

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**“Breve Intervención Cognitivo-Conductual Grupal para  
Mujeres en Situación de Calle”**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

Susana Castaños Cervantes

Comité Tutor

Tutor Principal: Dr. Adrián Medina Liberty, Facultad de Psicología, UNAM

Tutor Adjunto: Dr. Rolando Díaz Loving, Facultad de Psicología, UNAM

Tutor Externo: Dra. Susana Robles Montijo, FES Iztacala, UNAM

Jurado A: Dr. Juan José Sánchez Sosa, Facultad de Psicología, UNAM

Jurado B: Dr. Bernardo Turnbull Plaza, Universidad Iberoamericana

México, D.F. ENERO 2014



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.

## Haces falta tú...

En la calle, ví a una niña tiritando de frío. Me enfadé y grité a Dios: “¿Por qué permites estas cosas? ¿Por qué no haces nada para solucionarlo?”. Durante un rato, Dios guardó silencio, pero aquella noche me contestó: “Ciertamente he hecho algo, **TE HE HECHO A TI**”.

Hoy sembraré una sonrisa... para que haya más alegría.

Hoy sembraré una palabra consoladora... para cosechar serenidad.

Hoy sembraré un gesto de caridad... para que haya más amor.

Hoy sembraré una oración... para que la persona esté más cerca de Dios.

Hoy sembraré palabras y gestos de verdad... para que no crezca la mentira.

Hoy sembraré serenidad de acciones... para colaborar con la paz.

Hoy sembraré un gesto pacífico... para que haya menos nervios.

Hoy sembraré justicia en mis gestos y palabras... para que reine la verdad.

Hoy sembraré un gesto de delicadeza... para que haya más bondad.

Hoy sembraré con humor... para que nuestras relaciones sean más amigables.

## *Agradecimientos*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindarme la oportunidad de crecer académicamente y de formarme como investigadora.*

*A DIOS por darme la fuerza para seguir adelante y alcanzar mis metas.*

*Dr. Juan José Sánchez Sosa: Las palabras no son suficientes para agradecer todo su apoyo, su tiempo, su ayuda y comprensión durante estos años. En verdad, muchas gracias por creer en mí, por guiarme y por ayudarme a crecer personal y académicamente. Le tengo un gran cariño y siempre se lo tendré. Realmente ha sido todo un honor recibir sus enseñanzas y estar bajo su tutela. Gracias a usted pude realizar y concretar esta investigación y cerrar una etapa de mi vida que, a pesar de las dificultades y de los tropiezos, pude disfrutar plenamente. Le dedico este trabajo del cual espero pueda sentirse orgulloso y que se ha convertido en mi proyecto de vida. Simplemente gracias por estar ahí...*

*Dr. Adrián Alfredo Medina Liberty: Muchas gracias por aceptarme sin conocerme, por confiar en mí, pero sobre todo por creer en mí como estudiante y como persona. En verdad, no sabe cuánto le estoy agradecida. Realmente es todo un gusto haberlo conocido y tenido como guía pues no me queda más que decir que es un excelente tutor que verdaderamente se preocupa por el crecimiento y bienestar de los estudiantes. Gracias a usted pude terminar este ciclo en paz y con gran gozo. Realicé un trabajo del cual me enamoré y que quisiera poder seguir llevando a cabo. A usted también le dedico esta investigación del cual espero haya resultado de su agrado y haya podido cumplir sus expectativas. En verdad, muchas gracias...*

*Dr. Rolando Díaz Loving: No hay palabras para agradecer todo lo que ha hecho por mí pues no he recibido más que comprensión y orientación a lo largo de estos años. Muchas gracias por ayudarme a concluir un ciclo muy importante en mi vida.*

*Al Dr. Bernardo Emilio Turnbull Plaza por sus consejos, por su apoyo, tiempo, comprensión y ayuda en la realización de esta investigación.*

*A la Dra. Sofía Rivera Aragón por siempre impulsarme a afrontar mis miedos, a seguir luchando y por apoyarme en los momentos más difíciles.*

*Al Dr. Javier Aguilar Villalobos y al Dr. Ariel Vite Sierra quienes con sus valiosas aportaciones me ayudaron a mejorar metodológicamente esta investigación.*

*Un agradecimiento muy especial a las siguientes Instituciones de Asistencia Privada (IAP) quienes fueron invaluableles para la realización y concreción de esta investigación y que verdaderamente se preocupan por el bienestar de los niños y jóvenes (en orden alfabético):*

- *Fundación A Favor del Niño, IAP*
- *Fundación Casa Alianza México, IAP*
- *Fundación Clara Moreno y Miramón, IAP*
- *Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez, IAP*
- *Mensajeros de la Paz, IAP*
- *Fundación para el Servicio, IAP*
- *Fundación Renacimiento, IAP*
- *SEDAC, IAP*

*Así mismo, quisiera aprovechar para agradecer a las siguientes personas que, con sus aportaciones y esfuerzo, contribuyeron a la realización de este estudio:*

*Al Lic. Mario Alejandro Núñez Medina y su equipo de trabajo del Área de Psicología a cargo de la Lic. María Cristina Pérez Hernández*

*A la Hermana Felipa Garrido*

*A la Lic. Norma Reyes*

*A la Lic. Zorina Jiménez*

*A la Lic. Marcela Uriegas, a la Lic. Cynthia Hernández y a la Lic. María Dolores López Sánchez*

*Al Lic. José Vallejo Flores*

*Y finalmente agradezco a todas aquellas mujercitas que participaron en el proyecto y que gracias a quienes se hizo este trabajo.*

## *Dedicatorias*

*A mis padres, las personas más importantes de mi vida.*

*A mi hermano*

*A todas las mujercitas, pequeñas y jóvenes que compartieron su historia de vida, que pude conocer y atender personalmente, que ocupan un lugar especial en mi corazón y de las que aprendí a amar la vida, a luchar y a jamás rendirme. Esta investigación es para y por ustedes.*

*Pero Jesús dijo: “Dejen a los niños y no les impidan que vengan a mí porque el Reino de los Cielos pertenece a los que son como ellos.”*

*Mateo 19:14*

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>3. ANTECEDENTES TEÓRICOS</b> .....	<b>14</b>
CAPITULO I. MENORES Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE CALLE .....	16
CAPÍTULO II. MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE .....	279
CAPÍTULO III. INVESTIGACIÓN EN MÉXICO .....	301
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>315</b>
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL .....	315
OBJETIVO GENERAL .....	315
<b>5. MÉTODO</b> .....	<b>317</b>
ETAPA I. HACIA UNA CONSTRUCCIÓN PSICO-SOCIOCULTURAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE..	317
ETAPA II. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE .....	325
<i>ETAPA IIA. Adaptación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes</i> .....	326
<i>ETAPA IIB. Validación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes</i> .....	332
ETAPA III. ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE.	336
<i>ETAPA IIIA. Versión preliminar del taller cognitivo-conductual</i> .....	338
<i>ETAPA IIIB. Versión final del taller cognitivo-conductual</i> .....	342
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>351</b>
ETAPA I. HACIA UNA CONSTRUCCIÓN PSICO-SOCIOCULTURAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE..	351
ETAPA II. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE .....	361
<i>ETAPA IIA. Adaptación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes</i> .....	363
<i>ETAPA IIB. Validación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes</i> .....	369
ETAPA III. ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE.	402
<i>ETAPA IIIA. Versión preliminar del taller cognitivo-conductual</i> .....	403
<i>ETAPA IIIB. Versión final del taller cognitivo-conductual</i> .....	404
<b>7. DÍSCUSIÓN</b> .....	<b>428</b>
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>439</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>443</b>
<b>10. REFERENCIAS</b> .....	<b>451</b>

**TABLAS**

Tabla 1.	.....14
Tabla 2.	.....63
Tabla 3.	.....66
Tabla 4.	.....149
Tabla 5.	.....245
Tabla 6.	.....315
Tabla 7.	.....322
Tabla 8.	.....322
Tabla 9.	.....328
Tabla 10.	.....334
Tabla 11.	.....339
Tabla 12.	.....342
Tabla 13.	.....352
Tabla 14.	.....357
Tabla 15.	.....357
Tabla 16.	.....358
Tabla 17.	.....360
Tabla 18.	.....363
Tabla 19.	.....365
Tabla 20.	.....371
Tabla 21.	.....372
Tabla 22.	.....372
Tabla 23.	.....375
Tabla 24.	.....380
Tabla 25.	.....383
Tabla 26.	.....383
Tabla 27.	.....385
Tabla 28.	.....387
Tabla 29.	.....387
Tabla 30a y b.	.....389 y 390
Tabla 31.	.....392
Tabla 32.	.....393
Tabla 33.	.....394
Tabla 34a y b.	.....394 y 395
Tabla 35a y b.	.....396
Tabla 36.	.....401
Tabla 37a y b.	.....401 y 401
Tabla 38.	.....402
Tabla 39a y b.	.....403
Tabla 40.	.....404
Tabla 41a y b.	.....404 y 405
Tabla 42.	.....405
Tabla 43.	.....406
Tabla 44a y b.	.....407 y 414
Tabla 45.	.....418

**FIGURAS**

Figura 1.	.....73
Figura 2.	.....76
Figura 3.	.....77
Figura 4.	.....79
Figura 5.	.....82
Figura 6.	.....84
Figura 7.	.....86
Figura 8.	.....87
Figura 9.	.....90
Figura 10.	.....92
Figura 11.	.....95
Figura 12.	.....95
Figura 13.	.....105
Figura 14.	.....118
Figura 15.	.....121
Figura 16.	.....124
Figura 17.	.....128
Figura 18.	.....130
Figura 19.	.....131
Figura 20.	.....135
Figura 21.	.....136
Figura 22.	.....137
Figura 23.	.....168
Figura 24.	.....210
Figura 25.	.....216
Figura 26.	.....221
Figura 27.	.....222
Figura 28.	.....231
Figura 29.	.....234
Figura 30.	.....236
Figura 31.	.....240
Figura 32.	.....262
Figura 33.	.....263
Figura 34.	.....264
Figura 35.	.....267
Figura 36.	.....267
Figura 37.	.....269
Figura 38.	.....271
Figura 39.	.....284
Figura 40.	.....287

**GRÁFICAS**

Gráfica 1.	.....419
Gráfica 2.	.....419
Gráfica 3.	.....419
Gráfica 4.	.....420
Gráfica 5.	.....420
Gráfica 6.	.....420
Gráfica 7.	.....421
Gráfica 8.	.....421
Gráfica 9.	.....422
Gráfica 10.	.....422

**CUADROS**

Cuadro 1.	.....184
Cuadro 2.	.....226
Cuadro 3.	.....244

**ESQUEMAS**

Esquema 1.	.....312
Esquema 2.	.....344



# 1. RESUMEN

Las mujeres conforman el grupo más vulnerable de la población en situación de calle porque son víctimas potenciales de explotación laboral y sexual, de maltrato físico, incluido el sexual y psicológico, y de marginación, discriminación, exclusión social y censura en una proporción mayor que los hombres. Tomando en cuenta que se desconocen la magnitud y dimensiones actuales de la problemática y que aún no es objeto de una atención adecuada, se realizó esta investigación para examinar el efecto e impacto de una intervención cognitivo-conductual grupal breve en el bienestar subjetivo percibido de un grupo de mujeres en situación de calle al disminuir síntomas de ansiedad y depresión, y al incrementar habilidades asertivas y de regulación emocional. Para ello, el estudio se llevó a cabo en tres etapas. En la primera (Caracterización de mujeres en situación de calle), se aplicaron entrevistas semi-abiertas, abordando aspectos sociales, relacionados a la salud, de las relaciones afiliativas, actividad sexual y vida institucional, y sobre conductas de riesgo a 300 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad. Los resultados conseguidos mediante un análisis de contenido denotan la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, de inasertividad y de falta de regulación emocional. Por ende, en la Etapa II (Adaptación y validación de instrumentos), se seleccionaron diversos reactivos de instrumentos validados previamente con población mexicana que evalúan dichas variables, incluyendo el bienestar subjetivo. Se modificó la redacción de los ítems, se sometieron a tres jueces considerando un 80% de acuerdo inter-jueces, y se pilotearon tres veces con un total de 173 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad. Con base en la información recabada, se obtuvo una versión mejorada y corregida de la batería de pruebas elaborada que se aplicó a un grupo final de 240 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad. Los resultados alcanzados mediante el análisis de las propiedades psicométricas de las escalas (análisis descriptivos, de tendencias usando tablas de contingencia, de discriminación de reactivos empleando la prueba t de Student, de consistencia interna con el Alfa de Cronbach y análisis factoriales exploratorios y confirmatorios), denotan que la batería de pruebas cuenta con índices de confiabilidad y validez apropiados permitiendo, así, que sea retomada en aplicaciones posteriores con poblaciones similares. De esta manera, con tales instrumentos de medición, se procedió a la Etapa III (Intervención), en la que primero se elaboró una intervención cognitivo-conductual y se puso a prueba con un total de 17 menores en riesgo de calle de entre 8-17 años de edad, para identificar las técnicas cognitivo-conductuales eficaces para el grupo social bajo estudio, adaptándolas y adecuándolas a sus características observadas y necesidades detectadas. Los resultados revelan que las estrategias de psicoeducación afectiva, relajación (respiración diafragmática y depresiva, asertividad, entrenamiento autógeno), reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, solución de problemas y ensayo conductual son apropiadas para la atención de este colectivo social. Al tener una versión mejorada y corregida del tratamiento instrumentado, como parte de la Etapa III (Intervención), en segundo y último lugar se implementó dicha intervención en un grupo de 42 mujeres en situación de calle de entre 9-17 años de edad de un total de 84 participantes. Los resultados logrados muestran diferencias estadísticamente significativas en las variables de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, estrategias de regulación emocional y bienestar subjetivo usando la prueba t de Student para muestras independientes y relacionadas con efectos de tratamiento de moderados a altos según la d de Cohen. Así mismo, se determinó la significancia clínica del efecto del tratamiento estableciendo tres puntos de corte mediante los cuartiles y usando los métodos propuestos por Jacobson y Truax (1991), Speer (1992), Cardiel (1994) e Irvin (2011), encontrando a nivel grupal e individual cambios clínicos relevantes. Finalmente, se hizo un seguimiento a dos meses que reveló que los cambios se mantienen con el paso del tiempo. Por tanto, se concluye que el estudio brinda hallazgos únicos en términos de una intervención que logra atender eficazmente esta problemática.

**Palabras clave:** intervención cognitivo-conductual, mujeres en situación de calle, ansiedad, depresión, asertividad, regulación emocional, bienestar subjetivo

## Brief Cognitive-Behavioral Group Therapy for Homeless Women

### ABSTRACT

Women represent the most vulnerable group among homeless people because they are potential victims of labor and sexual exploitation, physical, sexual and psychological abuse, and marginalization, discrimination, social exclusion and censorship at a higher rate than men. However, worldwide there is little research on the subject. Consequently, their situation, not yet known or detected, does not receive proper care. This study examines the effects and impact of a brief cognitive-behavioral group therapy designed to enhance the subjective well-being of a sample of homeless women by diminishing anxiety and depression symptoms and by increasing assertive and emotion regulation skills. To fulfill this objective, the research was carried out in three phases. In the first one (Characterization of homeless women), in-depth interviews were conducted with 300 homeless women ages 6-23 years, addressing social, health related, interpersonal, sexual and institutional issues, as well as risk behaviors. Results achieved through a content analysis of the information gathered, denote the presence of anxiety and depression, unassertiveness and emotion dysregulation. Therefore, in Phase II (Psychometric validation), various items were selected from previous validated Mexican instruments that assess these variables, including subjective well-being. Changes were made in the wording of several items and submitted to evaluation with an 80% inter-rater agreement by a group of independent psychologists. The preliminary instruments were applied to 173 homeless women ages 6-23 years. Based on the data collected, an improved version of the scales was obtained and applied to 240 homeless women ages 6-23 years. Results from the psychometric analyses carried out (descriptive, crosstabs and Student's t-tests analyses, Cronbach's Alpha internal consistency, and exploratory and confirmatory factor analyses), indicate that the instruments have adequate indexes of reliability and validity. Hence, allowing their use in future researches with similar samples. With such scales, Phase III (Intervention) was conducted first to develop and test a cognitive behavioral intervention with 17 girls at risk of homelessness ages 8-17 years. Thus, enabling the identification of effective cognitive-behavioral techniques for this social group, that were subsequently adapted and adjusted to their observed characteristics and perceived needs. Such outcomes reveal the following strategies to be appropriate for the participants in this study: affective psychoeducation, cue-controlled relaxation, cognitive restructuring, thought stopping, problem solving and behavioral rehearsal. Taking into account this information, as the final part of Phase III (Intervention), an improved version of the designed treatment was applied to 42 homeless women ages 9-17 years among a total of 84 participants. Results reveal statistically significant differences in anxiety and depression symptoms, assertiveness, emotion regulation strategies and subjective well-being using Student's t-test for independent and paired samples with treatment effects that ranged from moderate to large according to Cohen's d formula. Furthermore, the clinical significance of the effect of the intervention was determined establishing quartile cut-points and using the methods proposed by Jacobson and Truax (1991), Speer (1992), Cardiel (1994) and Irvin (2011). Findings show clinically relevant changes. At two-month follow-up, participants showed improvement from pre-treatment on all measures. The current study provides unique findings in terms of an intervention that efficiently addresses the problem. Hence, this appears to be a promising intervention for restoring homeless women to a healthy developmental trajectory. As a result, the clinical implications of this research highlight the urgent need to design effective interventions based on the observed characteristics and identified needs among homeless women.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy, homeless women, anxiety, depression, assertiveness, emotion regulation, subjective well-being

## 2. INTRODUCCIÓN

El propósito general de la ciencia es establecer el conocimiento. La investigación científica es esencial para comprender los fenómenos naturales y para lograr que avance el conocimiento. Como tal, la promoción del bienestar infanto-juvenil requiere una población consciente y convencida de la importancia que tiene la realización de investigaciones científicas para alcanzar esta meta. Pues el desarrollo de los niños y jóvenes es un componente esencial de la familia y del futuro desenvolvimiento social, económico y cultural de la comunidad. Sin embargo, se debe reconocer que en los tiempos actuales la población infantil y juvenil, sobre todo aquella en situación de calle, tiene un alto grado de vulnerabilidad (De Rueda, 2007; Desarrollo Humano & Social, 2010; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Llobet, 2006; L. Rew, Taylor-Seehafer & Thomas, 2000; C. Ringwalt, Greene & Robertson, 1998; Van-den-bree et al., 2009), y son pocos los estudios que la han abordado.

Un sinnúmero de niños, adolescentes y jóvenes del mundo viven o trabajan en las calles en situaciones de gran riesgo. Se entiende riesgo como un conjunto de factores que determinan la posibilidad de que se produzca un daño o vulneración (Eroles, Fazzio & Scandizzo, 2001), y que pueden referirse a las situaciones estresantes o deficitarias a las que deben enfrentarse las familias y los recursos personales, familiares y sociales de los que dispongan para resolver estos problemas (Carretero et al., 2007). O, en el caso del niño o adolescente, a toda situación que lo enfrenta a vivir una experiencia violatoria de su integridad física y emocional, de la anulación de sus decisiones y de su capacidad objetiva y subjetiva de asumirla (Carro, Treguear, Jiménez & Ramírez, 1995; Tarín & Navarro, 2006). En estas circunstancias se violan sus derechos a la protección, a la recreación, a la seguridad, a la atención, al afecto y a tener una educación, cuidados de la salud y vida familiar sana y estable.

Aunado a lo anterior, conforman un colectivo en constante movimiento y de difícil acceso. Debido a ello, la obtención de información es muy complicada (Brase, 2011; Ennett, Federman, Bailey, Ringwalt & Hubbard, 1999; Fuentes & Rodríguez, 1995; Melandro, Perdomo & Sánchez, 2000; R. P. Sánchez, Waller & Greene, 2006). Adicionalmente, tienden a trabajar en lugares cada vez menos visibles. Por lo que la calle ha dejado de significar el espacio casi exclusivo y privilegiado donde los pequeños con más carencias se refugian en búsqueda de alternativas para subsistir. Los cruceros, plazas públicas y zonas turísticas ofrecen cada día menos facilidades para la realización de actividades económicas o remuneradas. Ello explica una disminución en la participación de menores en labores que se les ha considerado tradicionales y propias de ellos como serían la venta ambulante, payasitos, boleros o aseadores de calzado, billeteros, voceadores y repartidores de volantes, entre otras. Los espacios cerrados ofrecen la posibilidad de diversificar las actividades tendientes a la obtención de recursos: pueden dedicarse a lavar y cuidar autos, transportar o cargar bultos, sin tener que movilizarse a otro lugar y sin la presión de ser vigilado por las autoridades policíacas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] & Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 1996, 1999, 2004). Igualmente, muchos de los menores que viven en situación de calle pasan inadvertidos por su imagen; los vuelve casi indiferenciables respecto de otros adolescentes y jóvenes urbanos de sectores de bajos recursos que no están atravesando por la experiencia de vivir en la calle. Estas nuevas formas de invisibilidad dificultan considerablemente la posibilidad de cuantificar, medir y estimar la magnitud del fenómeno para el planteamiento e implementación de formas públicas y no públicas de intervención (Calderón-Gómez, 2003; Cordera, Ramírez & Sicardi, 2008; Danielle-Strickland, 2009; EDNICA, DAYA, Pro Niños de la Calle, San Felipe de Jesús & Yolia, Niñas de la Calle, 2010; A. Estévez & Silva 2006; Garza-Caligaris, 2009; Lebrero &

Quicios, 2005; C. Ringwalt, Greene, Robertson & McPheeters, 1998; E. Taracena, 2010). De igual manera, en la actualidad, los datos existentes no permiten dar cuenta de la proporción real de éste, puesto que las investigaciones realizadas han partido desde muy diversas metodologías, escenarios, fuentes de recolección de información, mediciones empleadas y concepciones respecto a este grupo social (Balachova, Bonner & Levy, 2008; Bucher, 2008; Comisión para el Estudio del Niño Callejero [COESNICA], 1992; Curiel, Núñez, Meléndez & Ortega, 2010; J. Greene, Ennett & Ringwalt, 1997; Keros et al., 2007; S. Kim, 1998; Puccini, 1996; Medina-Mora, Gutiérrez & Vega, 1997; Rose, Partes, & Movilizo, 1999; Salkowa & Fichter, 2003; Sanders, Lankenau, Jackson-Bloom & Hathaz, 2009; M. Saucedo & Taracena, 2011; The Lancet, 2005; Turnbull-Plaza, 1998); aunado al hecho de que muchos de los estudios efectuados no son sistematizados.

