejemplo un test que incluye palabras como “tímido”, “introvertido”, “echado para adelante”, “salvaje” y demás. Obviamente, las personas tímidas tienden a puntuarse

alto en las dos primeras palabras y bajas en las últimas dos. Las personas extravertidas harán lo mismo a la inversa. El análisis factorial extrae dimensiones (factores) tales como timidez-extraversión del monto de información. Luego, el investigador examina los datos y nombra al factor con un término como “introversión-extraversión”. Existen otras técnicas que buscan cotejar de la mejor manera posible los datos de varias posibles dimensiones, y otras que incluso buscan niveles dimensionales “más altos” (factores que organizan los factores, así como los titulares organizan a los subtítulos).

La investigación original de Eysenck nos mostró dos dimensiones principales de temperamento: neuroticismo y extraversión-introversión. Veamos en que consiste cada uno de ellos...

### **Neuroticismo**

Este es el nombre que Eysenck dio a una dimensión que oscila entre aquellas personas normales, calmadas y tranquilas y aquellas que tienden a ser bastante “nerviosas”. Su investigación demuestra que estas últimas tienden a sufrir más frecuentemente de una variedad de “trastornos nerviosos” que llamamos neurosis, de ahí el nombre de la dimensión. Pero debemos precisar que él no se refería a que aquellas personas que puntuaban alto en la escala de neuroticismo son necesariamente neuróticas, sino que son más susceptibles a sufrir problemas neuróticos.

Eysenck estaba convencido de que ya que todo el mundo se puntuaba en algún punto de esta dimensión de normalidad a neuroticismo, era esto un indicador verdadero del temperamento; es decir, que esto era una dimensión de la personalidad apoyada genética y fisiológicamente. Posteriormente, él se dirigió hacia la investigación fisiológica para buscar posibles explicaciones. El lugar más obvio para buscar era el **sistema nervioso simpático**. Esto es una parte del sistema nervioso autónomo que funciona de forma separada del sistema nervioso central y controla muchas de nuestras respuestas emocionales ante situaciones de emergencia. Por ejemplo, cuando las señales del cerebro le dicen que haga esto, los sistemas nerviosos simpáticos dan una orden al hígado para que libere azúcar para que se use como energía, hace que el sistema digestivo se enlentezca, abre las pupilas, eriza

los pelos de la piel y les comanda a las glándulas suprarrenales que liberen más adrenalina (epinefrina) Esta altera muchas de las funciones corporales y prepara los músculos para la acción. La manera tradicional de describir la función del sistema nervioso simpático es que nos prepara para “pelear o volar”.

Eysenck hipotetizó que algunas personas tienen una mayor respuesta simpática que otras. Algunas se mantienen muy calmadas durante situaciones de emergencia; otras sienten verdadero pánico u otras emociones y algunas otras se aterrorizan con situaciones menores. El autor sugiere que estas últimas tienen un problema de hiperactividad simpática, lo que les hace ser candidatos principales a sufrir variados trastornos neuróticos.

Quizás el síntoma neurótico más “arquetípico” es el **ataque de pánico**. Eysenck explicó los ataques de pánico como algo parecido al sonido agudo que uno escucha si acerca un micrófono a un altavoz: los sonidos pequeños que entran al micro se amplifican y salen por el altavoz y vuelven a entrar por el micro, se vuelven a amplificar y así sucesivamente hasta que oímos el típico chirrido que nos encantaba producir cuando éramos chicos (muchos guitarristas eléctricos usan este sistema para mantener notas durante mucho tiempo.)

Bien, el ataque de pánico sigue el mismo patrón: estás moderadamente asustado por algo (cruzar un puente, por ejemplo) Esta situación provoca que se active tu sistema nervioso simpático, lo que te hace estar más nervioso y por tanto más susceptible a la estimulación, lo que hace que tu sistema esté aún más atento, lo que hace que estés más nervioso y más susceptible...¡Podríamos decir que la persona neurótica está respondiendo más a su propio pánico que al objeto productor del mismo! Desde luego puedo dar fe de la descripción de Eysenck, aunque sus explicaciones se mantengan solo como hipótesis.

### **Extraversión-introversión**

Esta segunda dimensión se parece mucho a lo que Jung decía en los mismos términos y algo muy similar también a nuestra comprensión bajo el sentido común de la misma:

personas tímidas y calmadas versus personas echadas para adelante e incluso bullosas. Esta dimensión también se halla en todas las personas, pero su explicación fisiológica es un poco más compleja.

Eysenck hipotetizó que la extraversión-introversión es una cuestión de equilibrio entre “inhibición” y “excitación” en el propio cerebro. Estas son ideas de las que Pavlov se sirvió para explicar algunas de las diferencias halladas en las reacciones al estrés de sus perros. La **excitación** es el despertar del cerebro en sí mismo; ponerse a alerta; estado de aprendizaje. La **inhibición** es el cerebro “durmiente”, calmado, tanto en el sentido usual de relajarse como en el de irse a dormir o en el sentido de protegerse a sí mismo en el caso de una estimulación excesiva. *Hay personas que sencillamente se desmayan ante un estímulo demasiado poderoso. N.T.*

Alguien que es extravertido, decía Eysenck, tiene una buena y fuerte inhibición: cuando se le enfrenta a una estimulación traumática (como un choque en un automóvil), el cerebro del extravertido se inhibe, lo que significa que se vuelve “insensible”, podríamos decir, al trauma y por tanto recordará muy poco de lo que ha ocurrido. Después del accidente de coche, el extravertido podría decir que es como si hubiese “borrado” la escena y le pediría a otros que le recordasen la escena. Dado que no sienten el impacto mental completo del accidente, podrían estar conduciendo perfectamente al día siguiente.

Por otro lado, el introvertido tiene una pobre o débil inhibición: cuando hay un trauma, como el accidente de coche, su cerebro no le protege lo suficientemente rápido; no se “apaga” en ningún momento. Más bien están muy alertas y aprenden bastante, de manera que pueden recordar todo lo que ha pasado. Incluso dirían que han visto el accidente en “¡cámara lenta!” Es muy poco dado a querer conducir después del accidente e incluso podría llegar a dejar de hacerlo para siempre.

Ahora bien, ¿cómo esto conlleva a la timidez o al amor entre personas? Bueno, imaginemos que tanto el extravertido como el introvertido se emborrachan, se quitan las ropas y se ponen a bailar desnudos en una mesa de un restaurante. A la mañana siguiente, el extravertido nos preguntará qué ha pasado (y que dónde está su ropa) Cuando se lo

digamos, se reirá y empezará a hacer planes para hacer otra fiesta. Por otro lado, el introvertido recordará todas y cada una de las mortificantes escenas de su humillación y probablemente nunca saldrá de su habitación.

**Una de las cosas que Eysenck descubrió fue que los criminales tendían a ser extravertidos no neuróticos.** Es lógico, si lo pensamos detenidamente: ¿es difícil imaginarse a alguien dolorosamente tímido que recuerda sus experiencias mientras está asaltando un Supermercado! Incluso es aún más difícil imaginarse a alguien con ataques de pánico haciéndolo. Pero, comprendamos que existen muchos tipos de crímenes aparte de los violentos que los introvertidos y los neuróticos pueden llevar a cabo. (42)

### **Neuroticismo y extraversión-introversión**

Otra cosa que Eysenck señaló fue la interacción de ambas dimensiones y lo que esto podría significar con respecto a varias problemáticas psicológicas. Halló, por ejemplo, que las personas con fobias y con trastornos obsesivo-compulsivo tendían a ser bastante introvertidos, y las personas con trastornos conversivos (p.e. la parálisis histérica) o con trastornos disociativos (p.e. amnesia) tendían a ser más extravertidos.

Veamos la explicación: las personas altamente neuróticas sobre-responden a un estímulo amenazante; si son introvertidos, aprenderán a evitar las situaciones que le causan pánico muy rápida y bruscamente, incluso hasta el punto de sentir mucho miedo ante pequeños símbolos de esas situaciones; es decir, fobias. Otros introvertidos aprenderán (rápida y bruscamente) comportamientos particulares para controlar sus miedos, como chequear muchas veces las cosas o lavarse las manos innumerables veces a lo largo del día.

Los extravertidos altamente neuróticos, por otro lado, son buenos para ignorar y olvidar aquello que los sobrecarga. Se valen de los clásicos mecanismos de defensa, tales como la negación y la represión. Convenientemente pueden olvidar aquella dolorosa semana, por ejemplo, o incluso “olvidar” su habilidad para sentir y usar sus piernas.

### **Psicoticismo**

Eysenck llegó a reconocer que aunque utilizaba una gran población para sus investigaciones, había un tipo de población que no estaba considerando. Empezó a llevar sus estudios a las instituciones mentales de Inglaterra. Cuando se analizaron estos datos mediante la técnica factorial, un tercer factor significativo empezó a emerger, el cual llamó psicoticismo.

De la misma forma que el neuroticismo, la alta puntuación en psicoticismo no necesariamente indica que eres psicótico o que estás condenado a serlo, simplemente que tienes cualidades que se hallan con frecuencia entre psicóticos, y que probablemente serás más susceptible, en ciertos ambientes, a volverte psicótico.

Efectivamente, como podríamos imaginarnos, los tipos de cualidades halladas entre puntuaciones altas en esta dimensión incluyen una cierta temeridad; una despreocupación por el sentido común o convenciones; y un cierto grado de expresión inapropiada de la emoción. Es esta la dimensión que separa a aquellas personas que terminan en instituciones del resto de la humanidad.

Para realizar un estudio acerca de niños y jóvenes de la calle se debe establecer una diferenciación clara que resulta difícil de plantear entre ambas categorías. La revisión de la literatura sugiere que la mayoría de los niños y adolescentes de la calle visitan su hogar de origen con alguna frecuencia; así el número de quienes efectivamente viven y duermen en la calle de manera permanente sería mucho menor que el reportado por organismos nacionales e internacionales encargados de velar por el bienestar de la infancia. Ello acarrea el inconveniente de que no haya una estadística aproximada del número de niños de la calle y obliga a tomar la cifra 90 millones en el orbe, entendiéndose de esta manera que se trata de una mera aproximación.

## **RECORRIDO HISTÓRICO**

En 1998 el Gobierno del Distrito Federal crea el Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones, como parte de este proyecto el Centro de Desarrollo y Capacitación para Niños de la Calle. El programa inicia de manera formal el 16 de noviembre de 1998.