El niño o joven en situación de calle no es un fenómeno nuevo en la sociedad moderna dado que se tiene evidencia de su existencia desde el siglo XVI (Dubaniewicz, 1997; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007) o en la Biblia en la historia del hijo pródigo (Springer, 2001). Empero, su reconocimiento como un problema público es reciente, ya que con el paso de los años se ha agudizado y hecho visible (Acevedo, 2003; Davey, 2007; End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes [ECPAT], Internacional & Guatemala, Organización Internacional para las Migraciones [OIM] & Casa Alianza, 2002; D. Fernández, 1995; Gurrola, 1998; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Roze et al., 1999; Sauri-Suárez, 2005; Trinidad, 1998). De hecho, en América Latina, a partir de la década de los 80's adquiere mayor visibilidad como consecuencia de las crisis económicas (B. Gutiérrez, 1992; Herrera-Bautista, 2009; Medina-Mora, 2000; Organización de las Naciones Unidas [ONU] & Comisión Económica para América Latina & El Caribe [CEPAL], 2001; Pérez-López & Arteaga, 2009; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a, 1996c; Riquer-Fernández, 1998), porque el gobierno ha sido incapaz de satisfacer las necesidades básicas de la población: salud, alimentación, vivienda, educación, empleo y recreación; tal y como ha ocurrido en diversos lugares de Europa Occidental (Daly, 1996) y otros países como Estados Unidos (Hayes, 1989; Webb, J. Culhane, Metraux, Robbins & D. Culhane, 2003) y Canadá (O'Connell, 2004). Además, las acciones para hacer frente a este problema han sido insuficientes (Early, 2005; Fletes, 1999; Kellet & Moore, 2003; Muñozcano, 2007; E. Ponce, 1987; M. Ponce, 1997), pues no se han reconocido los derechos de estos menores y jóvenes y no se ha considerado la percepción del problema y las necesidades expresadas por los mismos. Como tal, el problema crece día con día. Así mismo, en las sociedades europeas desde la década de los ochenta se viene observando un aumento del número de personas sin hogar tanto infantes como adultos dada la situación precaria en la que se encuentran (Cabrera, Malgesini & López, 2002).

Se calcula que hay por lo menos 100 millones de menores y jóvenes en situación de calle en el mundo. De los cuales, 40 millones son de América Latina, 30 de África, 25 de Asia y el resto de países avanzados (L. L. Aptekar, 1989a; Borjón, 2010; J. Ensign & Gittelsohn, 1998; Espinosa-Yáñez, 1997; Forselledo, 2001; A. Hernández, 2005a; T. Rodríguez, N. Rodríguez & Perozo, 2007; Thomas-De Benítez, 2000; Volpi, 2002), como Estados Unidos en donde se cree que hay entre 1.2-1.5 millones (Bass, 1994). En contraste, varios autores (DIF, 2006; Matus & Piña, 2001; Núñez, 1997) mencionan que en el mundo existen 150 millones de niños y adolescentes en situación de calle, de los cuales 100 son de América Latina y aproximadamente 12 se localizan en México. De hecho, Esponda (1999) señala que uno de cada diez infantes en situación de calle ha convertido a ésta en su casa. En la Ciudad de México, se supone que hay 16,200 menores callejeros (P. Martínez, Rosete & De los Ríos, 2007) y que la cifra aumenta, en promedio, 15% al año (K. Juárez, 2007). Actualmente, se desconoce la cantidad real de menores y jóvenes en situación de calle. Adicionalmente, no es un grupo social que se incluye en las encuestas y censos oficiales. Globalmente, no hay estadísticas al respecto

y las cifras más confiables son las proporcionadas por las organizaciones no gubernamentales (Harvey, 2005).

Los menores y jóvenes en situación de calle son la manifestación extrema del deterioro y exclusión social porque están por debajo del mínimo necesario para acceder a los servicios o recursos (Alor-Luna, 1999; Aviles de Bradley, 2008; Lovera & García, 2006; E. Martínez, 1988; E. Rice, Milburn, Rotheram-Borus, Mallett & Rosenthal, 2005; T. Scanlon, Tomkins, Lynch & F. Scanlon, 1998), y carecen de acceso al poder de decisiones sobre su propio destino social y económico (Guerrero & Palma, 2010; Oakley & Salazar, 1993; Palomas, 1999; Richards & Smith, 2007; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 1995). Por tanto, la exclusión social es el resultado de un grave proceso de desigualdad en la satisfacción de las necesidades humanas que conduce a la pobreza, la marginación, la injusticia, la privación, la falta de oportunidades, al no reconocimiento de derecho, a dificultades graves desatendidas y a la vulnerabilidad (Cabrera et al., 2002), que implica aquellas características personales y del entorno sociocorrelacional próximo que colocan al niño y adolescente en una posición de indefensión y fragilidad ante el proceso de desarrollo sociopersonal al que se enfrenta (Castellanos, Fernández, Guzmán & Rosales, 2006).

Se desenvuelven en una situación de gran vulnerabilidad en términos biopsicosociales debido a que viven en condiciones extremadamente difíciles como consecuencia de desventajas sociales dado que duermen en espacios públicos o en viviendas de materialidad inadecuada (Hadland, Kerr, Li, Montaner & Wood, 2009; Hamm & Holden, 1999; Hyde, 2005; Pesqueira, 2000; M. Raffaellia & Koller, 2005; Santos et al., 1998; Towe, Hasan, Zafar & Sherman, 2009; Walters, 1999), están expuestos a todo tipo de enfermedades e infecciones, incluyendo las de transmisión sexual, son víctimas de explotación laboral y sexual y de maltrato físico y psicológico, no tienen acceso a una educación y a cuidados médicos (Castro-Cavero, 2008; Espínola, Glauser, R. Ortiz & S. Ortiz, 1989; Saewyc & Edinburgh, 2010; Stewart et al., 2004), permanecen por tiempo prolongado en un entorno violento y criminal, no reciben servicios de calidad (Abdalian, 2004; DIF, 2006; Fletes, 1999; García-Ugarte, 1989; Jones, 2009), y se encuentran en un estado de abandono y pobreza extrema. Por ejemplo, en México, más de 100 mil niños se hallan en una situación de abandono (Almazán-Argumedo, 2009). Respecto al abandono, éste puede ser emocional o físico (Balcells & Alsinet, 2000; Cruces & Fredianelli, 1984; C. Fujimura, 2005). El abandono emocional se refiere a la ausencia de respuesta de manera persistente por el cuidador primario a ciertas señales o determinadas expresiones emocionales del menor o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia los adultos, a la falta de una formación intelectual y de una corrección y vigilancia de la conducta de los niños, conduciendo, de esta manera, a alteraciones en el desarrollo de la personalidad del infante. El físico comprende la carencia de asistencia, vivienda y de alimentación dando como resultado tanto insuficiencias en el crecimiento físico (p. ej.: peso, talla y perímetro cefálico) como alteraciones emocionales (p. ej.: depresión, apatía) (R. Gutiérrez & Vega, 1992). En cuanto a la pobreza extrema, ésta se refiere a cuando el monto del ingreso en los hogares no alcanza a cubrir los gastos de la Canasta Submínima (CSM) en alimentación, educación, salud, higiene y vivienda (Fait, 2008). Por otra parte, su vulnerabilidad es mayor al carecer del apoyo y protección de una familia y de la sociedad en general (Meade & Slesnick, 2002).

Aunado a lo anterior, son marginados, explotados y discriminados por la sociedad (Brandon, 1998; Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [CDHDF], Espacios de Desarrollo Integral, A. C. [EDIAC] & UNICEF, 1996; R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1993, 1994; Mondal, Ghosh & Ray, 2011; Powers-Costello & Swick, 2008; QUIERA, Fundación de la Asociación de Banqueros de México, A.C., Fundación Casa Alianza, México, IAP, Mamá, A.C., Fundación Déjame Ayudarte, IAP & Visión Mundial de México, A.C., 1999; L. Rew, Rochlen & Murphey, 2008). La marginación se manifiesta en la carencia de servicios

básicos, de salud, educación y empleo, y en la falta de oportunidades de progreso (M. Benítez, Languín & Sánchez, 2000; Gervilla, Galante & Martín, 2000; E. González, 1996). Como ejemplo de la discriminación de la que son objeto, están los términos usados por la sociedad para referirse a este grupo social: en Ruanda se usa la palabra “Mayibobos”, en Estados Unidos “Throwaways”, “Gamines” en Colombia (L. L. Aptekar, 1989b; Entrena, 2001; Thomas, 2007), “Garoto y Menino de Rua” en Brasil (Dimenstein, 1994; Rodríguez-Gabarrón, 1993), “Polillas” en Bolivia (Proyecto de Educación a Distancia, 1996a), “Aurulaci” en Rumania (Nicholas, 2011), y en México, se han usado los términos “Niños Pordioseros o Pedigüños” (Arroyo, 2007) o “Pelones” (K. Lalor, 1999).

Las circunstancias en las que se desarrollan los obligan a realizar estrategias de supervivencia, entre las que destacan: establecerse en grupos para protegerse, consumir drogas como medio de escape, relacionarse de forma violenta para resguardarse de abusos y otras agresiones, cometer actos delictivos para la obtención de recursos y encontrar refugio o abrigo para pernoctar. Por consiguiente, dicho fenómeno constituye un problema con implicaciones sociales, políticas y económicas complejas que requiere la elaboración inmediata de estrategias efectivas por la sociedad (Dalton & Pakenham, 2002; Figa, Vázquez & Fletes, 1995; Picornell, 2006; Y. Rodríguez & López, 2009; Stratigos et al., 1999). Adicionalmente, el tiempo que transcurren en la calle determina su grado de arraigo y afecta las posibilidades reales de desvincularse de ella (Demetrio, 2006; Medina & Velázquez, 1992; Peschard, 1992; Robert, Pauzé & Fournier, 2005; M. Taylor-Seehafer et al., 2007; S. Thompson, Safyer & Pollio, 2001; S. Thompson, Jun, Bender, Ferguson & Pollio, 2010), e incrementa el deterioro físico, psicológico, conductual y socioemocional (Brooks, Milburn, Rotheram-Borus & Witkin, 2004; L. Whitbeck, Hoyt & Wan-Ning, 2000). También, a mayor profundidad y extensión del proceso de callejerización, proceso en el cual el niño va haciendo suyo el espacio nombrado calle (Mondragón, 2005), aumenta la desviación de las normas convencionales de la sociedad (K. Tyler, Hoyt, Whitbeck & Cauce, 2001), la asociación con grupos de riesgo (p.ej.: delinquentes, narcotraficantes, que se dedican al comercio sexual, etc.) (K. Tyler & Beal, 2010), incrementa la frecuencia en el uso de la droga y la diversidad de psicotrópicos a los que recurren (Morakinyo & Odejide, 2003; D. Rosenthal, Mallet, Milburn & Rotheram-Borus, 2008; Sauri-Suárez, 2009; Torres-de Carvalho et al., 2006; E. Votta & Manion, 2004), es mayor la probabilidad de ser víctima de explotación sexual comercial y de violencia física y psicológica (M. Taylor-Seehafer et al., 2007; K. Tyler & Johnson, 2006a), aumenta la posibilidad de incurrir en la realización de actividades ilícitas para subsistir (E. Votta & Manion, 2004), y acrecenta la resistencia de acoplarse a las normas de las instituciones asistenciales (Cárdenas, 2010; P. Murrieta, 2010). Aunado a lo anterior, a mayor edad y la carencia de una vivienda fija o estable, conduce a realizar conductas de riesgo (N. Slesnick & Kang, 2008). A pesar de ello, el gobierno mexicano ha ignorado la dimensión del problema y carece de diagnósticos confiables, concepciones claras y líneas de acción bien definidas (Children’s Rights Network in México, 2005; R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1992; Y. Rodríguez, 2003; Soriano et al., 2005). Para el gobierno, no pueden admitirse públicamente o subrayarse muchos de los problemas asociados con los menores en situación de calle. La pobreza, la violencia intrafamiliar (fuertemente asociada con la carencia) y la crisis de la familia mexicana son situaciones negativas en el manejo de la política. Cuando no puede ocultarse lo evidente, resulta más fácil negarlo que reconocer su existencia (P. Murrieta, 2008).

Respecto a las niñas y jóvenes en situación de calle, se suelen generalizar las características del varón aplicándolas a las niñas por igual sin tomar en consideración que ser niño o niña representa una diferenciación biológica y cultural, pues lo que la sociedad atribuye al ser mujer dista mucho de lo que significa ser hombre sobre todo en circunstancias de vulnerabilidad. Así mismo, hasta donde se ha revisado, no se tiene información sistematizada sobre dicha población. Existen algunos antecedentes teóricos

sobre ellas en estudios generales sobre niños en situación de calle y sobre poblaciones marginales. Empero, su problemática, por no ser conocida ni detectada, todavía no es objeto de una atención adecuada (Pierre, 1996; Rábago-González, 2009; L. Vega, Gutiérrez, Rodríguez & Galván, 2002). Ante lo cual, destaca la necesidad de efectuar investigaciones al respecto puesto que las niñas y adolescentes conforman el sector más vulnerable de la población en situación de calle ya que son víctimas potenciales de explotación sexual y laboral, de maltrato físico y psicológico y de marginación, exclusión social, discriminación y censura en una proporción mayor que los niños (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública [CESOP] & Cámara de Diputados, 2005; Del Río, 2008; Edinburgh, Saewyc, Thao & Levitt, 2006; L. García, Carinhanha & Costa, 2009; R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006; Obando, Kliwer, Murrelle & Svikis, 2004; Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica [PNUFID], 1998; L. Rew, Taylor-Seehafer, Thomas & Yockey, 2001; S. Thompson, Zittel-Palamara & Maccio, 2004; L. Wenzel, Hambarsoomian, D'Amico, Ellison & Tucker, 2006; L. Whitbeck, Hoyt & Ackley, 1997a; L. Whitbeck, Hoyt & Ackley, 1997b; L. Whitbeck, Chen, Hoyt, Tyler & Johnson, 2004; L. Whitbeck, Chen & Johnson, 2005). Aunado a lo anterior, provienen de núcleos familiares y ambientes comunales caracterizados por la presencia de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, circunstancias que también incrementan la vulnerabilidad de las mujeres en situación de calle (Stermac & Paradis, 2001).

Consecuentemente, disminuir el problema de los menores y jóvenes en situación de calle es un trabajo integral entre el gobierno federal y local, las instituciones públicas y privadas así como la participación de la sociedad en general. No obstante, existe falta de apoyo a investigaciones apropiadas mediante una normatividad adecuada que permita obtener fondos públicos permanentes y de buena calidad. Con ello, se dificulta e inclusive impide el lograr un mayor impacto en las condiciones generales de vida que padece esta población conduciendo, de esta manera, a un mayor arraigo a la calle y a la presencia de formas más complejas de vida callejera como son las madres adolescentes callejeras y generaciones nacidas en calle.

Razón por la cual el propósito fundamental de esta investigación consiste en dotar de herramientas a las niñas y adolescentes en situación de calle mediante la implementación de un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento tomando en cuenta el contexto sociocultural en el que viven buscando, así, mejorar su desenvolvimiento en los ámbitos inmediatos en los que participan: familiar, escolar, laboral, social e institucional.

La terapia conductual evolucionó a partir de los preceptos teóricos de los condicionamientos clásico y operante, reconociendo la relevancia que tienen las interpretaciones de los individuos como mediadoras de la interacción con su medio ambiente. Es decir, el enfoque conductual es no mediacional pues enfatiza la influencia directa del ambiente sobre la conducta del individuo. En cambio, la perspectiva cognitiva es mediacional dado que se basa en los sentimientos y pensamientos que guían la conducta. Así, la terapia cognitivo-conductual (TCC) combina un enfoque conductual con el cambio de cogniciones. El objetivo central de dicha terapia consiste en evaluar los procesos cognitivos disfuncionales de los individuos para posteriormente reestructurar tales procesos rompiendo, de esta manera, con los patrones conductuales y emocionales asociados (Kendall, 2000). En consecuencia, la meta de este tratamiento es ayudar a las niñas y jóvenes a adquirir mejores estrategias de afrontamiento que les permitan mejorar sus circunstancias de vida. La idea es que ellas aprendan a hacerlo por sí mismas. De ahí que para este estudio se retome este modelo con el fin de proponer e implementar una intervención dirigida al aprendizaje e internalización de destrezas funcionales por parte de

niñas y jóvenes, para su adecuado desenvolvimiento en los distintos ámbitos de los que forman parte.

Para cumplir con el objetivo propuesto siguiendo un enfoque cognitivo-conductual, la presente investigación se llevó a cabo en tres fases. En la primera Etapa (Caracterización de mujeres en situación de calle), se exploraron diversos elementos para determinar quiénes son las mujeres en situación de calle, cómo son y las particularidades de los ámbitos en los que se desenvuelven. Como tal, se evaluaron aspectos concernientes a sus características sociales, a sus relaciones afiliativas (familia, pareja y grupo de pares), a sus conductas de riesgo (actividad sexual, consumo de sustancias, conductas delictivas), a su salud físico-mental, a su comunidad de origen y a su institución asistencial de residencia. Así, de esta manera, se obtuvo un panorama general del fenómeno y de su magnitud y dimensiones actuales mediante el cual se identificaron algunas de las diversas problemáticas que aquejan a este colectivo social. Ello con el fin de inducir cambios que promuevan su integridad físico-psicológica y que contribuyan a disminuir gradualmente el fenómeno. Dado que resulta imposible querer abarcar todas en un mismo trabajo por falta de recursos económicos, humanos y temporales, se eligieron aquéllas no abordadas anteriormente hasta donde se revisó, que aminoran la calidad de vida de la población femenil en situación de calle repercutiendo negativamente en su bienestar biopsicosocial y que son susceptibles de ser modificadas mediante la labor del psicólogo. Por tanto, se seleccionaron como objeto de estudio a las variables de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo. Una vez identificados tales factores, resulta necesario contar con instrumentos confiables y válidos que permitan hacer un diagnóstico adecuado de los mismos a partir del cual se puedan planificar e implementar líneas de acción bien definidas. Consecuentemente, en la Etapa II (Adaptación y validación de instrumentos), se adaptaron escalas de medición para síntomas de ansiedad y depresión, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo siguiendo un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante que posibilite la obtención de información confiable y válida referente a dichas variables en este grupo social y mediante la cual se elaboren e implementen tratamientos efectivos de atención. Por último, al tener una batería de pruebas con índices de confiabilidad y validez que puedan ser considerados como indicadores veraces de las propiedades psicométricas de la misma, se procedió a la Etapa III (Intervención) para instrumentar y llevar a cabo una intervención dirigida a disminuir síntomas de ansiedad y depresión y a aumentar el nivel de asertividad y de regulación emocional. Como resultado, se cambiaron las conductas disfuncionales y se fomentaron las adaptativas incrementando, de esta forma, el bienestar subjetivo de las menores y jóvenes en situación de calle.

### 3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

La meta de la investigación clínica y aplicada no es sólo el planteamiento de procedimientos efectivos, sino también el aseguramiento de que éstos tomen en cuenta las preocupaciones de la sociedad y las de los consumidores de la terapia.

Wolf (1978) introdujo la noción de validación social que atrajo la atención hacia el contexto social de la investigación de intervención. Como se formularon de manera inicial, existen tres tipos de preguntas centrales para la validación social:

- a. ¿Son relevantes las metas del programa cognitivo-conductual para la vida cotidiana?
- b. ¿Son aceptables los procedimientos de tratamiento para los consumidores y la sociedad en conjunto?
- c. ¿Son importantes los resultados de la terapia (los cambios) y crean una diferencia en la vida diaria de los individuos?

Por tanto, para cualquier investigación sobre intervención es necesario considerar el contexto social en el que se desenvuelve el individuo o grupo de atención. Debido a ello, de acuerdo con el Modelo Cognitivo-Conductual, los pasos para poder proponer tratamientos efectivos son los siguientes (A. Kazdin, 2000):

#### 1. Diagnosticar el problema.

Consiste en hacer un análisis funcional de una conducta que se desea modificar (conducta blanco: comprende el aspecto cognitivo, emocional e instrumental). El análisis funcional es un esfuerzo sistemático para identificar las relaciones entre conductas y sus antecedentes o consecuencias con las cuales pueden estar asociadas. Es un elemento clave para una intervención exitosa. La conducta es una función de algunas condiciones, esto es, no ocurre al azar o sin alguna relación con los eventos en progreso dentro del ambiente del individuo. Por ende, el objetivo del análisis funcional es examinar de manera más precisa qué contribuye a la conducta de forma tal que la información pueda usarse para identificar intervenciones efectivas. Como resultado, el análisis funcional puede emplearse para determinar los factores que influyen la conducta para generar hipótesis que lleven a la propuesta de un tratamiento. Es en este diagnóstico en el que se incluyen las características de los distintos ámbitos en los que se desenvuelve el individuo (físico, socio-cultural, laboral/académico e interpersonal). Así mismo, comprende las características psicosociales propias de la persona. Dicha información se obtiene de distintas fuentes de recolección de datos como son la observación directa o encubierta, las entrevistas, los instrumentos de medición y los antecedentes teóricos (V. Caballo, 1998; Granvold, 1994). Consecuentemente, en la presente investigación, se comenzará con la revisión de la literatura de investigación sobre menores y jóvenes en situación de calle (Capítulo I: Menores y jóvenes en situación de calle), para conocer quién es la población bajo estudio (apartado de Conceptuación, Capítulo I), cuáles son sus características psico-socioculturales principales (apartado de Perfil, Capítulo I) y sus conductas de riesgo (apartado de Conductas de Riesgo, Capítulo I), para indagar cómo se va dando el proceso de salida del hogar e inserción en el mundo callejero (apartado de Proceso de Callejerización, Capítulo I), para identificar los factores antecedentes (apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I), y las consecuencias (apartado de Consecuencias, Capítulo I) del fenómeno en cuestión, para examinar la manera en la que éste se ha abordado (apartado Modelos Explicativos, Capítulo I), y atendido (apartado Intervenciones, Capítulo I), y, finalmente, para explorar tal fenómeno específicamente en la población femenina en situación de calle (Capítulo II: Mujeres en situación de calle), y en México (Capítulo III: Investigación en México). De esta manera se obtendrá una



comprensión integral de la magnitud y dimensiones actuales de la problemática. A partir de lo cual, se podrá seleccionar apropiadamente a la conducta blanco objeto de intervención y se utilizará la información para proponer una terapia efectiva. Es imposible pretender inducir cambios y promover mejoras sin esta comprensión.

## 2. Elaborar un plan con base en el diagnóstico.

Implica realizar un plan de tratamiento mediante los datos obtenidos con base en el diagnóstico. Esto es, partiendo de las características y necesidades detectadas en la población objetivo. Así, se asegura la elaboración de una terapia efectiva acorde al grupo social bajo estudio.

## 3. Poner a prueba el plan bajo condiciones controladas

Se lleva a cabo este paso con el fin de poner a prueba la intervención y hacerle los ajustes y modificaciones apropiados que permitan inducir cambios en la conducta blanco que promuevan un mayor bienestar biopsicosociocultural tanto para el individuo al que va dirigido el programa como para la sociedad a la que pertenece.

## 4. Evaluar los resultados

En este paso, se mide la conducta blanco en el curso de diferentes condiciones. Cualesquiera comportamientos relacionados que puedan ser de interés (p. ej.: efectos colaterales, conducta prosocial), también pueden examinarse. De esta evaluación, se identifica el tratamiento más efectivo o pueden iniciarse los pasos otra vez comenzando con el primero.

## 5. Colocar el programa en su lugar

Por último, para el planteamiento de una intervención efectiva, se implementa la terapia en el sitio en que se requiere (p. ej.: en el hogar, la institución asistencial o la escuela) y con la población de interés. La meta de una terapia eficaz es ayudar a las personas a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, y, de esta forma, construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta tanto inter como intra personales. El fin último es apoyar al individuo enseñándole como adquirir mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. La idea es que aprenda a hacerlo por sí mismo (Buela-Casal & Caballo, 1991).

Entonces, como el objetivo central de la presente investigación es la elaboración e implementación de un tratamiento cognitivo-conductual efectivo, los cinco pasos descritos anteriormente se usarán como lineamientos para la realización de la misma. Se empezará por diagnosticar el problema para obtener información mediante la literatura de investigación revisada (Capítulos I: Menores y jóvenes en situación de calle, II: Mujeres en situación de calle y III: Investigación en México), las entrevistas semiestructuradas (Etapa I del estudio: Caracterización de mujeres en situación de calle), y los instrumentos de medición culturalmente relevantes (Etapa II del estudio: Adaptación y validación de instrumentos). Posteriormente, se procederá por proponer un plan de intervención, ponerlo a prueba e identificar, de esta forma, la terapia más efectiva en la inducción de cambios y obtención de mejoras para el grupo social en cuestión (Etapa III de la investigación: Intervención).

## **Capítulo I. Menores y jóvenes en situación de calle**

### **Conceptuación**

En las diversas etapas históricas y en las distintas culturas se ha definido de múltiples maneras lo que significa ser niño, joven, adulto o anciano (Barry, Ensign & Lippek, 2002; Leñero, 1998; Soriano et al., 2005). De ahí que sean conceptos influidos por circunstancias histórico-sociales. Por ende, no existe una definición uniforme ni un rango de edad específico que permita delimitar lo que es un niño, un adolescente o un joven. Por ejemplo, en su artículo 1°, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) define como niño o niña a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad (Liebel & Martínez, 2009; ONU, 2006). Papalia, Olds y Feldman (2009) dividen la infancia y adolescencia en etapas: Primera infancia (0-3 años), Segunda infancia (3-6 años), Tercera infancia (6-11 años) y Adolescencia (11-20 años). En México, desde el punto de vista jurídico, niño es aquel menor que por la carencia de plenitud biológica comprendida desde el momento del nacimiento viable hasta cumplir la mayoría de edad, no tiene aún la capacidad de decisión ni de discernimiento en las situaciones determinantes de su vida y por tanto, la ley le restringe sus capacidades y le brinda jurisdicciones especiales que lo salvaguarden (DIF, 2006). Es decir, son menores de edad, los niños y niñas que tengan hasta 18 años incumplidos (Thomas-De Benítez, 2000).

Esta situación lleva al abuso por omisión o inclusión, según se utilice dicho término para obtener un beneficio o denegar algún derecho que le corresponde al niño o niña (Fait, 2008; Mansilla, 1989; Salguero-Velásquez & Yoseff-Bernal, 2009).

El niño o niña es un ser social activo y pleno de derechos, con una especificidad personal activa, biológica, psicosocial y cultural en expansión. Si bien constituye una etapa privilegiada de la humanidad en la que se construyen los elementos que son necesarios para el desarrollo del ser humano como individuo y como grupo social (Becerra-Pedraza, 2009; Franco-Valdivia, 2009; Lebrero & Quicios, 2005; Nwabah & Uko-aviomoh, 2006), no es sino hasta el siglo XX que los niños adquieren una importancia inusitada ya que, por ejemplo, hasta el siglo XVI fueron considerados como adultos de menor tamaño, adultos en miniatura, diferentes de las demás personas únicamente por ser menores. No poseían, consecuentemente, un estatus específico. De este modo, antes del siglo XVII, no existía la infancia como un espacio separado del mundo adulto. A partir del siglo XVIII, con Rousseau, el niño adquiere definitivamente el estatuto de individuo infantil (Uribe-Etxebarria, 1996; Viera-Dornelles, 2009).

En 1924, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) avaló la primera Declaración de los Derechos del Niño expresando la obligación de la humanidad de aspirar a lo mejor para los niños independientemente de etnia, nacionalidad y religión. Posteriormente, en 1948, aprobó la Segunda Declaración de los Derechos del Niño, la cual se centraba en la protección y en la beneficencia sin reconocer la autonomía de los infantes, su rol activo en la sociedad y la importancia de sus deseos y sentimientos. Once años después, el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que no sólo se refiere a las necesidades materiales de los niños, sino que también incluye la necesidad de ser amados y comprendidos. No obstante, estas declaraciones sólo constituyeron expresiones de buena voluntad y no fueron concretizadas en tratados con fuerza legal. Fue hasta 1989 que la ONU aprobó la CDN por unanimidad y el 2 de septiembre de 1990 el tratado entró en vigor con fuerza legal para todos los Estados que lo ratificaron. En México, la CDN fue aprobada en 1990 y, de acuerdo con el artículo 133 de nuestra Constitución Política, adquirió el rango de Ley Suprema del Estado Mexicano comprometiéndose, así nuestro gobierno, a cumplirla (M.

Benítez et al., 2000; Dubaniewicz, 1997; Educación sin Fronteras, 2007; Eroles et al., 2001; Franco-Valdivia, 2009; Gervilla et al., 2000; Gomezjara et al., 1995; Post, 2003; Sauri-Suárez, 2006). Pese a ello, en nuestro país, no hay una cultura de protección hacia el más pequeño, y tampoco la conciencia de que hay que brindarles principios, orientación, cuidados y cariño (Calderón-Gómez, 2003; Figa et al., 1995; Sauri-Suárez, 2009). Para el caso de las mujeres, no fue sino hasta la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Pekín en 1995 que se planteó quizá con mayor dramatismo y energía que nunca, la urgencia de establecer mecanismos de prevención de la distinción niño/niña en tanto que la desigualdad de género no sólo afecta la vida presente de las niñas, sino que condiciona su futuro como mujeres (Riquer-Fernández, 1998a, 1998b; Riquer-Fernández & Eternod, 1998)

Como puede observarse, a lo largo de la historia se ha relegado a la niñez y, a pesar de la existencia de la CDN, que es la máxima norma de protección y defensa de los derechos de los menores en el mundo, las políticas implementadas en bienestar de la población infantil y adolescente han sido insuficientes y poco eficaces. En consecuencia, hay miles y millones de menores que viven en la miseria, sin alimentos adecuados, sin acceso a la educación, a servicios básicos de salud y privados de afecto, de atención familiar y de la protección de un adulto. Ante lo cual, viven bajo condiciones de vida deplorables. Tales circunstancias repercuten en su desarrollo biopsicosocial, dificultando, de esta manera, la posibilidad de tener una vida mejor. Como parte de estos menores, se encuentran aquéllos en situación de calle ya sea porque transitan porque carecen de una residencia fija y estable o porque están en riesgo de iniciar dicho proceso.

Aunque hay indicios de juventud callejera durante la Edad Media (DIF, 2006), no es sino hasta fines del siglo XIX en Europa y específicamente en 1851 en Inglaterra, que el término general “Niño de la calle” fue ideado por Henry Mayhew al escribir *London Labour and the London Poor* (Scanlon et al., 1998). Durante esa época fue usado por organizaciones caritativas para referirse a niños que no se sometían a los ideales predominantes de una infancia en familia (Carretero et al., 2007; Castro-Cavero, 2008; García-López, 2000; Lucchini, 1996; M. Luna, 1994; Palacios & Cándido, 2001; Picornell, 2006; Tarifa, 1994; L. Vega et al., 2002) y que surgieron como consecuencia de las crisis socioeconómicas vividas durante esa época (Kristine, 1997). Sin embargo, es hasta 1979, año declarado por las Naciones Unidas como año del infante, que la expresión comenzó a ser uso del dominio público. A partir de entonces, dicho vocablo se ha aplicado a la niñez en alto riesgo de las áreas urbanas, suburbanas y rurales, sin tomar en cuenta las diferencias entre ellos. No son todos abandonados y no todos viven en la calle. No es lo mismo un niño de la calle que fue abandonado por sus familiares a otro que se salió de su hogar, que trabaja en la calle pero cuenta con una familia o que trabaja en las calles porque sus familiares lo obligan (Phelan & Link, 1999). Aunado a lo anterior, de acuerdo con sociólogos y antropólogos, el término “menores callejeros” es un constructo social que no agrupa una población claramente definida y homogénea (Thomas, 2007). A pesar de ello, se han elaborado múltiples definiciones al respecto que varían de acuerdo con el país y la época. Por ejemplo, el concepto norteamericano para referirse en forma genérica a dicho fenómeno es la palabra “Homeless” y el proceso o situación de la persona en dicha condición, “Homelessness” (Ossa, 2005; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b). De acuerdo con R. Gutiérrez y Vega (2009), la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que los niños callejeros son todos aquellos menores de 18 años que pueden vivir literalmente en la calle y estar preocupados por sobrevivir y encontrar donde refugiarse, pueden haber sido abandonados por sus familiares o no tener ningún familiar, pueden estar separados de sus familiares e ir de uno a otro amigo o vivir en refugios tales como edificios abandonados o posadas, pueden estar en contacto con sus familiares pero pasan casi todos los días y algunas noches en la calle a causa de la pobreza porque

viven amontonados en su vivienda o porque sufren abuso físico o sexual en su residencia. Pueden estar bajo el cuidado de una institución por haber carecido de hogar y están en riesgo de regresar a una existencia sin hogar o pueden haber nacido al interior de un grupo de niños que subsisten en las calles.

En 1983, en México, al crecer y agudizarse el fenómeno del niño en situación de calle, se crea el programa Menor en Situación Extraordinaria (MESE) producto de la actividad conjunta del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la UNICEF. Se empleó la expresión “menor en situación extraordinaria” para denominar a los “callejeros”. Como tal, existe tal conceptualización desde por lo menos el año de 1983 (De Anda, 1992; Figa et al., 1995; Fletes, 1994, 1999; B. Gutiérrez, 1992; Medina & Velázquez, 1992; Ovidio-López, 1990; Peschard, 1992). Por su parte, el gobierno mexicano definió al niño de la calle como el menor que mantiene lazos de manera ocasional con su familia o algún miembro de ésta, pernocta en la calle y en ella lleva a cabo sus actividades de subsistencia. Es más susceptible de observar conductas antisociales o ser objeto de explotación. Finalmente, por lo general ha desertado de toda actividad académica (Pierre, 1996).

A partir de la década de los 80's tanto a nivel mundial como en nuestro país, se empezaron a proponer diferentes terminologías para tratar de definir al fenómeno en cuestión. Dado que son múltiples las concepciones que se han elaborado para abordar a la población infantil y adolescente en situación de calle, a continuación (ver Tabla 1) se presentan tan sólo algunos ejemplos de las que se han usado desde el siglo XX y hasta principios del presente siglo puesto que, a pesar de ser un fenómeno que ha existido desde tiempos tan remotos como las antiguas civilizaciones, no es sino hasta bien entrado el siglo XX que adquiere mayor relevancia al crecer desmesuradamente como consecuencia de las crisis económicas vividas por las distintas naciones del mundo y ante la falta de una atención integral adecuada.

Adicionalmente, con fines de facilitar la comprensión al lector, se determina la postura (social, cultural, económica, jurídica, médica o psicológica) desde la cual cada concepción fue planteada. La perspectiva social hace referencia al comportamiento individual y grupal marcado por roles y pautas establecidos por la sociedad a la que el menor pertenece. La cultural se refiere a un sistema organizado de significados que incluye actitudes, valores y conductas que permiten explicar el comportamiento del individuo, apropiado para su grupo de pertenencia (Kimble et al., 2002). Es decir, desde una perspectiva social podemos determinar cómo los pensamientos, los sentimientos y las conductas de los individuos son influidos por el entorno sociocultural en el que se desenvuelven. Mientras que desde una visión cultural, se establecen las normas y reglas que rigen la conducta de un grupo social determinado, incluyendo, así, las costumbres, prácticas, códigos, valores, creencias y patrones conductuales aceptados por una sociedad en un momento histórico específico. Dichos patrones son reproducidos en todo sistema de socialización, que en los menores son los siguientes: la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad y la calle. La perspectiva económica se refiere a los recursos y bienes materiales de los que dispone la familia del menor y que determinan el trabajo y actividades por realizar, los salarios y el nivel económico de la misma. La jurídica se refiere a preceptos establecidos por la autoridad de una determinada sociedad y cuyo incumplimiento es motivo de penalización (Diccionario Enciclopédico Quillet, 1979). Por ende, al hablar de la postura económica y jurídica se hace referencia al nivel económico, recursos, bienes y empleo del menor y su familia, y del estatus o condición del pequeño conforme a la ley como individuo sujeto de derechos y de penalizaciones por la ejecución de actos delictivos y el cometer infracciones, respectivamente. La perspectiva médica hace referencia al estado de salud físico-mental del menor (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1995). Así, con esta perspectiva, se hace alusión a los desórdenes físicos y/o mentales que presenta el niño o adolescente en situación de calle. Por último,

la postura psicológica es aquella que describe las cogniciones, emociones, conductas y, en esencia, la personalidad del individuo (Kimble et al., 2002).

**Tabla 1.**

**Conceptuación de la población infanto-juvenil en situación de calle**

Término	Definición	Tipología	Autores	Año	Década	Perspectiva
Menor expósito y/o abandonado	Se considera expósito al menor que es colocado en una situación de desamparo por quienes conforme a la ley estén obligados a su custodia, protección y cuidado y no pueda determinarse su origen. Cuando la situación de desamparo se refiera a un menor cuyo origen se conoce, se considerará abandonado.		Casa de Niños Expósitos (1775), Dubaniewicz (1997), Tarifa (1994), Uribe-Etxebarria (1996), Viera-Dornelles (2009)	1665-1778		Jurídica
Menor en situación extraordinaria	Niños que se desenvuelven en condiciones precarias, socioeconómicamente hablando, que llevan a cabo actividades de economía informal porque no cuentan con el reconocimiento social y jurídico como trabajo sujeto a la legislación nacional, que presentan un alto índice de ausentismo, deserción y reprobación escolar, conductas depresivas y agresividad, provienen de familias desintegradas, conflictivas y con altos índices de maltrato; y que están en riesgo de ser o ya han sido expulsados del seno familiar.	Menor en riesgo.- Pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria que lo obliga a aportar recursos para el sostén familiar lo que lo lleva, eventualmente, a desertar la escuela. Adolece de carencias de tipo económico, educativo, cultural, de capacitación, recreación y de organización. Aunque mantiene relación con su familia, corre el riesgo de ser expulsado de ella. Reemplazan sus lazos familiares con relaciones afectivas externas a la familia en un contexto callejero. La calle le ofrece un ambiente menos estrecho que, además, le proporciona ciertas satisfacciones.	De Anda (1992), Fletes (1994), (1999), Medina y Velázquez, (1992), Peschard, (1992)	1983	80	Socioeconómica, cultural y jurídica
		Niño de la calle.- Es aquél que se ha separado totalmente de la familia; realiza actividades de subempleo, vagancia o delincuencia, convirtiendo a la calle en su medio de vida.				
		Niño en la calle.- Desempeña actividades de subempleo para contribuir económicamente al gasto familiar; no ha roto lazos con su familia y manifiesta irregularidad escolar o definitivamente deserción total.				

		Menor infractor.- Es aquél que, al realizar sistemáticamente actividades delictivas penadas por la ley, es recluido en los Consejos Tutelares ya que, por ser menor de edad, tipifica como no delincuentes o como infractores.				Jurídica
Adolescentes sin hogar		Adolescentes que huyen de su hogar.- Aquéllos que abandonan sus casas como resultado de su situación familiar conflictiva, de la carencia de relaciones sociales efectivas y del aislamiento social.  Adolescentes que son expulsados de su hogar.- Aquéllos que dejan sus casas o son desterrados de las mismas por su familia.  Adolescentes excluidos socialmente.- Aquéllos que son rechazados por su grupo de pares, sus maestros y familiares y no se les provee de servicios de atención inmediatos por instituciones asistenciales.	Adams, Gullota y Clancy (1985)	1985	80	Social
Niños de la calle	Aquéllos que pasan todo el día en la calle, inclusive en la noche, y carecen de contacto familiar.		UNICEF (1987)	1986	80	Social
Niños en la calle	Aquéllos que permanecen la mayor parte del tiempo en la calle pero mantienen contacto familiar y comúnmente regresan a sus hogares para dormir.					
Menores en estrategia de sobrevivencia	Niños, niñas y adolescentes que mantienen un vínculo familiar y realizan actividades de generación de ingresos en respuesta a situaciones socialmente impuestas dentro o fuera del núcleo familiar, en la calle o fuera de ella, como parte de la economía formal, informal o marginal y para las cuales utilizan un tiempo parcial o total. Reciben remuneración o no por dichas actividades que puede ser para sí, para su grupo de pertenencia o de referencia para terceros	Menores trabajadores del sector formal.- Está compuesta por menores preferentemente entre 14-18 años que trabajan en empresas u organizaciones del sector formal de la economía, lo que normalmente implica que reciban ciertos beneficios propios del sector, tales como el derecho a la seguridad social, el descanso, la protección contra peligros físicos o morales, etc. Sin embargo, aún dentro de esta subcategoría existen muchos menores en situación de riesgo.	UNICEF (1989)	1989	80	Socioeconómica y jurídica

Menores trabajadores del sector informal.- Abarca la mayoría de los menores trabajadores del sector de pobreza, los que ya sea en forma dependiente o independiente, trabajan en condiciones de extrema dificultad, sin normas de protección, con discriminación salarial, sin horarios fijos, ni condiciones de seguridad. Este sector representa condiciones de gran riesgo para los menores trabajadores que lo integran.

Menores en actividades marginales de ingreso.- Esta subcategoría está compuesta por menores que realizan una variedad grande de actividades cuya finalidad es obtener un ingreso para su sobrevivencia. Muchas de estas actividades están dentro del límite entre lo permitido y lo prohibido en la sociedad y muchas caen definitivamente en los que se denominan actos delictivos. Ejemplo: mendicidad, comercio de drogas en baja escala, robos, etc.

Menores de la calle.- Niños y adolescentes hasta 18 años cuya caracterización reúne los siguientes elementos:

Ubicación en zonas urbanas.  
Los vínculos familiares, si existen, son débiles. Hay menores en la calle que no tienen familia. Probablemente la mayoría, sin embargo, tienen familia; algunos de ellos no mantienen relación alguna con ella, otros mantienen relación, pero la misma es débil, es decir, no constituye un factor esencial para el crecimiento y la socialización del menor. Adquieren destrezas y habilidades de sobrevivencia. La calle es su hábitat principal, reemplazando a la

Sociocultural y  
médica

familia como factor esencial de crecimiento y socialización. La vida que lleva en ella está sujeta a cambios constantes en su trayectoria hacia la adultez y si salen de la calle, yendo a comisarías policiales, a la cárcel o algún albergue, a su casa o a un hogar sustituto, no es sino temporalmente para luego retornar.