El 18 de enero del 2001 se crea el Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal, del cual dependen los Centros de Asistencia e Integración Social, (C.A.I.S.) y cuya filosofía es hacer un espacio en el que los jóvenes encuentren un hogar alternativo donde adquieran, modifiquen y refuercen hábitos, costumbres y valores; que les permitan enfrentar la vida de una mejor manera.

Ofreciéndoles apoyo médico, psicológico, pedagógico y de trabajo social para tener opción de: regresar a sus hogares de origen, reinsertarse social, laboral y educacionalmente a la sociedad ya sea de forma independiente o a través de casas hogar permanentes, desarraigándolos así de la vida en las calles.

## **JUSTIFICACIÓN**

Los datos disponibles muestran que aproximadamente el 20% de la población menor de 18 años presenta un trastorno mental. Estos problemas están asociados a una serie de factores biológicos, sociales y culturales.

Los factores de riesgo para la presentación de un trastorno mental en niños, niñas y adolescentes son, entre otros: un pobre estado de salud, una deficiente socialización con personas de la misma edad, situaciones de vida con un alto nivel de estrés, bajo nivel socioeconómico, conflictos familiares y personalidad antisocial o consumo de alcohol u otras sustancias por parte de los padres (43).

El temperamento como parte fundamental en la formación de la personalidad es un elemento base para la adaptación a las nuevas circunstancias de vida con las que se enfrentan en las calles, siendo la extroversión una de las características que apoyaran una mejor adaptación tal como lo menciona Eynseck en sus estudios por lo que será de interés conocer que rasgos de personalidad predominan en estos jóvenes adolescentes con antecedentes de vida en la calle y que rasgos favorecen su resiliencia y rehabilitación.

En los niños, niñas y adolescentes que han vivido en la calle o viven en instituciones como medida de protección son niños maltratados y tienen un riesgo elevado de presentar un trastorno mental .

Las crisis económicas determinan de manera alarmante el crecimiento en el número de niñas y niños que viven y trabajan en la calle, que provienen de grupos familiares y de comunidades populares que no logran proporcionarles los satisfactores básicos y que – como resultado de una pobreza histórica–, no cuentan con herramientas fundamentales para la crianza y educación; por ello son comunes las historias de maltrato, desintegración y/o abandono.

Existen pocos estudios que describan el temperamento y la psicopatología en los niños de la calle, especialmente en México con el aumento en esta población es de gran importancia su descripción ya que conociendo el perfil que presentan podrá iniciarse su estudio más especializado de este fenómeno social y potencialmente problema de salud pública.

Conocer la psicopatología mas frecuente que aqueja a esta población y registrarla es el primer paso para el desarrollo de programas específicos de asistencia y rehabilitación, así como nuevas líneas de investigación.

Ante el problema tan grande en esta última ciudad, se consideró necesario llevar a cabo una investigación que permitiera conocer los aspectos psiquiátricos que presentan, buscando encontrar nuevos aspectos que hagan posible otorgar un mejor tratamiento integral que, a su vez, les facilite una adecuada readaptación a la sociedad. Así este estudio tiene como propósito conocer la psicopatología más frecuente y el temperamento que tienen los niños de la calle entre los 12 y 17 años de edad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El desconocimiento de la psicopatología mas frecuentemente presentada por los niños de la calle es un eslabón necesario a conocer para el desarrollo de nuevas técnicas de abordaje útiles para su reinserción y para definir mejor la salud mental de este grupo poblacional.

¿Cuál es el temperamento y psicopatología más frecuente en niños de la calle?

**OBJETIVO GENERAL:** Describir la psicopatología y temperamento de los adolescentes albergados en el C.A.I.S. Coruña, así como sus características socio demográficas principales.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**DISEÑO:** El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo en su recolección de datos.

**UNIVERSO DE ESTUDIO:** Adolescentes de ambos sexos de 12 a 17 años usuarios del albergue C.A.I.S. Coruña.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Adolescentes de 12 a 17 años, pertenecientes al C.A.I.S. Coruña niños de ambos sexos que acepten participar y contesten los instrumentos a aplicar.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Jóvenes y adolescentes que presenten clínicamente un evidente retraso mental moderado o deterioro cognitivo primario o secundario al abuso de sustancias tóxicas, que les impacte para contestar la entrevista por carecer de la capacidad de comprensión del instrumento psiquiátrico.

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Usuarios que durante la entrevista se tornen heteroagresivos verbal o físicamente con el investigador o bien presenten alguna urgencia médica como crisis convulsivas o cuadros de agitación que impidan terminar la evaluación clinimétrica.

**VARIABLES OPERACIONALES:** En este trabajo nos referiremos como *Psicopatología* a los diferentes trastornos mentales que para diagnosticarlos deben cumplir criterios establecidos por las clasificaciones reconocidas internacionalmente CIE-10, DSM-IV. Específicamente en este caso por su reconocimiento epidemiológico de la OMS emplearemos el CIE-10.

El *temperamento* será tomado como la naturaleza general de la personalidad de un individuo, basada las características del tipo de sistema nervioso. Según lo describe la Teoría de Eynsenk y lo basa en 4 dominio neuroticismo, psicoticismo, extroversión y deseabilidad social, mas ampliamente descrito en el apartado de marco teórico.