Su condición los expone a riesgos considerables y específicos.

Menores institucionalizados.- Se entiende por menores institucionalizados los que por alguna razón viven en instituciones:

Porque han sido abandonados, lo que significa que sus familias no se encargan de ellos o son incapaces de sostenerlos.

Porque han sido arrancados de sus familias para protegerlos contra la violencia o el abandono.

Porque tiene graves problemas de salud, sean físicas o mentales.

Porque han sido encarcelados como resultado de su conducta.

Por razones de maltrato, peligro moral, abuso sexual, explotación u otras circunstancias ocasionadas en el grupo familiar.

Niño de la calle	Se identifica con este nombre la situación que viven los niños y adolescentes de ambos sexos que, teniendo y reconociendo tener familia se han separado de la misma organizando su vida y su hogar en la calle. A diferencia de los niños abandonados, tienen familia. Han reemplazado los lazos familiares por lazos afectivos con sus pares o con los terceros que les rodean en un mundo de preferencia nocturno y que privilegia la calle. Con este modo de vivir han apresurado su		Mansilla (1989)	1989	80	Sociocultural, médica y psicológica
------------------	---	--	-----------------	------	----	-------------------------------------



separación del grupo y hogar familiar, asumiendo su propia supervivencia sin la guía ni el apoyo familiar. Al igual que los niños abandonados, se caracterizan por su agresividad física y verbal que les sirve para asegurar su supervivencia en un medio hostil e indiferente. Son hiperactivos. El exceso de estímulos, propios de la calle, les dificulta desarrollar la capacidad de concentración. Su lenguaje es recortado, sintético, limitado y popular. Tienen una estatura y peso bajos con respecto a su edad. El regreso a sus hogares resulta imposible porque los problemas que causaron su salida no han sido solucionados y los estímulos de la calle tienen mayor fuerza de atracción que de expulsión para ellos.

Niño en la calle Situación que viven los niños que teniendo una vida en común con su familia, deben salir a la calle para conseguir ingresos que contribuyan a la economía familiar o para solventar sus propios gastos. Es decir, son niños y niñas trabajadores que realizan actividades de supervivencia de tipo convencional de manera informal. Son estudiantes regulares si bien su respuesta en el colegio resulta poco apropiada sea por estar mal alimentados y fatigados o por falta de tiempo para estudiar o por falta de dinero para comprar sus libros y útiles escolares, o todos estos factores juntos. En la realización de sus actividades de supervivencia, muchos de estos niños están acompañados por su madre, padre u otro familiar cercano. Algunos trabajan en horarios nocturnos regresando a

Socioeconómica, cultural y médica

sus hogares con el último transporte público o con el primero que circula al amanecer. Otros se levantan a medianoche para dirigirse a sus lugares de trabajo. La realización de estas diversas actividades que le obligan a asumir funciones diferentes a las comunes de los niños de su edad que no están obligados a trabajar, y los horarios dispersos e inapropiados le afectan el ritmo biológico y le estimula funciones del sistema nervioso que influyen en su comportamiento, por ejemplo el rendimiento escolar. Carecen de atención y de tiempo y lugar para el juego y la recreación. Una consecuencia de esta dura vida es que los niños trabajadores consumen energías en cantidades superiores a los niños que están en sus hogares, lo que sumado a la mala alimentación, afecta severamente su resistencia a las enfermedades y a su desarrollo integral. Son explotados en su trabajo.

Menor en situación extraordinaria

Incluye a niños de la calle, niños trabajadores, niños maltratados, niños institucionalizados, niños afectados por desastres naturales y a niños en situación de conflicto armado.

Niños de la calle.- Son menores de 17 años cuyo hábitat cotidiano son las calles. Su alimentación se compone de todo aquello que les puedan regalar o de lo que compran con el dinero que logran conseguir; por lo general presentan un alto grado de desnutrición. Se diferencian del niño trabajador en que este último todavía tiene relación con su familia, con quien por lo menos puede vivir, ya que el vínculo afectivo se mantiene, teniendo que trabajar para ayudar a la subsistencia familiar. En cambio, el niño de la calle ha roto con su familia, no sólo por las pocas o nulas posibilidades económicas sino porque ha sido víctima de un constante maltrato (principalmente por sus

Ovidio-López (1990)

1990

90

Sociocultural y médica

padrastrós).

Niños trabajadores:  
Aquéllos que, aunque pasan la mayor parte del día en las calles de la ciudad, conservan todavía una determinada relación afectiva con sus padres, comúnmente con la madre, razón por la cual siguen viviendo con ellos. Salen de su hogar para contribuir al sustento familiar, desempeñándose principalmente dentro del sector informal de la economía como vendedores ambulantes, limpiaparabrisas, vendedores de chicles, vendedores de periódicos, lustradores de calzado, empacadores en supermercados, malabaristas o cantantes en autobuses y metro. En muchos casos, también llegan a desempeñarse dentro del sector formal de la economía en fábricas y empresas, generalmente como obreros y mensajeros o empleados de mantenimiento. Son usados incluso para prescindir de la mano de obra adulta ya que no cuentan con contrato de trabajo, siendo mínimas sus prestaciones, por lo que puede afirmarse que son laboralmente explotados ante la inexistencia de una adecuada legislación laboral que los proteja.

Sociocultural,  
económica y  
jurídica

Niños maltratados.-  
Aquéllos que carecen de afecto, tienen una dignidad transgredida, recreación limitada y no tienen acceso a una educación.

Social

Niños atendidos en instituciones.- Aquellos que residen en instituciones cerradas, públicas y privadas.

Niños en situación de conflicto armado.- Aquéllos que son producto de la confrontación armada entre fuerzas políticas internas. Son desplazados de sus hogares, sufriendo trauma

		psicológico, debido a la inseguridad de una prolongada situación de violencia social de la cual huyen tanto a través de la frontera como a otros sitios en sus propios países.				
		Niños afectados por desastres naturales.- Aquéllos que son víctimas de catástrofes naturales.				
Niño callejero	El niño callejero es aquella persona menor de 18 años cuya sobrevivencia o subsistencia depende de su propia actividad en la calle.	<p>Niño de la calle.- Niños que habiendo roto el vínculo familiar temporal o permanentemente duermen en la vía pública y sobreviven realizando actividades marginales dentro de la economía informal callejera. Son niños que enfrentan riesgos derivados de las actividades delictivas y antisociales de los adultos. Ejemplos: prostitución, drogadicción, robo, alcoholismo, etc.</p> <p>Niño en la calle.- Niños que mantienen el vínculo familiar, que suelen estudiar y salen a la calle a realizar actividades marginales de la economía callejera para el propio sustento o para ayudar a su familia. Sus riesgos principales son las agresiones del medio ambiente y la posibilidad de claudicar en sus estudios.</p>	COESNICA (1992)	1992	90	Socioeconómica y cultural
Menor en situación extraordinaria	<p>Se caracteriza por:</p> <p>Proceder de colonias sin servicios básicos.</p> <p>Vivir en un nivel económico precario.</p> <p>Provenir de familias desintegradas, conflictivas y con alto grado de maltrato y abandono.</p> <p>Presentar un alto índice de ausentismo, deserción y reprobación escolar.</p> <p>Presentar características de agresividad e individualismo.</p> <p>Manifiestar conductas depresivas.</p>	<p>Menor en riesgo.- Pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria. Aunque mantiene relación con ella, corre el riesgo de ser expulsado del seno familiar u obligado a aportar recursos para el sostén de la familia.</p> <p>Niño de la calle.- Es aquél que se ha separado totalmente de la familia; realiza actividades de subempleo o delincuencia, convirtiendo a la calle en su medio de vida.</p> <p>Niño en la calle.- Desempeña actividades de subempleo para contribuir económicamente al gasto familiar; no ha roto lazos con su familia y manifiesta</p>	Medina y Velázquez (1992)	1992	90	Socioeconómica y cultural

		irregularidad escolar.					
		Menor infractor.- Es aquél que, al realizar sistemáticamente actividades delictivas, como robos, es recluido en los Consejos Tutelares.					Jurídica
Menor en situación extraordinaria	Todos aquellos niños (4-16 años) que por diferentes motivos socioeconómicos y/o familiares, vive y se desenvuelve en un ambiente que no satisface los requerimientos mínimos para su desarrollo armónico e integral.	Menor en riesgo.- Pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria. Aunque mantiene relación con ella, corre el riesgo de ser expulsado del seno familiar u obligado a aportar recursos para el sostén de la familia.  Niño de la calle.- Es aquél que se ha separado totalmente de la familia; realiza actividades de subempleo o delincuencia, convirtiendo a la calle en su medio de vida.  Niño en la calle.- Desempeña actividades de subempleo para contribuir económicamente al gasto familiar; no ha roto lazos con su familia y manifiesta irregularidad escolar.	B. Gutiérrez (1992)	1992	90		Socioeconómica y cultural
		Menor infractor.- Es aquél que, al realizar sistemáticamente actividades delictivas, como robos, es recluido en los Consejos Tutelares.					Jurídica
Menores que huyen de su hogar	Se refiere a la situación en la que se permanece fuera del hogar por un periodo mayor a 24 horas sin consentimiento de los cuidadores primarios o en contra de su voluntad.		Sharlin y Mor-Barak, (1992)	1992	90		Social
Menores callejeros	Personas menores de edad que, en situación de marginación estructural dependen de sus actividades en la calle para la subsistencia diaria. Son niños y niñas en condiciones de pobreza. Se encuentran en las calles de las principales ciudades latinoamericanas trabajando o buscando cubrir sus necesidades básicas de diversas formas.	Niño en la calle.- Menor de edad que trabaja consiguiendo algún ingreso para su familia. Conserva todavía como eje principal su vida familiar, su escuela y comunidad que le proporcionan un sentido de pertenencia que él/ella reconoce y preserva. Trabaja en el sector informal de la economía, también llamada paralela o subterránea. Sin registro o legitimación oficial, sin derechos ni prestaciones: legales, laborales o	Rodríguez-Gabarrón (1993)	1993	90		Socioeconómica, cultural y jurídica

institucionales; más bien en contra de prohibiciones legales existentes para el trabajo infantil. Puede que trabaje con empleadores, con la familia o por su propia cuenta, pero lo común es que entregue las ganancias a sus padres y en especial a la madre. Se le encuentra en la venta ambulante de chicles, periódicos, comida, artesanías, flores y un sinfín de productos que comercian. A veces desempeñan actividades de mayor riesgo como el robo o la prostitución. También se le encuentra en formas extremas de explotación como la esclavitud. Es un trabajador que, además de su jornada laboral, asiste a la escuela más cercana a su comunidad aunque de manera irregular y con bajo rendimiento y aprovechamiento; frecuentemente no termina ni la educación primaria. Su familia, con carencias y crisis derivadas de la pobreza, es el motivo esencial por el que trabaja; es un trabajo con daños y riesgos: accidentes, enfermedades, desnutrición, maltrato, abusos que incluyen los sexuales y hasta los policíacos, abandono institucional que se ha institucionalizado, delincuencia y drogadicción son algunos de los riesgos a los que se encuentra expuesto.

Niño de la calle.- Persona menor de edad que percibe la calle como su hogar y como su hábitat, donde consigue los satisfactores básicos. Minimiza o incluso pierde completamente los vínculos con su familia y escuela, trabajo y comunidad de origen. Viven en y del medio callejero por completo. Es el gamín de Colombia, garoto y menino de rua de Brasil o pelón de México. Se desenvuelve con gran destreza por

donde se mueve. Encuentran sitios que les protegen parcialmente de los peligros callejeros o de las inclemencias del tiempo: centrales camioneras, mercados, edificios semidestruídos o semiconstruidos, parques o lugares públicos. A veces incluso rentan en grupo un cuarto de hotel barato. Subsisten por medio de trabajos callejeros y esporádicos pasando por la mendicidad para comer, hasta el robo en diferentes magnitudes y otras actividades infractores de la ley.

Jóvenes que huyen de su hogar	Aquéllos que permanecen fuera de su hogar por lo menos durante una noche sin el consentimiento de sus padres o tutores legales.		Bass (1994)	1994	90	Social
Jóvenes sin hogar	Aquél que no tiene un lugar donde dormir y que está en necesidad de encontrar refugio donde pueda recibir cuidados y atención. Puede incluir a aquellos jóvenes que forman parte de familias sin hogar, a aquéllos que abandonaron su hogar para escapar del abuso físico y sexual, a aquéllos que fueron expulsados de su hogar y a inmigrantes.					
Menor en situación extraordinaria	Menor en la calle	Aquellos niños que realizan actividades de subempleo para contribuir al gasto familiar, no han roto los lazos familiares y manifiestan irregularidad en su asistencia escolar o deserción de la misma.	Fletes (1994)	1994	90	Socioeconómica
	Menor de la calle	Los que se han separado totalmente de su familia. La calle es su medio de vida, en ella realizan actividades de subempleo (vendían chicles, periódicos, limpiaban parabrisas, etc.) y/o se dedican a la vagancia y delincuencia.				
	Menor en riesgo	Aquéllos que, por pertenecer a una familia que vive en una situación económica precaria y por				

		faltar frecuentemente o no asistir a la escuela, son expulsados del seno familiar u orillados a aportar medios económicos para el sostén de la casa.				
Niño callejero	Cualquier menor entre 0-19 años que ha tomado la calle como único espacio de sobrevivencia. Se le denomina así porque se ubica en zonas urbanas y pasa la mayor parte del tiempo en la calle. Mantiene vínculos muy débiles con su familia y en ocasiones la ruptura es total. Se le considera un desviado social porque escoge una manera de vivir diferente en la que se esperaría siguiera como niño y como hijo de familia; lo que genera el rechazo de la sociedad.		Contreras (1995)	1995	90	Socioeconómica y cultural
Menores callejeros	Menores de 18 años de edad que dependen de su propia actividad en las calles para sobrevivir. Son callejeros que viven fuera de los núcleos sociales primarios tradicionales, tales como la escuela y la familia. Han sido arrojados por situaciones familiares conflictivas, generalmente con un fuerte componente económico en su origen: la pobreza, la falta de oportunidades de trabajo, el hacinamiento, las necesidades de subsistencia, ocasionan en buena medida el abandono de los hijos, las relaciones violentas entre los padres y los hijos, el alcoholismo, la drogadicción, etc. estas situaciones generan familias con problemas y dan origen a la realidad de los niños de y en la calle. Viven bajo condiciones de insalubridad, desnutrición y enfermedad.	Niños trabajadores o en la calle.- Viven la mayor parte del tiempo en las calles o en un espacio laboral cerrado (centro comercial). Realizan actividades paraeconómicas a lo largo del día. Algunos de ellos viven en las calles de tiempo completo, ya que se quedan a dormir en ella en las terminales de los camiones urbanos, y trabajan durante el día; otros aún no rompen sus vínculos familiares pero se encuentran a un paso de hacerlo ya que la calle ejerce una fuerte atracción sobre ellos al permitirles liberarse de los problemas familiares. Una gran cantidad de niños asiste a la escuela además de realizar sus actividades laborales. La situación familiar de estos niños suele ser sumamente violenta y la mayoría de ellos proviene de familias en extrema pobreza.	D. Fernández (1995)	1995	90	Socioeconómica y cultural
		Niños de la calle.- Tiene como característica principal el haber roto los vínculos con su familia (afectivos, económicos, materiales y algunas veces hasta morales) por diferentes				



causas. Adquieren habilidades y astucias para conseguir lo que quieren y necesitan de manera inmediata, adoptando así, costumbres delictivas o sustitutivas de lo que no puede obtener en su casa.

Personas sin hogar	Aquellas que en los últimos 30 días han pasado una noche en un refugio o albergue.		Koegel, Melamid y Burnam (1995)	1995	90	Social
Población sin hogar	Aquellos individuos que viven en la calle, que viven en lugares improvisados como tiendas de campaña, automóviles o edificios abandonados, que viven en albergues o que comparten residencia con otros miembros de la familia.		Lawrence (1995)	1995	90	Social
Menor en circunstancias especialmente difíciles	Se refiere a todas las situaciones de riesgo personal, social y económico que afectan el pleno desarrollo de los niños. Se han identificado las siguientes circunstancias especialmente difíciles: pobreza extrema, migración ilegal (indocumentada), discriminación cultural, trabajo precoz, maternidad precoz, institucionalización, maltrato o abandono, vida callejera, conflicto armado, desastres naturales y ecológicos, discapacidad.	Menor trabajador.- Pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria. Aunque mantiene relación con ella, corre el riesgo de ser expulsado del seno familiar u obligado a aportar recursos para el sostén de la familia. Menor de la calle.- Aquél que pasa todo el día en la calle, inclusive en la noche, y carece de contacto familiar. Menor mendigo.- Incluye a los discapacitados, que guían a los ciegos y los de familias necesitadas. Menor abandonado.- Huérfanos, refugiados y aquéllos cuyos padres han muerto de SIDA.	Véliz (1995)	1995	90	Socioeconómica y cultural
Juventud sin hogar	Aquellas personas que han pasado por lo menos dos noches en un albergue, lejos de su hogar o en la calle.	Niños de la calle.- Aquéllos que han roto con sus vínculos familiares. Niño en la calle.- Aquéllos que trabajan y cuentan con la supervisión de un adulto.	DiClemente, Hansen y Ponton (1996)	1996	90	Social
Menor en situación de riesgo social	Aquél que procede de ambientes desestructurados y de familias carenciales. Suele tener una afectividad inestable, baja tolerancia a la frustración, falta de referentes estables, etc.; su nivel intelectual y su		E. González (1996)	1996	90	Psicológica

madurez perceptiva están por debajo de la media con respecto a la población normal. Presenta dificultad para acceder al pensamiento abstracto, rigidez cognoscitiva, escasa capacidad reflexiva e introspectiva, para mantener la atención, fracaso en el pensamiento alternativo y causal, pobreza de lenguaje, dificultades para procesar rápidamente la información, etc.; a nivel de personalidad se caracteriza por baja autoestima y valoración, inestabilidad emocional, labilidad afectiva con dificultad para verbalizar sus sentimientos y emociones y para dialogar, depresión, fatalismo, escasa deseabilidad social, baja aceptación de normas, baja tolerancia a la frustración, excesiva impulsividad, dependencia al grupo, dificultad para diferir recompensas y para anticipar consecuencias de sus actos, tendencia la fantasía, hiperactividad. Tienen un locus de control externo puesto que niegan la responsabilidad de sus actos explicando su conducta como manifestación dependiente de otras personas o circunstancias fuera de su control personal.

Niños de la calle	Aquellos infantes que por presentar una situación familiar altamente conflictiva o por vivir en condiciones de pobreza rompen totalmente sus lazos familiares y dejan su hogar y su comunidad. La calle se convierte en su espacio de subsistencia.	Herrera (1996)	1996	90	Socioeconómica y cultural
Niños que trabajan en la calle con contacto familiar regular	Comprenden cerca del 70% de los niños callejeros en algunos países. Estos niños tienen contacto familiar regular, atienden a la escuela y regresan a sus hogares después de su jornada laboral. Se denominan niños en la	J. Le Roux (1996)	1996	90	Socioeconómica y cultural

	calle.				
Niños que viven y trabajan en la calle	Niños que ven a la calle como su hogar y buscan de ella refugio, ingresos, comida y un sentido de pertenencia entre sus ocupantes. Pueden existir lazos familiares pero son percibidos negativamente. Comprenden aproximadamente el 20% de la población infantil callejera en algunos países. Se denominan niños de la calle.				
Niños abandonados o descuidados	Después de haber roto todo lazo con su familia biológica, estos niños son aquéllos que dependen completamente de sí mismos para su manutención y sobrevivencia psicológica.				
Niños en la calle	Son niños y niñas que laboran en la calle debido a que por razones económicas tienen que contribuir económicamente al gasto familiar y por esa razón se encuentran en la calle. Menores en riesgo porque su situación personal, familiar y económica potencializa el riesgo de que se conviertan en callejeros. Son los menores cuyos padres trabajan en la calle y a quienes acompañan, y/o los que laboran solos en las calles como vendedores ambulantes, boleadores, lava carros o parabrisas, payasitos, etc. Otra característica que los define es que provienen de familias humildes, caracterizadas por problemas de comunicación y generadoras de situaciones problemáticas para ellos.	Pierre (1996)	1996	90	Socioeconómica y cultural
Niños de la calle	Niños y niñas que laboran en la calle pero además viven en ella. Estos han cortado todo vínculo con su familia o, cuando la relación sigue vigente, ésta es débil. Se organizan en bandas, supeditados sólo a ellos mismos y duermen en				

alcantarillas o casas abandonadas, en la proximidad de sus fuentes de empleo. La causa principal de su estancia en la calle no es por cuestiones económicas sino por huir de una situación familiar insostenible. La problemática de estos grupos es diferente porque mientras los primeros son niños trabajadores, los segundos además de estar expuestos a los mismos riesgos por estar también en la calle, son víctimas de un sinnúmero de peligros, problemas afectivos y de situaciones agobiantes.