**Procedimiento:**

Se compilará una base de datos hecha ex profeso para este estudio que incluirá las variables socio demográficas a estudiar (anexo1), los datos los proporcionará el joven a evaluar y algunos otros se tomarán del expediente, posteriormente se realizará la MINI-KID y posteriormente el ECK-J (anexo 2). La entrevista y la aplicación de los test anteriormente mencionados toma de 40min a 1hr .

Se presentará el proyecto de investigación a los Directivos de los Centros implicados (C.A.I.S Coruña), así como al personal Técnico y Psicología para su apoyo y participación, una vez aprobado se firmaran los consentimientos informados ya que ellos cuentan con la tutoría legal de los niños y adolescentes evaluados. Posteriormente se informara en una sesión general a los adolescentes a evaluar el proyecto e individualmente se solicitara su participación, en caso de aceptar se aplicará por la investigadora principal y clínica especializada en paidopsiquiatria la MINI entrevista neuropsiquiatrica internacional para niños y adolescentes (MINI-Kid) a todos los usuarios de 12 a 17 años, así como una ficha de identificación sociodemográfica. De encontrar patología psiquiátrica se canalizarán a Instituciones de Salud que cuenten con el servicio requerido y se iniciará tratamiento psicofarmacológico a quienes así lo requieran para su seguimiento.

## **INSTRUMENTOS**

### **MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

**(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI KID)**

Evalúa Principales trastornos psiquiátricos del Eje I.

Administración Heteroaplicada.

Descripción

- \_ La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve 30-45min.
- \_ Explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.
- \_ La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
- \_ Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.
- \_ Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.
- \_ Existen varias versiones en español:
  - \_ La MINI.
  - \_ La MINI Plus para la investigación.
  - \_ La MINI Kid para niños y adolescentes.

Corrección e interpretación

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos. (44)

## **CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK**

El cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE) fue estandarizado en Inglaterra (41) y a partir de entonces un número considerable de estudios transculturales han establecido que las escalas del CPE pueden ser aplicadas en otros países (42).

- Cuestionario autoaplicable de 82 ítems
- Tiempo de aplicación variable entre 15 a 30 min
- El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) y Extraversión.

Las tres dimensiones que mide el instrumento, N, P y E, se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es de naturaleza psiquiátrica. Los cuales se consideran patológicas solamente en los casos extremos. Por lo tanto, se prefiere usar los términos Emocionabilidad a Neuroticismo, y Dureza a Psicoticismo. Una cuarta escala, de Deseabilidad Social o de Mentiras (L), intenta medir una intención de falsificar las respuestas. (42)

Del estudio sobre la validez y la confiabilidad del Cuestionario de Personalidad de Eysenck en población mexicana (Eysenck y Lara, 1989), se presentaron los datos de coeficiente de confiabilidad para la escala de neuroticismo 0.85, extroversión 0.70 y psicoticismo 0.73 para la deseabilidad fue de 0.83 todas con una alta validez interna. (41)

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizaron medidas de tendencia central y desviación estándar para variables ordinarias, moda y porcentajes para variables nominales.

## RESULTADOS

Participaron 30 adolescentes cuyo promedio de edad fue de 14.9, con una desviación estándar de  $\pm 1.38$ . La distribución por sexo corresponde a 9 mujeres (30%) y 21 varones (70%),

En la tabla 1 vemos la frecuencia de tiempo en la calle, siendo el de menor tiempo con tan solo un día y el de mayor de hasta 9 años.

### DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE VIDA EN LA CALLE

Tiempo	Menos de 1 año	2 años	3 años	Mas de 3 años
Total = 30	17	3	4	6

Tabla 1

La mayoría de los adolescentes eran originarios del DF, 6 fueron procedentes del Edo de México y solo 2 de Oaxaca, otros estados de la república también figuraron con uno de ellos como fueron Puebla, Morelos, Veracruz, San Luis Potosí, Quintana Roo y Tabasco y hasta hubo uno procedente de Honduras que en menos de tres meses fue recanalizado para su lugar de origen.

### Escolaridad

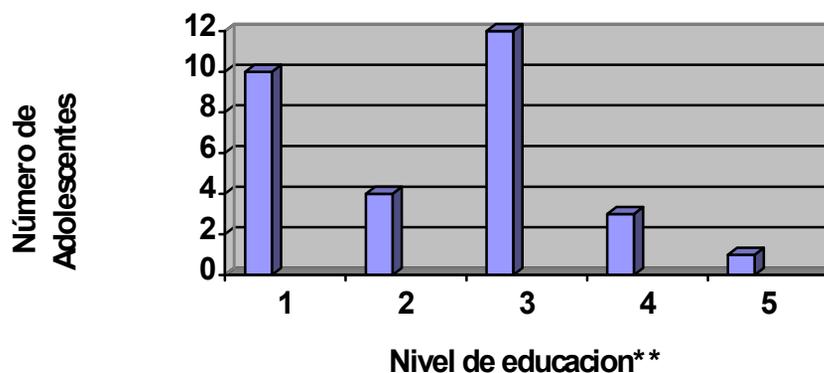


Grafico 2.

\*\*1 primaria incompleta, 2 primaria completa, 3 secundaria incompleta, 4 secundaria completa, 5 bachillerato incompleto

Dentro de los antecedentes de importancia encontrados en la muestra fue el de antecedentes de farmacodependencia, ya fuera en padre o madre, resultando solo 3 de los adolescentes sin estos, pues en su mayoría fueron positivos, veamos la distribución por frecuencia de éste en la tabla 2.