Niño de la calle	<p>Es aquél que ha hecho de ésta su hábitat, para quien la calle es el lugar de sobrevivencia en el cual pasa la mayor parte de su tiempo. Por lo general, estos niños han roto o disminuido significativamente vínculos con su familia, duermen en la calle, no asisten a la escuela y rara vez tienen ingresos distintos al producto del robo. Viven en determinadas zonas de la ciudad por cuyos alrededores circulan con frecuencia, organizados en pandillas de número y composición variable, las que se han convertido en su principal grupo de pertenencia.</p> <p>El término tiene una doble connotación jurídica. Por un lado se encuentra en estado de abandono en cuanto han roto su vínculo familiar y por ende carecen de padres o personas que se responsabilicen por su desarrollo y por otro lado en la medida en que la mayoría de ellos realizan como estrategias de sobrevivencia actos antisociales (robo), se les considera además infractores de la ley penal.</p>	Proyecto de Educación Distancia (1996a)	1996	90	Socioeconómica, cultural y jurídica
Niños de la calle	Se definen como aquellos menores cuyos vínculos familiares están tan débiles	Proyecto de Educación a Distancia	1996	90	Sociocultural y económica

	que esencialmente viven en las calles, dependiendo de sus propios esfuerzos para cubrir todas sus necesidades básicas.		(1996b)			
Niños en riesgo	Son aquéllos cuyas condiciones de existencia los exponen a peligros que pueden afectarlos tanto física como moralmente o que no les garantizan un adecuado desarrollo integral. Estos enfrentan problemas de orden familiar, social, económico, de salud, de aprendizaje y/o de conducta.					
Menor en circunstancias especialmente difíciles	Se refiere a todas las situaciones de riesgo personal, social y económico que afectan el pleno desarrollo de los niños. Se han identificado las siguientes circunstancias especialmente difíciles: pobreza extrema, migración ilegal (indocumentada), discriminación cultural, trabajo precoz, maternidad precoz, institucionalización, maltrato o abandono, vida callejera, conflicto armado, desastres naturales y ecológicos, discapacidad.	Menores institucionalizados.- La institucionalización se define como la internación de niños abandonados, huérfanos o con conductas infractoras en instituciones cerradas sean públicas o privadas.  Niño en la calle.- Es el que se encuentra en las calles del área urbana. Tiene como actividades esenciales jugar, pasear y trabajar en las calles; pero sigue en contacto constante con su familia, su comunidad o su vecindad. En la mayoría de los casos tiene todavía una relación con el curso escolar. En caso de reciente inmigración a la ciudad, queda todavía relacionado con su anterior comunidad campesina y respeta aún los valores de su cultura autóctona. Sin embargo, es frecuente el caso de los niños provenientes del campo que son abandonados temporalmente en la ciudad por razones culturales como cosechas, siembras o fiestas tradicionales nativas a las que acuden sus padres. Dicho niño tiene entonces la responsabilidad de seguir estudiando en la escuela, pero sin el apoyo directo de sus papás y privado de la adecuada ayuda del docente, pierde rápidamente la	Proyecto de Educación a Distancia (1996c)	1996	90	Sociocultural y económica

indispensable regularidad y se convierte en niño de la calle.

Niño de la calle.- Es un niño que se encuentra en la calle pero además convive permanentemente con este espacio cultural de la calle, o sea, pertenece ya a la subcultura de la calle. No es necesariamente huérfano pero sí abandonado obligado. No tiene ningún vínculo familiar comunitario tradicional; ha hecho de la calle el ambiente total y absoluto de su crecimiento individual. Por ser a muy temprana edad responsable integral de su desarrollo personal y comunitario, sin disponer todavía de los criterios educacionales y de madurez indispensables, pierde con frecuencia el sentido del ritmo fisiológico y puede correr el grave peligro, desmereciendo involuntariamente las características propias de su condición humana, de vivir sin fases un crónico y continuo proceso de desempeño físico-mental, es decir, sin tomar en cuenta los ritmos inherentes a un normal desarrollo cotidiano diurno y nocturno como son: nutrición, actividad laboral, descanso, sociabilidad, etc.

Sociocultural,  
económica y  
médica

Niños y niñas que viven en la calle	Niños de la calle. Se trata de menores que han roto todo vínculo con sus familias y tienen como hábitat cotidiano las calles, durmiendo en terrenos baldíos, terminales de autobuses, coladeras, mercados o sitios ocultos en zonas de atracción turística y comercial.		UNICEF y DIF (1996)	1996	90	Socioeconómica y cultural
Niños y niñas que trabajan en la calle o en espacios públicos cerrados	Niños en la calle. Se trata de menores que conservan por lo menos algún tipo de relación con sus familias, y salen a las calles para contribuir en la obtención del sustento familiar desempeñándose en el contexto callejero o en espacios públicos cerrados					

	como son los mercados, estacionamientos, panteones, grandes centrales de abasto, centrales de autotransporte, etc.				
Niños indígenas en situación de calle	Son menores pertenecientes a diversas etnias indígenas cuyas familias, generalmente de origen rural, han inmigrado a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida. Estos menores se caracterizan por mantener un estrecho vínculo con sus familias. Se distinguen dos subgrupos:	Niños indígenas cuyas familias viven en las calles. A este grupo se le denomina indígenas de la calle. Se caracteriza por carecer de vivienda, por lo que sus integrantes duermen en terrenos abandonados, deportivos o directamente en la calle.			
		Niños indígenas cuyas familias trabajan en la calle. Este grupo denominado indígenas en la calle. Se trata de un grupo de menores cuyas familias utilizan la vía pública o las áreas públicas cerradas como espacios de trabajo, desempeñando generalmente actividades propias de la economía informal.			
Niños y niñas prostituidos en condición de calle.	Este grupo generalmente está integrado por mujeres menores de 18 años dedicadas al comercio sexual en el contexto callejero o bien por adolescentes que duermen en la calle y que eventualmente mantienen relaciones sexuales a cambio de dinero.				
Menor callejero	Inadaptado social por el simple hecho de vivir y crecer en el medio que la calle le proporciona y está expuesto a las influencias de rechazo que la sociedad practica; dando como consecuencia una marginación.		Carrasco (1997)	1997	90 Sociocultural
Juventud que huye de su hogar	Aquéllos que transcurren por lo menos una noche fuera de su residencia sin el consentimiento de sus tutores legales.		J. Greene, Ennett y Ringwalt (1997)	1997	90 Social
Juventud sin hogar	Aquéllos que transcurren por lo menos una noche en un albergue para jóvenes o adultos, en espacios públicos no habitables como edificios abandonados o transportes				

	públicos, en la calle o en el hogar de un extraño.				
Niños potencialmente de la calle o en alto riesgo	Son los que realizan alguna labor de ayuda en sus hogares y salen esporádicamente a vender a la calle, pero no han perdido la relación con su familia; dependen de ella, asisten a la escuela, pero están en riesgo de llegar a ser de la calle.	Núñez (1997)	1997	90	Socioeconómica
Niños en la calle o trabajadores de la calle	Salen cotidianamente a comercializar cualquier producto o a realizar algún trabajo pero siguen teniendo contacto con sus familias y aportan a la economía del hogar.				
Niños de la calle	Sus vidas se desenvuelven en la calle; trabajan, comen, duermen, y se relacionan en la calle y han perdido todo vínculo con sus familias, es decir, se han callejerizado.				
Jóvenes sin hogar	Aquéllos entre 12-24 años que incluyen a los que huyen de su hogar, son expulsados o están institucionalizados.	Pfeifer y Oliver (1997)	1997	90	Social
Niños de la calle	Aquéllos que han hecho de la calle su hogar, habiendo roto parcial o totalmente el vínculo con sus familias de origen.	Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (1997)	1997	90	Socioeconómica y cultural
Niños en la calle	Realizan en la calle actividades diversas como vendedores, artistas, solos o en compañía de sus familias.				
Menores institucionalizados	Niños huérfanos, extraviados, de la calle, maltratados, abandonados o víctimas de delito entre los 6-18 años de edad que son canalizados a instituciones que le proporcionan albergue, alimentación, servicios médicos integrales, trabajo social atención psicológica, educación, capacitación para el trabajo, cultura, recreación y esparcimiento.				
Niños y jóvenes callejeros	Incluye a un grupo diverso de personas jóvenes desubicadas en los ámbitos familiar, escolar y de su comunidad. Tienden a	Swart-Kruger y Richter (1997)	1997	90	Socioeconómica y cultural



	trabajar dentro de la economía informal y a vivir en zonas urbanas.					
Niño en la calle	<p>Todo aquél que aún tiene algunos vínculos familiares, pero pasa la mayor parte de su tiempo en las calles trabajando para sus padres. También denominados niños trabajadores, son los que realizan en la calle múltiples actividades para generar recursos destinados a su manutención y la de sus familias como mendigar, vender objetos sin valor, lustrar zapatos o lavar autos. Es raro que alguno de ellos haya pasado del cuarto grado en la escuela puesto que la abandona para dedicarse al comercio informal sin registro lo legitimación oficial, sin derechos ni prestaciones legales, laborales o institucionales. Conserva todavía como eje principal su vida familiar, su escuela y comunidad que le proporcionan un sentido de pertenencia que reconoce y preserva. Bajo este rubro también se incluyen a los niños y jóvenes en riesgo: menores que siguen viviendo con sus familias pero se encuentran en peligro de iniciar el proceso de vivir en la calle debido a las condiciones de vulnerabilidad en que viven como serían el maltrato físico y psicológico por sus parientes, la explotación laboral, los conflictos intrafamiliares, la falta de cariño, el rechazo y desatención por sus padres, el consumo de drogas y alcohol en la familia y un bajo rendimiento escolar, entre otros.</p>	<p>Deben ser definidos en función de cinco parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habitan la ciudad.</li> <li>2. Tienen relaciones familiares débiles o nulas.</li> <li>3. Adquieren estrategias de supervivencia.</li> <li>4. Reemplazan a la familia como instancia socializadora.</li> <li>5. Están expuestos a riesgos específicos.</li> </ol>	UNICEF (1997)	1997	90	Socioeconómica, cultural y jurídica
Niño de la calle	<p>Representa un 25% restante que vive y pernocta en las calles frecuentemente en grupos que forman con otros niños, niñas y adolescentes. Han roto el</p>					

vínculo familiar temporal o permanentemente. Se desplazan juntos y duermen en edificios abandonados, debajo de puentes, en portales de edificios, en parques públicos, en alcantarillas y en mercados. Una subcategoría de los niños de la calle la conforman los “niños abandonados”, que incluye a huérfanos, niños y adolescentes que se fugan, refugiados y otros quienes no tienen un contacto diario con su familia. Estos niños abandonados se distinguen de los niños de la calle por el hecho de que todos los lazos familiares terminan a causa de la muerte o rechazo y abandono posterior por sus padres.

Juventud sin hogar	Aquellos jóvenes que clasifican dentro de cualquiera de dos categorías: personas sin hogar o individuos que huyen de su hogar. Ambas categorías, además incluyen a la juventud callejera radicando, la diferencia, en que ocasionalmente hacen uso de albergues de emergencia y que tienden a vivir en la calle.	Personas sin hogar.- Implica pasar la noche con un extraño, en un albergue, en un lugar público o en un cuarto de hotel junto con el grupo de pares.  Personas que huyen de su hogar.- Implica pasar la noche fuera de casa sin el consentimiento de los tutores o custodios legales.	Bailey, Camlin y Ennett (1998)	1998	90	Social
Jóvenes que huyen de su hogar	Jóvenes que pasan por lo menos una noche fuera de su casa sin consentimiento de sus padres o tutores legales.		J. Greene y Ringwalt (1998)	1998	90	Social
Jóvenes sin hogar	Jóvenes que pasan la noche en un albergue, un refugio improvisado (p. ej.: un edificio abandonado, en el metro o en la vía pública), en la calle o en la casa de un extraño.					
Menores en la calle	Se refieren a los niños que realizan alguna actividad de subsistencia en la calle para ayudar económicamente a su familia.		Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia, A.C. [PREVIO] e Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (1998)	1998	90	Socioeconómica
Menores de la calle	Se trata de niños que viven en la calle y cuyo vínculo familiar es débil o nulo.					Social

Niños en situación de calle	Aquellos que caen en cualquiera de dos categorías: niños en o de la calle.	Niño en la calle.- Forma parte de familias extensas, semiextensas, nucleares o seminucleares, familias numerosas o restringidas, sin integración básica, con rupturas o con cierto grado de integración afectiva y social solidaria en grados diferentes. Trabajan en la calle porque sus padres o sus mayores los han enviado ahí.  Niños de la calle.- Fue abandonado por sus padres y familiares. Trabaja por su cuenta, sin la anuencia o sin el conocimiento de sus progenitores o de quienes se hacen cargo de ellos.	Leñero (1998)	1998	90	Social
Jóvenes que huyen de su hogar	Aquellos que voluntariamente abandonan su hogar sin consentimiento de sus padres. Se les impone una connotación de delincuente.		J. Le Roux y Smith (1998)	1998	90	Social
Jóvenes que son expulsados de su hogar	Aquellos que abandonan su hogar porque sus padres los alientan a irse, los abandonaron o huyeron por someterlos a niveles considerables de abuso y negligencia.					Social
Niños sin hogar	Comprende a aquellos en los que la madre o familia se perciben a sí mismos como personas sin hogar y viven temporalmente en albergues, cuartos de hotel, la calle, autos ya sea solos o junto con otras familias.		Menke (1998)	1998	90	Social
Jóvenes sin hogar	Aquellos que pasan la noche en un albergue para adultos o jóvenes, en localidades no aptas para vivienda o en donde su seguridad estaría comprometida como serían espacios públicos como edificios abandonados, autos, transportes públicos, restaurantes o lugares subterráneos, entre otros, o con personas desconocidas porque necesitan un lugar donde dormir.		C. Ringwalt, Greene, Robertson y McPheeters (1998)	1998	90	Social
Menor en estrategia de	Aquellos que desde temprana edad trabajan en		Trinidad (1998)	1998	90	Socioeconómica

sobrevivencia	<p>el sector formal o informal de la economía o que realizan actividades marginales para subsistir (p. ej.: la prostitución). En esta categoría se incluye tanto a niños que desempeñan tareas dentro del núcleo familiar como fuera de él recibiendo o no remuneración.</p>		Socioeconómica y cultural
Niños callejeros	<p>Es todo menor de 18 años cuya supervivencia depende de sus propias actividades en las calles. Está en ruptura o en un grado de ruptura con las instituciones que idealmente creó el Estado y sus lazos familiares están deteriorados o rotos.</p>	<p>Niño en riesgo de convertirse en callejero.- Pertenece a una familia extremadamente pobre, sus padres le brindan poca atención, es maltratado, tiene lazos de unión discontinuos con sus padres, presenta un bajo aprovechamiento y ausentismo en la escuela, además tiene la necesidad de salir a la calle a buscar los satisfactores que la familia no le proporciona.</p>	Sociocultural
		<p>Niños de la calle.- Aquéllos cuyos vínculos familiares son inexistentes o muy frágiles. La mayoría de estos niños se localiza en zonas urbanas y se dedican a actividades informales.</p>	Sociocultural
		<p>Niño en la calle.- Mantiene una relación parcial con su familia (acude a dormir, a comer), realiza actividades diversas de subsistencia, como el robo, la mendicidad y otros; convive con niños de la calle, tiene un bajo aprovechamiento escolar o ha desertado.</p>	Socioeconómica y cultural
		<p>Niño trabajador en la calle.- Trabaja en la calle para contribuir al gasto familiar, ya sea de manera obligada o voluntaria, mantiene una relación ajena a la familia, presenta ausentismo escolar o deserción y está en riesgo de romper el vínculo familiar.</p>	Socioeconómica y cultural

asociadas con el uso de estimulantes y tiene una vida sexual activa.

Niños de la calle	Personas menores de 18 años, de uno y otro sexo (la mayoría varones), que habiendo roto el vínculo familiar temporal o permanentemente, viven y trabajan en las calles de las grandes ciudades realizando actividades marginales dentro de la economía informal.		Cornejo (1999)	1999	90	Socioeconómica
Joven callejero	Aquél que usa instituciones asistenciales para población callejera o que cumple con dos de los siguientes tres requisitos: a) huyó de su hogar o fue expulsado de él, b) desertó la escuela o c) ha pasado tiempo en la calle y participado en ciertos aspectos típicos de la vida callejera como serían, por ejemplo, vender y usar drogas o alcohol, el sexo recompensado o involucrarse en actividades delictivas.		De Matteo et al. (1999)	1999	90	Sociocultural
Persona sin hogar	Aquella que pasa la noche en un albergue, un lugar público o en un cuarto de hotel rentado junto con amigos.		Ennet, Federman, Bailey, Ringwalt y Hubbard, (1999)	1999	90	Social
Persona que huye del hogar	Menor de 18 años que pasa la noche afuera de su hogar sin el permiso de sus padres o tutores.					
Niño en situación de calle	Aquél que deambula cotidianamente por espacios públicos de gran concentración de gente pidiendo limosna, vendiendo de manera informal o robando. Regresa a su casa todas las noches, de manera periódica o nunca lo hace; y su circunstancia es la calle.		Grima y Le Fur (1999)	1999	90	Socioeconómica y cultural
Chicos de la calle	Constituyen menores abandonados, víctimas de maltrato familiar, institucional y social, sujetos seriamente afectados en su salud física y psíquica.					Jurídica y médica
Niño en la calle	Aquéllos que trabajan en la		K. Lalor (1999)	1999	90	Socioeconómica

	<p>calle para contribuir con la manutención familiar. Regresan por las noches a su hogar, tienen contacto regular con su familia, atienden la escuela de manera regular e internacionalmente desempeñan actividades como limpiaparabrisas, lustradores de zapatos y vendedores ambulantes.</p>					<p>mica</p>
<p>Niño de la calle</p>	<p>Aquéllos para los cuales la calle se convierte en su espacio de vivienda. Pueden conservar lazos familiares pero son débiles y visitan su hogar en raras ocasiones. Incluye a niños abandonados, es decir, una subcategoría que comprende a niños huérfanos, a refugiados de guerra, a aquéllos que huyen del hogar y a aquéllos que no tienen contacto con sus cuidadores primarios. Los niños abandonados se distinguen de los niños de la calle en que los lazos familiares de los primeros están completamente rotos a causa de deceso, cambio de residencia o abandono.</p>					<p>Cultural</p>
<p>Niño en situación de calle</p>	<p>Niño de la calle: menores de edad que en situación de marginación estructural dependen de sus actividades en la calle para la subsistencia diaria. Se encuentran en las calles de las principales ciudades latinoamericanas trabajando o buscando cubrir sus necesidades básicas de diversas formas.</p> <p>Niño en riesgo.- menor que pertenece a una situación económica, social y por ende familiar precaria y corre el riesgo de ser expulsado del seno familiar.</p> <p>Niño trabajador.- Menores que conservan como eje principal su vida familiar, escolar y comunal las cuales les proporcionan un sentido de pertenencia que reconocen y preservan. Trabajan en el sector informal de la economía o</p>	<p>QUIERA, Fundación de la Asociación de Banqueros de México, A.C., Fundación Casa Alianza, México, IAP, Mamá, A.C., Fundación Déjame Ayudarte, IAP y Visión Mundial de México, A.C. (1999)</p>	<p>1999</p>	<p>90</p>	<p>Socioeconómica</p>	

		subterránea sin registro o legitimación oficial, sin derechos ni prestaciones legales, laborales o institucionales. En ocasiones trabajan con empleadores, la familia o por su propia cuenta. Asiste a la escuela de manera irregular y con bajo rendimiento y aprovechamiento. Frecuentemente no termina la educación primaria. Las carencias y la crisis de su familia derivados de la pobreza son el motivo esencial por lo que trabaja.				
Personas sin hogar	Aquellas que no pasan la noche en su hogar con sus padres o tutores legales.		P. Rohde, Noell y Ochs (1999)	1999	90	Social
Personas sin hogar	Aquellas que tienen contactos muy frágiles o escasos con sus familiares, realizan trabajos marginales y de gran inestabilidad que pueden alternar con periodos de mendicidad, presentan síntomas de trastornos de personalidad o trastornos de personalidad que se manifiestan mediante la evasión (por medio del consumo de alcohol o drogas), se distancian de su entorno social. Algunos todavía viven en sus hogares de referencia. Presentan déficits muy serios de salud. Su vida está enfocada hacia la subsistencia a corto plazo y carecen de motivaciones.		M. Sánchez (1999)	1999	90	Socioeconómica, médica y psicológica
Personas sin hogar	Jóvenes que viven en hostales o en la calle, son expulsados de instituciones asistenciales o viven con sus amistades de manera temporal.		Smith (1999)	1999	90	Social
Personas sin hogar	Aquellas que no tienen un espacio o lugar propio para vivir. También incluyen a personas que carecen del apoyo emocional que un hogar proporciona como convictos, pacientes psiquiátricos, adolescentes de casas hogar e individuos de centros de	Personas institucionalizadas.- Aquellas que viven en instituciones asistenciales para gente sin hogar. Personas callejeras.- Aquellas que permanecen en lugares no aptos para su habitación como serían las terminales de camiones, el	Stratigos et al. (1999)	1999	90	Social

	rehabilitación.	transporte público, edificios abandonados y automóviles.  Personas que carecen del apoyo emocional proporcionado por un hogar.- Aquéllas que están en la cárcel en hospitales psiquiátricos, en centros de adicciones o en orfanatorios.				
Juventud callejera	Aquélla incluye: a) a los que huyen de su hogar sin el consentimiento de su cuidador primario, b) a los que son expulsados de sus casas, c) a los que abandonan las instituciones asistenciales, c) los que desertaron la escuela y se involucran en conductas de riesgo; y d) aquéllos cuyas familias no tienen hogar.		Walters (1999)	1999	90	Social
Niños en riesgo	No es sólo aquella con grandes deficiencias de cobertura de sus necesidades básicas, sino aquella que como consecuencia de dichas carencias empieza a interactuar con el medio que le rodea mediante respuestas activas que van consolidando determinadas características personales, afectivas, cognitivas y sociales.	Niños en situación de riesgo social.- Es aquella que establece de forma procesal y dinámica una interacción ideográfica e inadecuada con sus entornos, los cuales no cubren sus derechos inalienables, lo cual pone en peligro su correcto desarrollo, dando lugar a un posible inicio de los procesos de inadaptación social; y sus entornos son la familia, la escuela, el barrio, el vecindario, las instituciones.	Balcells & Alsinet (2000)	2000	10	Socioeconómica
Personas sin hogar	Aquéllas que no tienen una residencia viable puesto que duermen en espacios públicos o albergues transitorios o una residencia estable dado que permanecen con amigos de manera temporal y no están bajo la custodia del Estado.		Cauce, Paradise, Ginzler, Embry, Morgan, Lohr y Theofeliz (2000)	2000	10	Social y jurídica
Jóvenes callejeros	Aquéllos que pasan la noche fuera de sus casas sin el consentimiento de sus padres o custodios legales ya sea en un albergue, en la calle o en la casa de un extraño.		Klein et al. (2000)	2000	10	Social
Niños abandonados o huérfanos	Se les vincula con los movimientos migratorios, la pobreza y la ruptura de la estructura familiar: familias		Panter-Brick y Smith (2000)	2000	10	Socioeconómica



	de escasos recursos que habitan en ambientes rurales, migran a ambientes urbanos con la esperanza de mejorar su calidad de vida. Debido a la marginación, a los problemas de adaptación a la vida urbana y a los sentimientos de alienación, dichas familias son incapaces de tener éxito en el ambiente urbano. Ante lo cual, se encuentran desamparadas, desesperanzadas y sin oportunidades de trabajo; lo cual conduce al eventual abandono del hogar por el padre. La pérdida del padre, los abusos repetidos del padrastro o la madre negligente conlleva a los niños a decidir dejar su casa para irse a vivir a la calle.					
Niños en situación de calle	Aquéllos que viven en la calle, trabajan en la calle o en mercados al aire libre, son hermanos de los anteriores y están en riesgo.		Thomas-De Benítez (2000)	2000	10	Social
Niños en situación de calle	Ubica la estadía en el medio callejero como una etapa en la vida de estos menores donde es posible visualizar un pasado y un posible futuro fuera de la calle.	Niños en la calle.- Aquéllos que retornan diariamente a sus hogares y combinan la actividad laboral con la concurrencia a la escuela. Muchos de estos niños, progresivamente comienzan a extender el tiempo de permanencia en la calle debilitándose la referencia familiar y comunitaria hasta que definitivamente se integran a la vida callejera como chico de la calle. El chico en la calle es sólo un estadio anterior al chico de la calle.	Eroles, Fazio y Scandizzo, (2001)	2001	10	Socioeconómica y cultural
Personas sin hogar	Jóvenes de entre 12 y 25 años de edad que viven temporalmente en la calle, albergues, que carecen de una residencia estable, que se encuentran en riesgo de estar sin hogar o que transitan por diversos	Niños de la calle.- Fenómeno conformado por amplios contingentes de niños que comienzan a ocupar el espacio callejero.	Kamieniecki (2001)	2001	10	Social