### FRECUENCIA DE ADDICION PARENTAL

TABLA 2

	<b>Adicción en la madre</b>	<b>Adicción en el padre</b>	<b>Sin adicciones</b>	<b>Adicción en ambos padres</b>
<b>Total= 30</b>	5	19	3	3

Otros antecedentes de importancia fueron el de Abuso sexual donde solo 6 pacientes lo presentaron y 14 no, violencia intrafamiliar 20 fueron positivos y 10 negativos, antecedentes psiquiátricos en la familia 9 fueron positivos y 21 negativos.

De los 30 adolescentes 19 iniciaron vida sexual con un promedio de edad de 12.8 y una desviación estándar de  $\pm 2.03$ , siendo el de mínimo inicio a los 10 años y el de máximo a los 16 años, el número de parejas sexuales oscilo entre 5.4 con un mínimo de 1 y un máximo de 40, cabe mencionar que este ultimo fue de los 3 únicos con antecedentes de prostitución.

## DISTRIBUCION POR SUSTANCIA DE CONSUMO

	TABACO	OH	CANNABIS	SOLVENTES	COCAINA
CONSUMIDORES	18/30	18/30	9/30	13/30	5/30
EDAD DE INICIO	10	12	11	12	12
EDAD MINIMA DE INICIO	6	8	9	8	10

Tabla 3

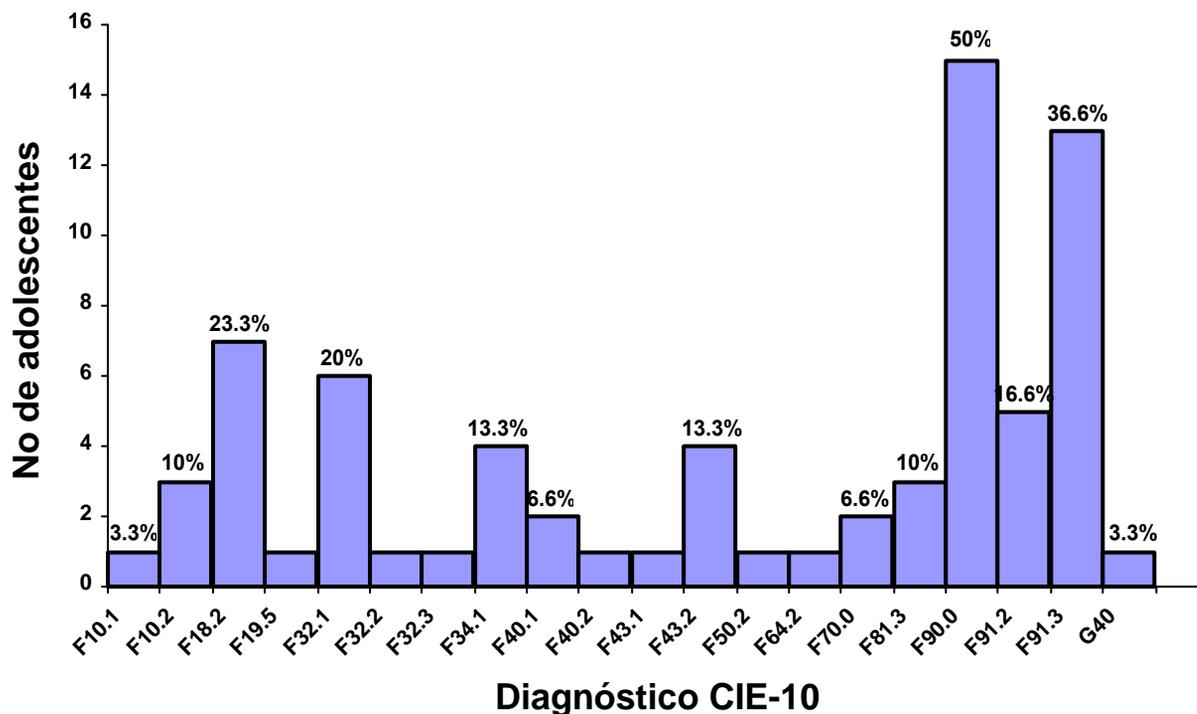
En el Grafico 3 se muestra como los trastornos externalizados fueron los más frecuentes de presentación de acuerdo a los resultados arrojados por el MINI-Kid.

El TDAH como máximo representante de estos trastornos externalizados, seguido del trastorno de conducta disocial, mas que los episodios depresivos o trastornos internalizados, es decir de las emociones.

Como el MINI-Kid no diagnostica trastornos del aprendizaje, no los vemos representados en el grafico.

Grafico 3

# Psicopatología



F10.1 Consumo Perjudicial OH

F10.2 Síndrome de Dependencia al OH

F18.2 Síndrome de Dependencia a disolventes volátiles

F19.5 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos en remisión

F34.1 Distimia

F40.1 Fobias sociales

F43.1 Trastorno por estrés posttraumático

F43.2 Trastorno de adaptación

F50.2 Bulimia nervosa

F64.2 Trastorno de identidad sexual en la infancia

F70.0 Retraso mental Leve

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista

G40.0 Epilepsia

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Dentro del tipo de temperamento la extroversión fue el dominio más socorrido, como lo muestra el grafico 4.