Personas sin hogar	centros de atención juvenil. Aquéllas menores de 21 años que han vivido sin la compañía de sus padres o tutores legales o que no han permanecido más de 30 días con ellos y que no cuentan con una residencia estable.	J. Noell y Ochs (2001)	2001	10	Social
Personas sin hogar	Aquéllas que no tienen una residencia u hogar fija o estable.	Rauolt, Foucault y Brouqui (2001)	2001	10	Social
Personas sin hogar	Aquellos adolescentes que pasan la mayor parte del tiempo en la calle sin una residencia estable disponible para ellos. El ser una persona sin hogar implica pasar la noche fuera de la casa sin el consentimiento de sus padres o custodios legales ya sea en un albergue, en la calle o en la casa de un extraño.	P. Rohde, Noell, Ochs y Seeley (2001)	2001	10	Social
Mujeres sin hogar	Individuos del sexo femenino que residen temporalmente en la calle, en un hostel o en un albergue.	Stermac y Paradis (2001)	2001	10	Social
Mujeres sin hogar	Toda mujer que pasa por lo menos 30 noches seguidas en espacios públicos no aptos para vivienda, albergues, instituciones asistenciales o en establecimientos diseñados para acomodar a las personas temporalmente como serían los hoteles, o que lleva al menos 30 días internada en un programa de rehabilitación para personas sin hogar.	S. Wenzel, Leake, Anderson y Gelberg (2001)	2001	10	Social
Personas sin hogar	Son todas aquéllas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.	Cabrera, Malgesini y López (2002)	2002	10	Socioeconómica

Jóvenes callejeros	Aquellos individuos entre 16-24 años de edad que viven en albergues inseguros o inadecuados. En Canadá, las distinciones entre jóvenes de y en la calle no se aplican.		Dachner y Tarasuk (2002)	2002	10	Social
Niños en la calle	Son el grupo más grande. La mayoría (aproximadamente un 75%) mantienen sus vínculos familiares, y aunque pasan mucho tiempo lejos de ellos, sienten que tienen un hogar. Trabajan en las calles.		Forselledo (2002)	2002	10	Socioeconómica
Niños de la calle	Constituyen aproximadamente el 25% de la población infantil callejera. Están sin hogar y tienen los vínculos familiares rotos debido a la inestabilidad o a la desestructuración en sus familias de pertenencia. En algunos casos han sido abandonados por éstas y en otros casos ellos mismos decidieron irse. Comen, duermen, trabajan, hacen amistades, juegan en la calle y no tienen otra alternativa que luchar solos por sus vidas.					Socioeconómica y cultural
Niños en la calle	Aquéllos que trabajan en las calles pero mantienen algún contacto con su familia.		Fundación Mexicana de Reintegración Social "Reintegra, AC" (2002)	2002	10	Socioeconómica
Niños de la calle	Aquéllos que viven literalmente en las calles y han roto lazos con su familia.					
Niños en condiciones de riesgo	Niños y niñas cuyas condiciones de vida podrían derivar en la comisión de infracción, convertirse en niños de la calle o el uso de drogas y la violencia.					Social y jurídica
Mujeres sin hogar	Toda mujer que pasa por lo menos 30 noches seguidas en espacios públicos no aptos para vivienda, albergues, instituciones asistenciales o en establecimientos diseñados para acomodar a las personas temporalmente como		Kilbourne, Herndon, Anderson, Wenzel y Gelberg (2002)	2002	10	Social

serían los hoteles, o que lleva al menos 30 días internada en un programa de rehabilitación para personas sin hogar.

Niños callejeros		<p>Niños en la calle.- Aquéllos que trabajan en la calle y regresan por las noches a un albergue.</p> <p>Niños de la calle.- Aquéllos que voluntariamente buscan refugio y camaradería en las calles.</p> <p>Niños abandonados.- Aquéllos que dependen de sí mismos para su supervivencia y no tienen lazo alguno con sus familiares.</p>	Saini yVakil (2002)	2002	10	Socioeconómica
Niños callejeros	Son aquéllos que se han visto obligados a trabajar o vivir en la calle (T. Silva, 2002). Su presencia es un indicador de procesos de urbanización acelerada, degradación ambiental, distribución desigual de la riqueza y ruptura de las estructuras y valores familiares y de su comunidad de origen.		T. Silva (2002)	2002	10	Socioeconómica y cultural
Niños de la calle	Jóvenes sin hogar sin refugio y custodia permanente.		Spencer (2002)	2002	10	Social
Mujeres sin hogar	Aquéllas que durante por lo menos 60 días no tienen un lugar estable de residencia o que declaran no tener un hogar propio en donde vivir.		J. Stein, Leslie y Nyamathi (2002)	2002	10	Social
Niños abandonados	Aquéllos que no tienen un hogar y familiares debido a guerras y desastres naturales.		T. Sullivan (2002)	2002	10	Social
Niños en riesgo	Aquéllos que tienen contacto con la calle y niños que viven en ella, residen en sus hogares y no están directamente involucrados en la economía callejera.					Socioeconómica
Niños en la calle	Aquéllos que trabajan en la calle pero siguen manteniendo contacto con su familia.					
Niños de la calle	Aquéllos que trabajan y viven en la calle por decisión propia. Además,					

	se ven envueltos en la prostitución y narcotráfico; y realizan otras actividades de supervivencia como serían el ambulante, la mendicidad y el lustrar zapatos.				
Mujer sin hogar	Aquella que pasa por lo menos 30 días en un albergue, en una institución para personas sin hogar, en un cuarto de hotel, en una iglesia, en un edificio abandonado, en un lugar público o en un auto.	Barkin, Balkrishnan, Manuel, Andersen y Gelberg (2003)	2003	10	Social
Niños en la calle	Son aquéllos que de vez en cuando vuelven a su casa. Llevan dinero y eso les permite seguir perteneciendo a una familia.	Calderón-Gómez (2003)	2003	10	Socioeconómica
Niños de la calle	Aquéllos que rompieron su vínculo familiar casi totalmente. En ella habitan, trabajan y satisfacen sus necesidades básicas, incluyendo las afectivas mediante su grupo de pertenencia.				Socioeconómica
Niños callejeros	Aquéllos que dependen de una u otra forma de las calles para su sobrevivencia (como por ejemplo ejerciendo la prostitución, mendigando, trabajando como payasitos en los cruceros de las grandes avenidas, vendiendo chicles, limpiando los parabrisas de los carros en las ciudades) forman parte de un gran grupo vulnerable del que participa la mayoría de la población en Latinoamérica. Vienen de dinámicas familiares desintegradas, de figuras paternas-maternas ausentes, y como marco que rodea la vida de sus familias: vienen sobre todo de la pobreza y la violencia.	Menin (2003)	2003	10	Socioeconómica y cultural
Niño de la calle	Aquél que puede pertenecer a dos posibles categorías: a) niños que trabajan y viven en la calle y b) niños que trabajan en la calle pero permanecen en sus hogares.	Morakinyo y Odejide (2003)	2003	10	Socioeconómica

Niños en la calle	Todos aquellos niños que trabajan en las calles y regresan a su hogar en la noche. Tienden a estar más cercanos a sus referentes familiares, continúan en el sistema escolarizado, es pequeño el número de adictos a sustancias.	J. Pérez (2003)	2003	10	Socioeconómica
Niños de la calle	Aquellos niños que viven todo el tiempo en las calles, que viven en grupo con otros chicos. Buena parte de ellos sobreviven robando, pidiendo limosna, vendiendo periódicos o lustrando zapatos.				Socioeconómica y cultural
Jóvenes sin hogar	Personas de entre 16 y 19 años de edad que residen temporalmente en un albergue, la calle o viven de forma independiente (p. ej.: con amigos) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados de éste o su familia de origen los abandonó.	K. Tyler, Whitbeck, Hoyt y Johnson (2003)	2003	10	Social
Personas sin hogar	Jóvenes que carecen de una vivienda fija o estable y que se encuentran inmersos en la cultura callejera.	Baer, Peterson y Wells (2004)	2004	10	Sociocultural
Niños en la calle	Aquellos que tienen familiares que se encargan de su cuidado, que trabajan o mendigan en la calle y duermen en sus hogares.	Gössling, Schumacher, Morelle, Berger y Heck (2004)	2004	10	Socioeconómica
Niños de la calle	Aquellos que viven en la calle. Dejaron a su familia o fueron abandonados por ésta; también pueden ser huérfanos. Su supervivencia depende de sí mismos, no están bajo el cuidado de adultos y usualmente se organizan en grupos. No tienen contacto regular con su familia.				Socioeconómica y cultural
Chicos de la calle y/o en situación de calle	Permite nombrar a una franja de la población infantil carente de un medio familiar para su crianza.	Minnicelli (2004)	2004	10	Socioeconómica
Mujer sin hogar	Aquella que pasa la noche en un albergue, hotel, motel o la casa de un conocido o amigo y para la	A. Nyamathi, Longshore, Galaif y Leake (2004)	2004	10	Social

	<p>cual su residencia es inestable, inexistente o incierta en el sentido de que no sabe o no tiene donde vivir.</p>				
Niños en la calle	<p>Son aquéllos que están en la calle una parte de la jornada del día y regresan a sus casas luego de realizar algún tipo de trabajo que les reporta un ingreso para ellos y/o sus familias. Este grupo se confunde con una fracción de los niños definidos como trabajadores que realizan sus labores en el sector informal y específicamente en la calle, que no necesariamente son desertores escolares y generalmente colaboran con el ingreso familiar; es más muchos de ellos acompañan a sus padres o parientes directos en estas actividades como la recolección de papeles y cartones, venta de diarios, etc.</p>	O. Torres (2004)	2004	10	Socioeconómica
Niños de la calle	<p>Se definen como aquéllos cuyos vínculos familiares están debilitados al punto que esencialmente viven en la calle dependiendo de sus propios esfuerzos para cubrir todas sus necesidades básicas. La mayoría realiza algún trabajo para sobrevivir, aunque otros se dedican al robo, el "mecheo" o son víctimas de las redes de explotación sexual. Su situación de marginación los colocaría en un riesgo más severo que la mayoría de los otros niños trabajadores.</p>				Socioeconómica
Personas sin hogar	<p>Aquellos jóvenes que se encuentran residiendo en un albergue, en la calle o que viven de manera independiente al haber huido, ser expulsados o abandonados por su familia de origen.</p>	K. Tyler, Cauce y Whitbeck (2004)	2004	10	Social
Adolescentes sin hogar	<p>Aquellos que residen en un albergue, en la calle o viven de manera independiente ya sea con</p>	L. Whitbeck, Chen, Hoyt, Tyler and Johnson	2004	10	Social

	amigos o en lugares transitorios porque huyeron de su hogar, fueron expulsados del mismo o abandonados por su familia de origen.	(2004)			
Jóvenes que huyen de su hogar	Adolescentes de entre 12-18 años de edad que abandonaron su hogar sin el permiso de sus padres por más de 24 horas y que se encuentran residiendo temporalmente en un albergue.	J. Chun y Springer (2005a, 2005b)	2005	10	Social
Niños sin hogar	Aquel menor cuyos padres o tutores legales no cumplen con sus responsabilidades de crianza y, por tanto, no controlan la conducta de su hijo. Además carece de una residencia fija o estable.	C. Fujimura (2005)	2005	10	Social y Jurídica
Niños callejeros	Infante menor de 15 años que depende de su trabajo en la calle para su subsistencia. Ha abandonado su hogar como resultado de las condiciones en las que vive o porque sus cuidadores primarios lo han expulsado del mismo. Es forzado a trabajar en la calle para contribuir con la manutención familiar. Carece de la protección de una familia y de otros adultos.	J. Grundling y I. Grundling (2005)	2005	10	Socioeconómica y jurídica
Adolescentes sin hogar	Aquéllos que viven en un albergue, en la calle o de manera independiente (p. ej., con amigos o en lugares transitorios) porque huyeron, los expulsaron de su hogar o fueron abandonados por su familia de origen.	K. Johnson, Whitbeck y Hoyt (2005a, 2005b)	2005	10	Social
Menores en situación de riesgo	Son un colectivo de niños en los que existe un perjuicio que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar. El concepto de riesgo se refiere a déficit de cobertura de necesidades básicas o déficit de disfrute de los derechos sociales inherentes a la condición de ciudadano.	Lebrero y Quicios (2005)	2005	10	Jurídica



Niñez y juventud callejera	Aquellos niños y adolescentes, incluyendo a los menores trabajadores en la calle que continúan viviendo en sus hogares y a los que han abandonado a su familia, que buscan su sobrevivencia en los escenarios que la calle ofrece.		M. Raffaella y Koller (2005)	2005	10	Socioeconómica
Niños, adolescentes y jóvenes en la calle	Son los llamados en riesgo de calle hijos de comerciantes ambulantes, prostitutas o de familias en extrema pobreza donde ellos trabajan como vendedores de dulces, boleros, etc., y el dinero que ganan es para ayudar a su familia.		Soriano, Ochoa y Jiménez (2005)	2005	10	Socioeconómica
Niños, adolescentes y jóvenes callejerizados	También llamados en situación de calle y son aquellos que viven en los diferentes puntos de encuentro (lugares específicos) cuyas condiciones de vida están deterioradas y se ha roto el vínculo familiar.					Social
Personas sin hogar	Adolescentes que se encuentran residiendo temporalmente en un albergue, la calle o viven de forma independiente (p.ej.: con amigos) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados de éste o su familia de origen los abandonó.		L. Whitbeck, Chen y Johnson (2005)	2005	10	Social
Personas sin hogar	Aquéllos que pasan cierto tiempo en la calle, que están ligados a la calle o que quieren abandonar la vida en la calle dado que transitan entre albergues.		C. Auerswald, Sugano, Ellen & Klausner (2006)	2006	10	Social
Personas sin hogar	Aquellas que permanecen en un albergue, la calle o viven de forma independiente ya sea con amigos o lugares temporales, por ejemplo, debido a que huyeron de su hogar, los expulsaron o fueron separados de sus familias de origen.		Chen, Thrane, Whitbeck & Johnson (2006)	2006	10	Social
Menor en situación irregular	Niño o adolescente de la calle o en situación de calle.		Demetrio (2006)	2006	10	
Niños y adolescentes	Menores de 18 años, ambos sexos que rompen	De la calle.- Todos aquellos menores de edad que han	DIF (2006)	2006	10	Socioeconómica, jurídica,

en situación de calle	<p>temporal o definitivamente con su vínculo familiar, sobreviven gracias a una red callejera, trabajan en el sector informal de la economía, tienen bajo aprovechamiento o deserción escolar, su vida se encuentra en grave riesgo físico y emocional, sufren agresividad, rechazo o indiferencia por la sociedad, su supervivencia depende de su propia actividad en la calle, se encuentran en condiciones de pobreza, presentan baja autoestima, se ubican en un contexto predominantemente urbano, realizan sus actividades en sitios de concentración urbana, que generalmente son puntos de actividades comerciales y con gran afluencia, se relacionan muchas veces con drogas, prostitución, enfermedades, adicciones, etc., tienen precarias condiciones de alimentación, recreación, salubridad y al margen de cualquier atención, pocas posibilidades de acceso a la educación y al mercado de trabajo, sus derechos son violentados, provienen de zonas marginales, se desenvuelven en un círculo pasivo y autodestructivo y tienen conflictos con la ley.</p>	<p>roto temporal o permanentemente los vínculos con su familia, escuela y comunidad de origen. Perciben y la calle como su hogar y hábitat, donde consiguen los satisfactores básicos mediante la economía informal.</p> <p>En la calle.- Es el menor que desempeña actividades de subsistencia en la calle dentro de la economía informal para contribuir en el ingreso familiar, mantiene lazos con su familia o parte de ésta, manifiesta irregularidades en el ámbito escolar y convive con niños de la calle, por lo que está en riesgo de romper completamente con el vínculo familiar.</p>	médica y psicológica			
Niños, niñas y adolescentes en situación de calle	<p>Son aquellos que permanecen de día y de noche en la calle, parques, puentes, casas abandonadas u otros lugares de riesgo, que presentan una alta movilidad, que han perdido su vínculo familiar y comunitario, con un nivel de escolaridad bajo o nulo, que deambulan por zonas de intensa actividad comercial realizando actividades de vagancia, juego, oler pega, fumar crack, pedir dinero, así como de realizar ocasionalmente actividades de trabajo informal y riesgo.</p>	<p>Niños, niñas y adolescentes en situación de calle en su comunidad.- Son aquellos que pasan la mayor parte del día en las calles del barrio, lo cual indica una baja referencia familiar y una débil participación en las actividades de las instituciones de su ámbito comunitario y con la poca asistencia a la escuela.</p> <p>Sus prácticas de supervivencia no son sistemáticas ni permanentes, de igual manera el vínculo familiar puede seguir presente.</p> <p>Niños, niñas y adolescentes en situación de calle en las zonas céntricas.- Son</p>	<p>Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA; 2006)</p>	2006	10	Social
						Socioeconómica

aquéllos que se ven obligados a trasladarse a los centros urbanos en la búsqueda de opciones de sobrevivencia, tales como cuidando y lavando autos, lustrabotas, los que practican la mendicidad, etc. Pueden tener todavía contacto con sus casas, con su colonia o barrio, pero que hay veces o días que no regresan a su hogar, duermen en la ciudad, en algún lugar donde alguien adulto o de la misma edad pero en condiciones de sobrevivencia pueda protegerle (indigentes, albergues); en ocasiones pueden ser sometidos/as a la explotación económica por adultos.

Niños, niñas y adolescentes en situación de calle en grandes centros urbanos.- Son aquéllos que han perdido ya su vínculo o referencia familiar, es la calle el nuevo espacio de vida y sobrevivencia, la movilidad constante y nuevos espacios de sobrevivencia complejizan más su situación. Han ido más allá de su área de referencia territorial. Entre sus prácticas de sobrevivencia están: delinquir, prostituirse, pulular en el mundillo de las drogas.

Niños, niñas y adolescentes en proceso de callejerización

Son aquéllos que están en un proceso paulatino de rompimiento de sus vínculos familiares, de deserción escolar, que buscan escapar de situaciones de maltrato, de abuso sexual, de pobreza y otras vulneraciones de su entorno, buscando como alternativa de sobrevivencia la calle, de encontrar parte de aquel afecto que les ha sido negado, de lo "atractivo" y "ventajoso" del mundo de la calle, de otras expectativas frente a las experiencias negativas que esa forma de exclusión social conlleva.

Niños, niñas y adolescentes en vagancia.- Son aquéllos que deambulan por las calles solos/as o acompañados/as de otros menores de edad o de adultos sin un fin específico.