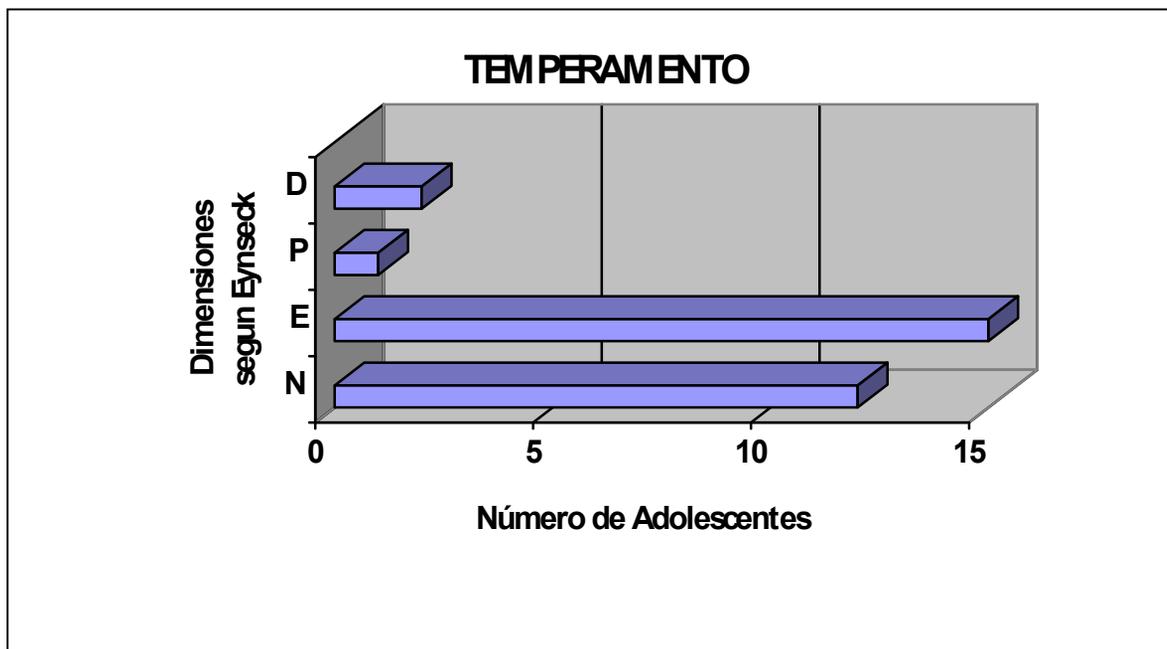


Grafico 4

\*D= deseabilidad, P= psicotisismo, E= extroversión, N= neuroticismo

Es de llamar la atención que los que presentaron un dominio de temperamento en la escala del neuroticismo fueron los que presentaron baja voluntaria o infringían el reglamento, así como también los adolescentes que contaban con diagnósticos CIE-10 de trastorno del humor o ansiedad puntuaban invariablemente para la dimensión de neuroticismo y los de problemas conductuales y adicciones puntuaban para la dimensión de extroversión pero curiosamente los dos únicos individuos sin diagnósticos de CIE 10 también puntuaban para extroversión y que las dos únicas adolescentes con trastornos de la alimentación específicamente bulimia nervosa fueron las únicas también en puntuar en la dimensión de deseabilidad dentro del cuestionario de temperamento de Eysenck.

El destino a 3 meses de los pacientes estudiados se puede observar en la tabla 4.

#### DESTINO FINAL DE LOS USUARIOS SEGÚN REGISTROS DEL C.A.I.S CORUÑA

Reintegración Familiar	Desintoxicación	Baja Voluntaria	Continua en el C.A.I.S Coruña	Derivado a Casa Hogar
3	2	3	17	4

Tabla 4

## DISCUSION

Se confirma una vez más en este estudio que la razón por la que el niño va a la calle es por un tipo de maltrato (45), generalmente físico, pero también emocional o por adicción de uno de sus padres en esta muestra solo 3/30 de los adolescentes estudiados no contaron con este antecedente lo que representa solo un 10% de la población total.

En muchos de los casos llama la atención que el abandono del hogar fuera por voluntad propia, mostrándose una gran seguridad en que la decisión tomada fue la correcta, pocos de ellos se mostraron atemorizados, prefiriendo vivir en las calles que sufrir el maltrato de la familia. (46) Similarmente, hubo casos de expulsión debida a su mal comportamiento y algunos, aunque los menos, sin presencia de maltrato. Los problemas aparejados al consumo de sustancias es otra de las razones del abandono del hogar.

El tiempo que han vivido en calle parece ser un dato importante (47), pues a mayor tiempo en la calle, más arraigados se encuentran a la misma y mayor número de sustancias consumidas lo cual coincide también con lo encontrado en la literatura en los estudios de psicología y sociología ya que no existe literatura médico psiquiátrica que aborde este tema. (Martínez Lanz 2007). En esta investigación se pudo observar que entre más años llevan en la calle más difícil es que se adapten al albergue donde tienen que seguir normas y la finalidad es la reinserción familiar, plan de vida independiente, reinserción a un hogar a mediano plazo, eligiendo continuar con su modo de vida en la calle y abandonando el C.A.I.S. al desertar o bien infringir el reglamento.

Las sustancias tóxicas más frecuentemente consumidas fueron tabaco y OH (60%), seguida de solventes (43.3%), cannabis (30%) y cocaína (16.6%), lo que coincide con la literatura tal como lo describe Medina Mora en la última encuesta nacional de adicciones, donde el OH y tabaco son la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias, solo que el cannabis es el que sigue en mayor consumo, probablemente por tratarse de una población de más escasos recursos el solvente sea más popular.

Dentro de la psicopatología encontrada los trastornos de conducta (F90.0, 91.2, 91.3) rebasan por mucho a los trastornos afectivos y de ansiedad, aun si los sumamos (F32.1, F34.1, F43.2, etc). Tan solo el TDAH (F90.0) se lleva el 50% de la población estudiada lo que va de la mano con el temperamento de extroversión que también represento el 50% de los adolescentes muestra, por lo que se confirma la teoría de Eysenck donde hipotetizo que la dimensión de extroversión se relaciona mas con actos delictivos y problemas de conducta.

## CONCLUSIONES

Después de la investigación realizada y de los resultados obtenidos, se concluye que hay un sin número de problemas para quienes trabajan con niños de la calle.

Así, los resultados en el temperamento y psicopatología pueden servir de base para nuevas investigaciones y una mejor manera de ayudarlos, no sólo adaptándolos a la sociedad sino reestructurando su personalidad.

Se considera que la personalidad es la forma consistente y única de sentir, reaccionar y comportarse que tiene una persona, y el desarrollo social se refiere a las relaciones con los demás. En conjunto, personalidad y desarrollo social constituyen el desarrollo psicosocial, que puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y el físico (Papalia, 2001). Los aspectos dañados en los niños de la calle reflejan que el problema en general no es únicamente psicológico ni social, sino un problema psiquiátrico y psicosocial que afecta a todos los miembros de la sociedad, ya que finalmente la adaptación o desadaptación de estos adolescentes repercute en conductas delictivas y adictivas que invariablemente afectan el bienestar social.

Algunos de los resultados proporcionan visiones alternas a las ya existentes con respecto a características específicas conocidas por la población, ya que la mayoría de los estudios realizados son únicamente descriptivos de las condiciones en las que se desarrollan estos niños y adolescentes, o hablan de las adicciones o de las razones por las que viven en la calle. El presente estudio abre una posibilidad alterna para seguir investigando acerca de su personalidad y psicopatología con el fin de hallar la mejor manera de tratarlos.

Es por lo mismo que se considera una tarea urgente encontrar métodos de tratamiento efectivos que hagan posible la salida de los niños de la calle de manera definitiva.

Gutiérrez y Vega han estudiado a los niños y niñas que subsisten en la calle y consumen sustancias y han encontrado que los recursos para atender a esta población presentan importantes deficiencias. Los factores que subyacen al fracaso de las intervenciones son: la existencia de metas poco realistas y una percepción fragmentada del problema (16,28,63). Con lo cual concuerdo y esta investigación ojala ayude para tener una mas amplia percepción del mismo.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA TAMIZAJE PSIQUIATRICO DE LA**  
**POBLACIÓN USUARIA DEL CAIS CORUÑA**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO**

1. Se me ha invitado a participar en una investigación en a que se valorará mi salud mental y las características de mi consumo de alguna sustancia como alcohol, tabaco u otras.
2. Si acepto participar, acudiré a una sola entrevista y contestaré unos cuestionarios por no más de dos horas, en total.
3. Como participante en el estudio, tendré derecho a conocer los resultados de mis cuestionarios y entrevistas.
4. En caso de requerir tratamiento se me proporcionará psicoeducación y las direcciones de los lugares en donde se me puede atender si lo deseo.
5. Toda la información será absolutamente confidencial y nadie tendrá acceso a esa información aparte de los investigadores, que la utilizarán sólo para fines médicos.
6. Si requiero de mayor información podré comunicarme con:

Dra Claudia Tejeda Romero

**ACEPTO PARTICIPAR**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL VOLUNTARIO  
TESTIGO 1

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACEPTACIÓN  
TESTIGO 2

## **Bibliografía**

- 1.- UNICEF.(2003) .The State of the World's Children in 2003. Nueva York
- 2.- **Casa Alianza.** (2000). "Vivir en las calles. Presentación a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Situación General de la Niñez en México y Centroamérica". Ciudad de México.
- 3.- Hecht, T. (1998). **At Home in the Street. Street Children of Northeast Brazil.** Cambridge: Cambridge University Press.
- 4.- Domínguez, S., y Watkins, C. (2003). "Creating Networks for Survival and Mobility: Social Capital Among African- American and Latin-American Low-Income Mothers". **Social Problems**, 50 (1), 111-135.
- 5.- Tierney, N. (1997). **Robbed of Humanity. Lives of Guatemalan Street Children.** Pangaea: Saint Paul.
- 6.- Stephenson, S. (2001). "Street Children in Moscow: Using and Creating Social Capital". **Sociological Review**, 49 (4), 530-548
- 7.- Bhalla., A. y Lapeyre, F. (1999). **Poverty and Exclusion in a Global World.** Nueva York: St Martin's Press.
- 8.- Volpi, E. (2002). **Street Children: Promising Practices and Approaches.** Washington DC: World Bank Institute.
- 9.- De Benitez, S. (2003). "Approaches to Reducing Poverty and Conflict in an Urban Age: The Case of Homeless Street Children" Papel de Trabajo del **Woodrow Wilson International Center for Scholars.** Washington DC.
- 10.- Boyden, J., y Holden, P. (1991). **Children of the Cities.** Londres: Zed Books.
- 11.- Santiago DE. (2003). *Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas política en sociedades.* Trabajo y sociedad, 6(5): 13-23
- 12.- Gutierrez, R. (2000). Los niños callejeros. Rev Salud Mental, 7(8):15-23.
- 13.- MEDINA-MORA ME, GUTIÉRREZ R, VEGA L. (1997). What Happened to Street Kids? An Analysis of the Mexican Experience. Substance Use & Misuse, 32(3):293-316.
- 14.- Caraveo-Anduaga., Colmenares-Bermúdez. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 44(6): 491-8.