Niños, niñas y adolescentes en mendicidad.- Son aquéllos que se dedican a pedir dinero en la vía pública, mercados, plazas, buses, etc. para satisfacer sus necesidades inmediatas.

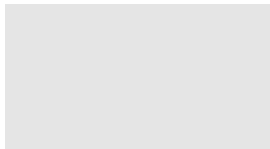
Niños, niñas y adolescentes que usan drogas por consumo inicial.- Son aquéllos que han pasado de la simple vagancia a

Socioeconómica y cultural

Social

Económica

Socioeconómica

<p>Niños, niñas y adolescentes en explotación económica en la calle</p>	<p>Son aquéllos cuya actividad más importante de sobrevivencia es el trabajo informal como parte del ingreso del hogar, hay fuertes vínculos familiares, pero también se sacrifican áreas de interés vital y su modo de vida.</p>	<p>engancharse de algún tipo de droga como pega, crack, cocaína y alcohol; que para conseguírselas mendigan, realizan pequeños hurtos u otro tipo de actividad delictiva.</p> <p>Niños, niñas y adolescentes víctimas de mendicidad.- Son aquéllos que por ser muy pequeñines o por padecer de alguna discapacidad física o mental son utilizados por sus padres u otros adultos para pedir dinero. Los casos de adolescentes que se dan son en su mayoría con algún tipo de discapacidad.</p>	<p>Médica y económica</p>
		<p>Niños, niñas y adolescentes trabajadores estacionarios o ambulantes.- Son aquéllos cuya actividad más importante de sobrevivencia es el trabajo informal como parte del ingreso del hogar, manteniendo fuertes vínculos familiares. Las dos modalidades de trabajo infantil en la calle conllevan sus propios riesgos: los estacionarios están expuestos a la contaminación de los automotores, a las inclemencias del tiempo, al abandono de la escuela; los ambulantes pueden presentar mayores riesgos, tales como ser atropellados/as, abusados/as sexualmente, perderse, tener la influencia de adultos que les corrompan.</p> <p>Niños, niñas y adolescentes en riesgo social.- Son aquéllos que deambulan buena parte del día por la calle, inmersos muchas veces en actividades de indigencia, pero mantienen fuertes vínculos con su grupo familiar al cual se unen por la tarde o la noche. Están en proceso de callejerización.</p>	<p>Socioeconómica</p>
<p>Familia de la calle</p>	<p>Se presenta en los casos que los padres o uno de ellos permanecen durante todo el día con el niño o la niña en la calle, allí hacen</p>		<p>Sociocultural</p>

	su vida, se socializan y pueden o no carecer de vivienda para conformar un hogar. Son los/as hijos/as de los llamados indigentes.					
Jóvenes sin hogar	Aquéllos entre 14-25 años que viven sin la asistencia familiar, carecen de lugares fijos de residencia y transitan en albergues temporales o en instituciones para personas sin hogar.	C. Martijn & Sharpe (2006)	2006	10	Social	
Menores y jóvenes de la calle	Niños de entre 11 y 25 años de edad que viven y trabajan en la calle y consideran a ésta como su hogar.	Olley (2006)	2006	10	Socioeconómica	
Menores y jóvenes en la calle	Niños de entre 11 y 25 años de edad que pasan la mayor parte del tiempo en la calle pero retornan a sus hogares a dormir.				Social	
Menor en riesgo	Menor en riesgo.- Pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria que lo obliga a aportar recursos para el sostén familiar lo que lo lleva, eventualmente, a desertar la escuela. Adolece de carencias de tipo económico, educativo, cultural, de capacitación, recreación y de organización. Aunque mantiene relación con su familia, corre el riesgo de ser expulsado de ella. Reemplazan sus lazos familiares con relaciones afectivas externas a la familia en un contexto callejero. La calle le ofrece un ambiente menos estrecho que, además, le proporciona ciertas satisfacciones.	Picornell (2006)	2006	10	Socioeconómica, cultural y jurídica	
Personas sin hogar	Jóvenes que residen temporalmente en un albergue, han vivido en la calle o viven de forma independiente (p. ej.: con amistades) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados de éste o su familia de origen los abandonó.	K. Tyler y Johnson (2006b)	2006	10	Social	
Niño o niña no acompañado	Persona menor de 18 años, que se encuentra separada de ambos padres	UNHCR y ACNUR (2006)	2006	10	Jurídica	

	u otros parientes y que no está bajo el cuidado de ningún adulto, que por ley o costumbre, esté a su cargo.					
Niño o niña separado	Persona menor de 18 años que no se encuentra bajo el cuidado y protección de sus padres, o de un adulto que de acuerdo a la ley o por costumbre sea su cuidador habitual, pero pueden estar acompañados de otras personas.					
Niños en situación de calle	Niños en situación de pobreza que viven y/o trabajan en la calle.		A. Wutoh, Kumoji, Xue, Campusano, R. Wutoh y Ofosu (2006)	2006	10	Socioeconómica
Juventud callejera	Personas jóvenes que huyeron de su hogar o fueron expulsados de éste y que pasan largos periodos de tiempo en espacios públicos.		Baron y Forde (2007)	2007	10	Social
Niños, niñas y adolescentes en situación de calle y/o de riesgo social	Aquéllos que trabajan en la calle o viven en ella y han roto por completo los lazos familiares. Son vulnerados de sus derechos (al no tener acceso a la salud, educación, familia, alimentación garantizada), realizan estrategias de sobrevivencia (limpiar zapatos, vidrios, robar, vender), están expuestos a riesgos específicos importantes (de salud, legales, emocionales, etc.), tienen un inmenso deseo de salir de la vida de la calle, son solidarios, creativos, arriesgados y sueñan con la superación personal. La calle es su hábitat principal y reemplaza a la familia como instancia de socialización.		Educación sin Fronteras (2007)	2007	10	Sociocultural y jurídica
Niños sin hogar	Niños desconectados.- Niños huérfanos, abandonados o refugiados de guerra que no tienen contacto con sus familias. Ha adoptado la cultura callejera y no han vivido por mucho tiempo dentro de una situación familiar.		Kerfoot et al. (2007)	2007	10	Sociocultural
	Niños parcialmente					Social

		<p>conectados.- Aquellos que prefieren vivir en la calle por largos periodos de tiempo y que suelen regresar con su familia de manera intermitente.</p> <p>Niños conectados.- Aquellos que pasan la mayor parte del tiempo en la calle o en albergues temporales pero regresan a sus hogares por la noche. Están en riesgo de convertirse en niños callejeros.</p>				
Niño o niña en condición de calle	<p>La expresión en condición de calle se utiliza cuando los niños, niñas y adolescentes se encuentran en cualquiera de las dos situaciones típicas. O sea, con esta frase se pretende englobar en forma general ambas situaciones: el Niño de la calle del Niño en la calle. Tanto en niños, niñas y adolescentes de la calle, como en la calle, las principales causas de ausencia y abandono del hogar, son problemas de comunicación familiar, padres ausentes, problemas económicos y maltrato.</p>	<p>Niño o niña en la calle.-Se entiende como niño o niña en la calle a todo aquel que aún tienen algunos vínculos familiares, pero pasa la mayor parte de su tiempo en las calles mendigando, vendiendo baratijas, lustrando zapatos o lavando autos para complementar los ingresos de su familia. Es raro que alguno de ellos haya pasado del cuarto grado en la escuela puesto que la abandona para dedicarse al comercio informal.</p> <p>Niño de la calle.- El niño o niña de la calle representa un 25% restante que vive y pernocta en las calles, frecuentemente en grupos que forman con otros niños, niñas y adolescentes. Se desplazan juntos y duermen en edificios abandonados, debajo de puentes, en portales de edificios, en parques públicos, en alcantarillas y en mercados.</p>	T. Rodríguez, N. Rodríguez y Perozo. (2007)	2007	10	Socioeconómica
						Cultural
Adolescentes sin hogar	<p>Adolescentes entre 16-19 años que se encuentran residiendo temporalmente en un albergue, en la calle o de forma independiente (p. ej: con amigos) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados de éste o fueron abandonados por su familiar de origen.</p>		L. Whitbeck, Hoyt, Johnson y Chen (2007)	2007	10	Social
Personas sin hogar	<p>Aquellos individuos cuya residencia primaria es un espacio público, un albergue, un cuarto de hotel o un edificio abandonado. Han perdido contacto con su familia, no</p>		Capuzzi y Gross (2008)	2008	10	Social

	acuden a la escuela o cuando ingresan es a edades más avanzadas. Sus condiciones de vida los hacen propensos a sufrir física, psicológica, social y académicamente.					
Menores trabajadores	Proviene de familias desintegradas en donde el padre o la madre han fallecido o los han abandonado, viven con otros parientes, sus padres consumen drogas y alcohol, realizan actividades que no precisan ningún tipo de formación (lustra botas, cargador, vendedor ambulante, limpia y cuida coches, vendedor de periódicos y revistas, ayudantes de pensiones o venta de comida callejera, limpia parabrisas y trabajo doméstico [desempeñado típicamente por la mujer que presta a su propia familia, sin ninguna remuneración] Presentan un desfase entre su edad cronológica y su edad.	Castro-Cavero (2008)	2008	10	Socioeconómica y médica	
Niño de la calle	Menor de edad que vive en la calle de forma permanente y no tiene una relación con un adulto que se responsabilice de su educación y manutención.					Social
Niños en la calle	Aquéllos que aun permaneciendo buena parte del tiempo en la calle mantienen lazos familiares.	Cordera, Ramírez y Ziccardi (2008)	2008	10	Social	
Niños de la calle	Aquéllos que viven y pernoctan en la calle y que han cortado los lazos con sus familias.					
Niños callejeros		Niños de la calle.-Aquéllos que viven en sus hogares. Niños en la calle.-Aquéllos que transitan por las calles viviendo en éstas o en albergues de manera temporal. Tienen contacto ocasional con su familia.	Helander (2008)	2008	10	Social
Niños y niñas de la calle	Son aquellas personas menores de 18 años que habiendo roto el vínculo familiar temporal o permanentemente, duermen en la vía pública y	A. Hernández (2008)	2008	10	Socioeconómica y jurídica	



	sobreviven realizando actividades marginales en la economía informal callejera. Son infantes que enfrentan riesgos derivados de las actividades delictivas y antisociales de los adultos, por ejemplo, prostitución, drogadicción, robo, extorsión, alcoholismo, entre otras					
Adolescentes sin hogar	Jóvenes de entre 16-19 años que viven temporalmente en albergues, la calle o en lugares transitorios por su cuenta como resultado de haber sido expulsados o de haber abandonado el seno familiar.	K. Yoder, Whitbeck y Hoyt (2008)	2008	10	Social	
Adolescentes sin hogar	Jóvenes de entre 16-19 años que viven temporalmente en albergues, la calle o en lugares transitorios por su cuenta como resultado de haber sido expulsados o de haber abandonado el seno familiar.	K. Yoder, Longley, Whitbeck y Hoyt (2008)	2008	10	Social	
Niño y niña en situación de calle	Se caracterizan principalmente por haber roto o mantener una vinculación muy débil con su familia (afectiva, económica, material y cualquier otro tipo de referente) prefiriendo vivir en la calle.	Zambrano (2008)	2008	10	Social	
Personas sin hogar	Aquellas que carecen de una residencia fija o estable ya que es común que pasen la noche en un albergue, en edificios abandonados, en autos o en la calle o que están en riesgo de no tener un hogar fijo.	Coker et al. (2009)	2009	10	Social	
Personas sin hogar	Aquellas que duermen en lugares no aptos de vivienda, en albergues o que no tienen una residencia estable y fija.	Dworsky y Courtney (2009)	2009	10	Social	
Personas sin hogar	Aquellas que residen en un hogar o en un espacio no apto para vivienda como serían edificios abandonados	Fowler, Toro y Miles (2009)	2009	10	Social	

Personas sin una residencia estable	Aquellas que habitan temporalmente en los hogares de amigos, familiares u otras personas ante la carencia de recursos para residir en otros lugares.					Socioeconómica
Niños y adolescentes que subsisten en las calles	Menores de 18 años que realizan actividades con la finalidad de vivir o sobrevivir en un ambiente determinado, así, un niño que subsiste en las calles puede o no vivir en ellas pero sí utilizarlas como un espacio donde trabaja, socializa, juega, etc; es decir, donde sobrevive.		R. Gutiérrez y Vega (2009)	2009	10	Socioeconómica
Jóvenes sin hogar	Aquellos individuos entre 13-24 años que huyen del hogar o han sido expulsados del seno familiar a raíz del abuso y negligencia del que son objeto.		Gwadz et al. (2009)	2009	10	Social
Jóvenes en situación de calle			Hadland, Kerr, Li, Montaner y Wood (2009)	2009	10	
Personas sin hogar	Aquellos individuos de entre 15-24 años de edad que permanecen fuera de casa por lo menos dos noches porque no pueden quedarse en su hogar o porque no tienen donde dormir; por lo que deciden permanecer en un refugio, con un extraño, en un cuarto de hotel, en un carro, en el transporte público, en edificios abandonados o en la calle.		Hickler y Auerswald (2009)	2009	10	Social
Personas sin hogar	Adolescentes que huyen de su hogar.- Estudiante de bachillerato (grados 9-12) que abandonan su hogar sin el consentimiento de sus cuidadores primarios pasando la noche en la vía pública (p.ej.: en edificios abandonados, autos, etc.), con parientes cercanos, amistades, amistades de la familia, extraños o en un albergue.  Adolescentes que son expulsados de su hogar.- Estudiante de bachillerato (grados 9-12) que son expulsados de su núcleo familiar y transitan la noche		C. Hoffman (2009)	2009	10	Social

		en la vía pública (p.ej.: en edificios abandonados, autos, etc.), con parientes cercanos, amistades, amistades de la familia, extraños o en un albergue.  Adolescentes sin hogar.- Estudiante de bachillerato (grados 9-12) que reside temporalmente en la vía pública (p.ej.: en edificios abandonados, autos, etc.), un albergue o un hotel sin sus cuidadores primarios.				
Jóvenes sin hogar	Aquellos que no tienen una residencia fija, viven en la calle, en un hostel o en un albergue. Pasan la mayor parte del tiempo en la calle y se encuentran en un estado de marginación por las condiciones en las que viven.		Rachlis, Wood, Zhang, Montaner y Kerr (2009)	2009	10	Social
Personas marginalmente acomodadas	Aquellos que carecen de una vivienda fija o estable en cualquier momento durante un periodo de 37 meses y, por ende, no tienen un hogar o se encuentran residiendo temporalmente en albergues u hoteles.		Rotheram-Borus, Desmond, Comulada, Arnold, Johnson y The Healthy Living Trial Group (2009)	2009	10	Social
Jóvenes sin hogar	Personas de entre 18-24 años de edad que han permanecido en la calle o en un albergue durante al menos 24 horas.		Starling (2009)	2009	10	Social
Personas adultas jóvenes en situación de calle	Personas de entre 18-28 años que se encuentran en una etapa productiva y reproductiva y que fueron criadas, se han visto obligadas o han decidido vivir en un lugar público, frecuentemente de manera temporal o intermitente. La mayoría de las veces no cuentan con las adecuaciones y equipamiento necesario para realizar sus necesidades básicas, pero sí con los recursos físicos, organizacionales y cognitivos para ello. Otra situación que les caracteriza es el temprano y constante consumo de sustancias tóxicas y drogas, siendo el activo la sustancia más común.		Barragán-Rodríguez (2010)	2010	10	Socioeconómica

Jóvenes en situación de calle	Persona joven de entre 14-26 años que consume drogas legales e ilegales y que tiene una participación activa dentro de la economía callejera. Puede incluir a jóvenes que están en riesgo parcial o total de quedarse sin hogar.		B. Marshall, Kerr, Qi, Montaner y Wood (2010)	2010	10	Social
Personas sin hogar	Aquellos individuos que residen temporalmente en un albergue, la calle o viven de manera independiente (p.ej.: con amigos) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados o abandonados por su núcleo familiar.		K. Tyler y Beal (2010)	2010	10	Social
Jóvenes sin hogar	Constituyen la población más marginalizada de los Estados Unidos. Incluye a personas que abandonan su hogar sin el consentimiento de sus padres o tutores legales, que son expulsados del seno familiar, que permanecen en instituciones asistenciales para individuos sin hogar o que nacieron de familias sin hogar.		S. Wenzel, Tucker, Golinelli, Green y Zhou (2010)	2010	10	Social
Personas sin hogar	Se refiere a la situación que experimenta un individuo o una familia sin una vivienda apropiada, estable y fija y sin los medios o posibilidades de adquirirla.	Personas sin albergue.- Individuos que carecen de vivienda y no acuden a instituciones asistenciales más que durante condiciones climáticas extremas.	Canadian Homeless Research Network [CHRN] (2012)	2012	20	Social
		Personas en albergues temporales.- Individuos que residen temporalmente en instituciones asistenciales sin costo alguno o con un costo mínimo.				Social
		Personas acomodadas provisionalmente.- Individuos que resident temporalmente en una vivienda proporcionada por el gobierno, el sector privado o mediante la realización de acuerdos independientes para la estancia en dicho lugar.				Social
		Personas en riesgo de estar sin hogar.- Incluye a individuos y familias que carecen de una vivienda fija o estable como resultado de privaciones, pobreza, crisis				Socioeconómica

personales, discriminación,  
condiciones de  
hacinamiento y de falta de  
acceso a servicios básicos y  
ante la falta de  
disponibilidad de conseguir  
otro hogar que cumpla con  
los requerimientos básicos  
de una vivienda apropiada.

---

En términos generales, durante la década de los 80's, las tipologías propuestas se centraron en dos grandes nociones: menor en situación extraordinaria y menor en estrategia de sobrevivencia. En ambos casos se incluyeron a los niños y adolescentes tanto en como de la calle. A pesar de las grandes similitudes entre el menor en riesgo y el menor en la calle, se marcó la distinción entre ambas categorías. Así mismo, durante esta época fue común agrupar bajo estos rubros a menores que provienen de situaciones conflictivas como serían menores maltratados, menores abandonados, menores refugiados de guerras y menores afectados por desastres naturales. Estos sucesos tanto internos como externos conducen a que el menor se convierta en un niño o adolescente de la calle. Razón por la cual resulta más conveniente, incluir a ambos subgrupos dentro de dicha categoría marcando la diferencia en cuanto a factores de riesgo. De igual manera, una categoría anexa la constituyen los menores infractores que más que formar parte de una tipología que incluye a los menores en y de la calle, sería una consecuencia de las condiciones de vida en las que éstos se desenvuelven dado que tanto su comportamiento como actividades de subsistencia, en ocasiones, van en contra de lo socialmente establecido y legalmente aceptado. También, ante el surgimiento de instituciones públicas y privadas para atender las demandas de la población callejera, se propuso la categoría de menores institucionalizados para referirse a aquéllos en riesgo o de la calle que residen en albergues o casas hogar de manera temporal o permanente como una manera de atender, en principio, sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestimenta, educación, recreación, salud y empleo). Por consiguiente, durante la década de los 80's se observan los primeros intentos por clasificar a los menores en situación de calle conforme a sus condiciones de vida y características presentadas. Empero, las categorías propuestas no están bien delimitadas y no permiten la distinción clara entre los niños. Ya para la década de los 90's las tipologías propuestas, empiezan a centrarse exclusivamente en el menor en riesgo y el menor de la calle dejando de un lado condiciones externas adversas como serían desastres naturales y condiciones de guerra, y tomando en consideración las características de los menores abandonados y maltratados como parte de las circunstancias que pueden presentar los niños y adolescentes en situación de calle. Debido a ello, en esta década las concepciones se centraron en la diferencia entre el menor en riesgo y el menor de la calle. Claro que al inicio siguieron prevaleciendo las terminologías establecidas anteriormente en los 80's. De hecho apareció la concepción de menor en circunstancias especialmente difíciles, muy similar a la de menor en situación extraordinaria; pero con el transcurrir de los años, estas tipologías fueron desapareciendo. Igualmente, es durante esta década que también comienza a surgir el término de "menor en situación de calle" y, adicionalmente, se empieza a tomar en cuenta a la población infantil y adolescente indígena y sus características particulares que los diferencian del resto de los menores callejeros. Del mismo modo, por primera vez se incluye al sexo femenino dentro de la tipología de menor en situación de calle. La categoría de menores institucionalizados siguió existiendo y, a mediados de los 90's, aunado a la satisfacción de las necesidades básicas, se empezó a darle importancia a la atención de las necesidades emocionales o afectivas. Por otro lado, durante esta década, algunos autores (ver Tabla 1) propusieron la terminología de menor callejero para englobar tanto al menor en riesgo como al menor de la calle que presentan

básicamente las mismas características y condiciones de vida que las especificadas en la tipología de menor en situación de calle (ver Tabla 1). A nivel internacional prevalecieron las conceptualizaciones de personas o jóvenes sin hogar, que huyeron de su casa, que fueron expulsados de su vivienda, que residen en albergues o instituciones asistenciales, hoteles o en la calle, que viven de manera independiente (p. ej.: con amigos) y personas o jóvenes callejeros, entre otras. Posteriormente, dichas categorías se englobarían en una sola: personas o jóvenes sin hogar. En el presente siglo, han prevalecido las tipologías elaboradas durante la década de los 90's buscando mejorar las ya propuestas para poder definir y delimitar con mayor precisión a la población infantil y adolescente en situación de calle. Las modificaciones que se han hecho han buscado tomar en cuenta diferencias por sexo, por origen étnico y por características sociodemográficas, epidemiológicas, legales y psicosociales. Esto es muy importante puesto que rara vez se ha intentado definir al grupo social en cuestión desde una perspectiva psicológica, con lo cual destaca la necesidad de realizar investigaciones de índole psicosocial que permitan conceptualizar con exactitud a los menores en situación de calle.