15. Caraveo AJ, Mas CC. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Publica Mex*, 32 (2):523-531.
16. Velez CM, Johnson J, Cohen P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28(9):861-4
17. Earls F. (1989). Epidemiology and child psychiatry: entering the second phase. *Am J Orthopsychiatry* 1(59):279-83
18. Roberts RE, Attikisson CC. (1988). A Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 155:715-25
19. Garmezy N, Masten AS. (1994). Chronic adversities En: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and adolescent psychiatry*. Third edition, Oxford, Blackwell Scientific Publications ; 2(5)191-207.
20. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo AJ. *La salud mental en México*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.
21. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Tapia CR, Rascón ML, Gómez M, Villatoro J. Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatria* 1993;9:137-151.
22. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, López-Lugo EK, Martínez VA. (1995) Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Publica Mex*, 37(5):445-451.
23. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ; Dulcan MK, Burns BJ, Brent D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care : The new hidden morbidity *Pediatrics* ; 8(2);814-24.
24. Schwartz - Gould M, Wunsch - Hitzig MA. (1981). Doohrenweld B . Estimating the prevalence of childhood psychopathology: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 20:462-76.
25. Costello E. (1989). Child psychiatry disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2(8):851-5
26. CARAVEO-ANDUAGA J, MARTINEZ VA, RIVERA E. (1998). Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*, 21(1):48-57.
27. Costello EJ. Developments in child psychiatry epidemiology. (1989). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ;28:836-41.

28. Costello EJ. (1989). Child psychiatry disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;28:851-55
29. Fleming JE, Oxford DR. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 29: 471-80.
30. Bernstein GA, Borchardt CM. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;30:519-32
31. Velez CM, Johnson J, Cohen P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;28:861-4
32. McClellan J, Trupin E. (1989). Prevention of psychiatric disorders in children. *Hosp Com Psychiatry*;40:630-6
33. Yates GL, MacKenzie R, Pennbridge J, Cohen E. A risk profile comparison of runaway and nonrunaway youth. *Am J Public Health* 1988;78:820-1
34. Campo A, Rambal C. Disfunción psicosocial en niños adolescentes de un módulo de protección: un estudio piloto. *Actual Pediatr FSFB* 1999;9:50-3
35. Torres T, Posada JA. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia 1993. Santafé de Bogotá, D.C. Ministerio de Salud 1995:209-18
36. Rotheram-Borus MJ. Suicidal behavior and risk factor among runaway youth. *Am J Psychiatry* 1993;150:103-7
37. Posada JA. Factores protectores y de vulnerabilidad para el maltrato en jóvenes colombianos. *Rev. Col Psiquiatria* 1999;XXVIII:9-24
38. MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, CARAVEOANDUAGA J, COLMENARES BE: Patterns of alcohol consumption and related problems in Mexico: results from two general population surveys. En: Demers A, Room R, Bourgault C (comps.). *Surveys of Problem Drinking Patterns and Problems in Seven Developing Countries*. Primera ed. World Health Organization; pp. 13-31, Ginebra, 2001.
39. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 1997;21:617-30.
- 40.- Albores-Gallo, Márquez-Caraveo. (2003). ¿QUÉ ES EL TEMPERAMENTO? EL RETORNO DE UN CONCEPTO ANCESTRAL. *Salud Mental*, 26 (3): 16-23.
- 41.- Eysenck, S.B.G., Lara, CM.A. (1992). Estudio transcultural de la personalidad en niños mexicanos e ingleses. *Salud Pública de México*, 34, 50-57.

- 42- Barrett, P., Eysenck, S.B.G. (1984) The assessment of personality factors across 25 countries. *Personality and Individual Differences*, 5 (6), 615-632.
- 43.- Repetti, R., Taylor, S., and Seeman, T. (2002). Risky Families: Family Social environments and the Mental and Physical health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2): 330-366.
- 44.- Sheehan D. 1998. MINI International neuropsychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 59 (20):22-33;quiz 34-57 .
- 45.- Glasser, I., y Bridgman, B. (1999). **Braving the Street. The Anthropology of Homelessness**. Nueva York: Berghahn Books
46. Kashani JH, Beck NC Hoepfer EW, Fallahi C. Corcoran CM. McAllister MA et al. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents *Am J Psychiatry* 1987; 144:584-9.
47. Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Canino B. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:847-50