Como puede constatar, no se ha encontrado un concepto que realmente logre agrupar la totalidad de las experiencias del niño o adolescente que decide permanecer en la calle o que está en riesgo de iniciar el proceso de callejerización (Balachova et al., 2008; EDNICA et al., 2010). Respecto a este punto, M. García (1998) señala que la elaboración de tipologías o clasificaciones muchas veces no permite ofrecer una atención integral que incluya a niños, sus familias y las comunidades de donde provienen. De ahí la importancia de definir al menor en situación de calle y determinar las características que le son propias permitiendo, de esta manera, el planteamiento de estrategias de trabajo efectivas en la atención de estos pequeños.

A continuación, con el fin de proponer una terminología que logre abarcar lo más completa posible a la población infantil-adolescente en situación de calle, primero se hará un análisis sistemático de las definiciones antes presentadas (ver Tabla 2) y posteriormente se abarcarán las concepciones propuestas para la presente investigación.

**Tabla 2**

***Comparación entre tipologías de la población infanto-juvenil en situación de calle***

<b>Término</b>	<b>Semejanzas</b>	<b>Diferencias</b>
Menor en la calle	Presenta las mismas condiciones de vida y características que el menor en riesgo, en situación de riesgo social, trabajador en la calle, trabajador tanto del sector formal como del informal, incluyendo las actividades marginales, en estrategia de sobrevivencia, en proceso de callejerización, en explotación económica en la calle y los menores conectados.	Se distinguen básicamente en que el menor en la calle conserva aún sus vínculos familiares, escolares y de su comunidad y el menor de la calle no. Además, el menor de la calle se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión social por las condiciones en las que vive y se desenvuelve. Dado que ambos subgrupos pueden desempeñar las mismas actividades marginales, corren el riesgo de convertirse en menores infractores.
Menor de la calle	Presenta las mismas condiciones de vida y características que los menores que viven y trabajan en la calle y los desconectados y parcialmente conectados. Incluye a los menores abandonados, huérfanos, refugiados de guerra o en situación de conflicto armado. Algunos autores (ver Tabla 1) lo denominan menor, niño o joven callejero a pesar de que en otros casos la población callejera incluye tanto a los de en la calle o en riesgo como a los de la calle.	
Menor en situación de calle	Tipología conformada por subgrupos similares (menor en y de la calle e institucionalizado) en cuanto a conceptualización y características con respecto a las terminologías de: menor en situación extraordinaria, en circunstancias especialmente difíciles, callejero, menores potencialmente de la calle o en alto riesgo y en condición de calle.	En esta tipología el menor en riesgo engloba a los siguientes términos: menor en situación de riesgo social, trabajador en la calle, trabajador tanto del sector formal como del informal, incluyendo las actividades marginales, en estrategia de sobrevivencia, en proceso de callejerización, en explotación económica en la calle y

Tanto en ésta como en las tipologías de menor en situación extraordinaria y en circunstancias especialmente difíciles, los menores institucionalizados son aquéllos que actualmente se encuentran viviendo o participando en algún programa de atención institucionalizada por algún organismo de la sociedad civil o de instancias gubernamentales que implique su residencia en internado o medio-internado.

menores conectados. Por su parte, el menor de la calle engloba a los que viven y trabajan en la calle, los desconectados y parcialmente conectados, los menores abandonados, huérfanos y refugiados de guerra o en situación de conflicto armado. Es la única tipología que agrupa de esta manera a la población infantil y adolescente en riesgo y de la calle. Además, incluye al menor indígena en situación de calle que a su vez se subdivide en menor indígena en riesgo de calle y de la calle; los cuales se diferencian del menor en riesgo y de la calle básicamente porque permanecen con sus familias, inclusive en las labores que realicen para subsistir, y por su origen étnico. Por tanto, es la única que toma en consideración el origen étnico de la población infantil-adolescente.

De acuerdo con esta tipología, el menor en riesgo o en la calle se define como aquéllos que teniendo una vida en común con su familia, deben salir a la calle para conseguir ingresos que contribuyan a la economía familiar o para solventar sus propios gastos. Son niños y niñas trabajadores que realizan actividades de sobrevivencia de tipo convencional de manera informal. Son estudiantes regulares si bien su respuesta en el colegio resulta poco apropiada sea por estar mal alimentados y fatigados o por falta de tiempo para estudiar o por falta de dinero para comprar sus libros y útiles escolares, o todos estos factores juntos. Mientras que el menor de la calle se define como aquellos niños y adolescentes de ambos sexos que, teniendo y reconociendo tener familia se han separado de la misma organizando su vida y su hogar en la calle. A diferencia de los niños abandonados, tienen familia. Han reemplazado los lazos familiares por lazos afectivos con sus pares o con los terceros que les rodean en un mundo de preferencia nocturno y que privilegia la calle. Con este modo de vivir han apresurado su separación del grupo y hogar familiar, asumiendo su propia supervivencia sin la guía ni el apoyo familiar. El regreso a sus hogares resulta imposible porque los problemas que causaron su salida no han sido solucionados y los estímulos de la calle tienen mayor fuerza de atracción que de expulsión para ellos.

Menor en situación extraordinaria

Tipología conformada por subgrupos similares (menor en riesgo, de la calle, en la calle e institucionalizado) en cuanto a conceptualización y características con respecto a las terminologías de: menor en circunstancias especialmente difíciles, menor callejero, menores potencialmente de la calle o en alto riesgo, en condición de calle y en situación de calle. Al igual que la tipología de menor en circunstancias especialmente difíciles, uno de los subgrupos que la conforman es el de menores maltratados. En ambas tipologías, los menores maltratados son aquéllos que carecen de afecto, tienen una dignidad transgredida, recreación limitada y no tienen acceso a una educación.

A diferencia del menor en situación de calle, del menor callejero y del menor en circunstancias especialmente difíciles, hace distinción entre menor en riesgo y menor en la calle. Añade, adicionalmente, los subgrupos de: menor infractor, afectado por desastres naturales y en situación de conflicto armado.

En esta tipología, se define al menor en riesgo como aquél que pertenece a una familia en situación socioeconómica precaria que lo obliga a aportar recursos para el sostén familiar lo que lo lleva, eventualmente, a desertar la escuela. Adolece de carencias de tipo económico, educativo, cultural, de capacitación, recreación y de organización. Aunque mantiene relación con su familia, corre el riesgo de ser expulsado de ella. Reemplazan sus lazos familiares con relaciones afectivas externas a la familia en un contexto callejero. La calle le ofrece un ambiente menos estrecho que, además, le proporciona ciertas satisfacciones. Desempeña actividades dentro de la economía formal, informal y marginal (p. ej.: prostitución, venta de drogas, delincuencia); y el menor en la calle se define como aquél que desempeña actividades de subempleo para contribuir económicamente al gasto familiar, no ha roto lazos con su familia y manifiesta

irregularidad escolar o definitivamente deserción total. Por otro lado, define al menor en situación de conflicto como aquél que es producto de una confrontación armada entre fuerzas políticas internas. Es desplazado de sus hogares sufriendo trauma psicológico debido a la inseguridad de una prolongada situación de violencia social de la cual huyen tanto cruzando la frontera como a otros sitios en sus propios países. Al menor infractor como aquél que, al realizar sistemáticamente actividades delictivas como robos, es recluido en los Consejos Tutelares. Por último, al menor afectado por desastres naturales como aquél que es víctima de catástrofes naturales como serían inundaciones, sismos, incendios, etc.

Menor en circunstancias especialmente difíciles	Tipología conformada por subgrupos similares (menor institucionalizado, en y de la calle) en cuanto a conceptualización y características con respecto a las terminologías de: menor en situación extraordinaria, menor callejero, menores potencialmente de la calle o en alto riesgo, en condición de calle y en situación de calle.	Por su parte, la tipología de menor en circunstancias especialmente difíciles hace distinción entre menor abandonado y aquél que se dedica a mendigar a diferencia de las otras tipologías. De acuerdo con esta tipología, el menor mendigo incluye a los discapacitados, que guía a los ciegos y al de familias necesitadas. Mientras que el menor abandonado incluye a huérfanos, refugiados y aquéllos cuyos padres han muerto de SIDA.
Menores callejeros	Tipología conformada por subgrupos similares (menor en y de la calle) en cuanto a conceptualización y características con respecto a las terminologías de: menor en situación extraordinaria, en circunstancias especialmente difíciles, menores potencialmente de la calle o en alto riesgo y en condición de calle. Es equivalente, con excepción de que no incluye al subgrupo de menores institucionalizados, a la tipología de menor en situación de calle puesto que la conceptualización y características de los subgrupos en ambos casos son muy similares entre sí.	A diferencia de la tipología del menor en situación de calle, ésta se subdivide en menor de la calle y en la calle no en riesgo. De acuerdo con esta tipología, el niño en la calle es aquel menor de edad que trabaja consiguiendo algún ingreso para su familia. Conserva todavía como eje principal su vida familiar, su escuela y comunidad que le proporcionan un sentido de pertenencia que él/ella reconoce y preserva. Trabaja en el sector informal de la economía. A veces desempeñan actividades de mayor riesgo como el robo o la prostitución. Es un trabajador que, aunado a su jornada laboral, asiste a la escuela más cercana a su comunidad aunque de manera irregular y con bajo rendimiento y aprovechamiento. Frecuentemente no termina ni la educación primaria. Su familia, con carencias y crisis derivadas de la pobreza, es el motivo esencial por el que trabaja. Mientras que el niño de la calle es aquél que percibe la calle como su hogar y como su hábitat, donde consigue los satisfactores básicos. Minimiza o incluso pierde completamente los vínculos con su familia y escuela, trabajo y comunidad de origen. Viven en y del medio callejero por completo. Subsisten por medio de trabajos callejeros y esporádicos pasando por la mendicidad para comer, hasta el robo en diferentes magnitudes y otras actividades infractoras de la ley.
Personas sin hogar	Comparte con las otras tipologías el hecho de que incluye dentro de su rubro a las personas que viven en la calle, que residen en instituciones asistenciales y que pasan la mayor parte de su tiempo en la calle: menor de la calle, institucionalizado y en riesgo o en la calle.	A diferencias de las tipologías anteriores, ésta hace distinciones entre los menores basándose únicamente en los lugares por los que transitan y residen comúnmente dado que huyen, abandonan o son expulsados de su familia de origen. Por tanto, no especifica las características propias de cada subgrupo o categoría que conforman a dicha tipología.

---

Para la presente investigación, partiendo de la literatura revisada y del análisis sistemático de las diversas definiciones revisadas (ver Tablas 1 y 2), se propone la siguiente terminología (ver Tabla 3).



**Tabla 3.****Clasificación de la población infanto-juvenil en situación de calle**

Menor y joven en situación de calle		Menor y joven indígena en situación de calle	
1.	En riesgo de calle o en desventaja social	1.	Índigena en riesgo de calle o en desventaja social
2.	De la calle	2.	Índigena de la calle
3.	Institucionalizado	3.	Índigena institucionalizado

Se plantea el uso del término “menor” ya que, de acuerdo con UNICEF (1989), es más completo y permite superar distinciones por sexo y por edad porque engloba tanto a niños y niñas como a niños y adolescentes. En México, desde el punto de vista jurídico, menor es aquel que se encuentra en la etapa comprendida desde el momento del nacimiento viable hasta cumplir la mayoría de edad (18 años) (Curiel et al., 2010; Trinidad, 1998). Además, la palabra menor está exenta de interpretaciones y valoraciones morales (Castellanos et al., 2006).

Referente a la juventud, en nuestro país está definida por las leyes federales desde los 12 a los 29 años e incluye tres cortes etarios: la adolescencia (de los 12 a los 18 años, con cortes a los 14 y los 16 años), la mayoría de edad (a los 18 años) y la juventud (de los 18 a los 29 años, con subdivisiones a los 21 y 25 años) (Escuela para promotoras y promotores juveniles, 2009). Para fines del presente estudio, se denota el concepto “joven” como toda persona que se encuentre entre los 18 y los 29 años de edad.

El concepto “situación de calle” se plantea como una explicación sociológica de la situación de pobreza que viven los sectores marginados, vinculada a su estrecha y casi inevitable relación laboral con la vía pública. Implica que éstos carecen de las condiciones necesarias para sobrevivir como resultado de su condición de pobreza o pobreza extrema y miseria, dejando como única alternativa, la utilización del espacio callejero para desempeñar actividades de la economía informal para la obtención de recursos, imponiendo un uso diferenciado al espacio urbano y que se constituye como la opción más próxima para la obtención de ingresos y como estrategia de sobrevivencia (Schwinger, 2007). Es el resultado de barreras sistémicas o sociales, una falta de vivienda adecuada y accesible, los retos económicos, mentales, cognitivos, conductuales y físicos del individuo, y la discriminación y exclusión social (Canadian Homelessness Research Network [CHRN], 2012).

De acuerdo con diversos autores (Barr-Dinn, 1995; CHRN, 2012; COESNICA, 1992; Dachner & Tarasuk, 2002; De Anda, 1992; DIF, 2006; Educación sin Fronteras, 2007; Eroles et al., 2001; D. Fernández, 1995; Fletes, 1994, 1999; Grima & Le Fur, 1999; Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia [ISNA], 2006; B. Marshall et al., 2010; Medina & Velázquez, 1992; Minnicelli, 2004; Montesinos & Pagano, 2010; Orduña-SantaCruz, 2004; Peschard, 1992; Pierre, 1996; QUIERA et al., 1999; M. Raffaellia & Koller, 2005; T. Silva, 2002; Thomas-De Benítez, 2000; Trinidad, 1998; UNESCO, 1995; UNICEF, 1989; Walters, 1999), los menores y/o jóvenes en situación de calle son aquellas personas de entre 0 y 29 años de edad que:

- Se encuentran en un estado de marginación estructural dado que, además de vivir en condiciones precarias, adolecen de carencias económicas, educativas, culturales, de capacitación, recreación y de organización.
- Viven en condiciones de hacinamiento sin acceso a servicios básicos y sus viviendas carecen de infraestructura. Adicionalmente, suelen conformar asentamientos irregulares en las periferias de las grandes urbes.
- En su comunidad de origen se observan problemas sociales como serían la farmacodependencia, el pandillerismo y la delincuencia, el narcotráfico y la prostitución.
- Realizan actividades de generación de ingresos en la economía informal en

respuesta a una situación socioeconómica precaria que los obliga a aportar recursos para el sostén familiar. Lo que los lleva, eventualmente, a desertar la escuela por lo que frecuentemente no terminan ni la primaria. El sector informal de la economía incluye a los trabajadores por cuenta propia o asalariados que generalmente no se inscriben en registros oficiales, fiscales o de seguridad social. Como ejemplo están los vendedores ambulantes de mercancías, de alimentos y prestadores de servicios domésticos de todo tipo (Barr-Dinn, 1995; Espínola et al., 1989; E. Ponce, 1987; UNICEF, 1989; UNICEF & DIF, 2004). Así mismo, es común que incurran en la realización de actividades marginales como la delincuencia, el narcotráfico y la prostitución como medio de sobrevivencia.

- Presentan altos índices de ausentismo y reprobación escolar. Ante lo cual tienen un bajo nivel educativo.
- Proviene de familias con un bajo nivel socioeconómico, sin una fuente de empleo estable, desintegradas, disfuncionales, conflictivas, con altos índices de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, de abandono moral y físico y negligencia emocional, física y educativa, reconstituidas, extensas, con problemas de alcoholismo y drogadicción, ausencia de uno o ambos padres, frecuente cambio de pareja de los progenitores, y con un promedio de entre 3-5 hijos aproximadamente.
- Sus vínculos familiares son débiles, manteniendo contacto con su grupo familiar entre una y diez veces por año. O nulos, que son comunes en los casos de abandono y en los que por algún motivo, después de haber abandonado el núcleo familiar, los niños no cuentan con información para ubicarlo (Mondragón, 2005; Ossa, 2005). Por ejemplo, en México, regresan a sus casas una o más veces al año por distintas razones como sería el pedir dinero, tener refugio por una noche o por problemas de salud (QUIERA et al., 1999).
- Inician su actividad sexual a edades tempranas comúnmente producto de abuso sexual intrafamiliar. Suelen intercambiar de pareja con frecuencia. Las relaciones que establecen con sus parejas son superficiales, inestables y, en su mayoría, violentas. Aunque también pueden constituir una fuente de apoyo y protección.
- Reemplazan sus lazos familiares con relaciones afectivas externas a la familia en un contexto que les permita satisfacer sus necesidades básicas y afiliativas. Por tanto, su grupo de pares constituye una fuente de apoyo, protección y seguridad. No obstante, también puede conducir a la realización de conductas de riesgo como serían el consumo y venta de drogas, las actividades delictivas, la prostitución y la actividad sexual de riesgo<sup>1</sup>, entre otras.
- Presentan conductas antisociales pues padecen y aprenden el uso de la violencia.
- Carecen de una residencia fija o estable, siendo común el que transiten por diversos lugares como serían albergues, instituciones asistenciales, edificios abandonados, hoteles, automóviles, con amigos y parientes y en lugares públicos no aptos para vivienda como las banquetas y los parques.
- Carecen de personas adultas referentes que los acompañen y se responsabilicen de su crecimiento.
- Han pasado por diferentes instituciones asistenciales y, en ocasiones, de carácter judicial como los tutelares.
- Corren el riesgo de ser expulsados de su seno familiar; y
- Son rechazados y discriminados por la sociedad porque en general se les considera un peligro y una fuente de conducta criminal.

---

<sup>1</sup>La actividad sexual de riesgo es aquella que deteriora el bienestar biopsicosocial de las personas pues incluye los siguientes rubros: tener relaciones sexuales con múltiples parejas, con parejas ocasionales, sin protección, bajo los efectos de sustancias tóxicas incluyendo el alcohol, por trabajar en la prostitución e incurrir en prácticas de sexo recompensado y el cambiar de pareja con frecuencia (Bailey et al., 1998), entre otras.

La literatura reporta que los menores y jóvenes en situación de calle se subdividen a su vez, dependiendo de las características que presentan, en dos subgrupos:

- ✓ Menor y/o joven en riesgo de calle o en desventaja social.
- ✓ Menor y/o joven de la calle.

Según varios autores (Balcells & Alsinet, 2000; Children's Rights Network in México, 2005; Curiel et al., 2010; DiClemente, Hansen y Ponton, 1996; Fundación Mexicana de Reintegración Social "Reintegra, AC"; 2002; E. González, 1996; Gössling, Schumacher, Morelle, Berger y Heck; 2004; Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia, A.C. [PREVIO] e Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 1998; Picornell, 2006; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c; Saini & Vakil, 2002; UNICEF, 1987, 1997), el menor y/o joven en riesgo de calle o en desventaja social es aquél individuo que:

- Está en riesgo de iniciar el proceso de vivir en la calle debido a las condiciones de vulnerabilidad que experimenta como serían el hacinamiento y la carencia de servicios básicos y de infraestructura en su vivienda y comunidad de pertenencia, la presencia de problemas sociales como el pandillerismo, la delincuencia, el narcotráfico, la farmacodependencia y la prostitución en su comunidad de origen, la falta de recursos suficientes para su subsistencia y la de su familia, la carencia de una residencia fija o estable, un bajo nivel socioeconómico, el desempleo o empleos con salarios ínfimos, la negligencia emocional, educativa y física, el abandono moral y físico, el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico en su hogar, los conflictos intrafamiliares, la falta de cariño, el rechazo y desatención por sus familiares y el consumo de drogas y alcohol en la familia, entre otros. En ocasiones trabajan con empleadores, la familia o por su propia cuenta. Además, de acuerdo con Pierre (1996), trabajar en la calle y pertenecer a este tipo de familias expone a los infantes a volverse callejeros porque por una parte provienen de medios de tipo expulsivos y por otra han estado inmersos en el ambiente callejero desde temprana edad. Se familiarizan con su dinámica y organización y entran en contacto con callejeros de tal forma que la calle se vuelve un espacio físico conocido en el cual aprenden a desenvolverse sin gran dificultad y en el cual pueden sobrevivir si deciden fugarse.
- Desempeña actividades de subempleo para contribuir económicamente al gasto familiar o para solventar sus propios gastos sin registro o legitimación oficial, sin derechos ni prestaciones legales, laborales o institucionales. Puede llegar a realizar actividades marginales como la prostitución, la delincuencia y el narcotráfico.
- Tiene experiencias sexuales a edades muy tempranas (el inicio de la actividad sexual es en promedio entre 10-12 años de edad) pudiendo ser resultado de un abuso sexual intrafamiliar.
- Manifiesta irregularidad escolar o definitivamente deserción total producto de las labores que desempeña, de su falta de interés y motivación por el estudio, de la carencia de apoyo familiar y recursos para su educación y de la inexistencia de programas y métodos acordes a sus necesidades y características. En consecuencia, su rendimiento y aprovechamiento es deficiente.
- Pertenece a familias reconstituidas, desintegradas, de madres solteras, abandonadas, viudas y/o de padres con alguna adicción o con presencia de padrastrós.
- Ha pasado por diferentes instituciones asistenciales y, en ocasiones, de carácter judicial como los tutelares o reclusorios dependiendo de su edad.
- Conserva todavía como eje principal su vida familiar, su escuela y comunidad que

- le proporcionan un sentido de pertenencia que reconoce y preserva; y
- Suele ser expulsado o abandona su hogar de manera intermitente y, posteriormente, de forma definitiva.

Diversos autores (Calderón-Gómez, 2003; Castro-Cavero, 2008; Cordera et al., 2008; Cornejo, 1999; Curiel et al., 2010; Davey, 2007; DiClemente et al., 1996; Forselledo, 2002; Geenen, 2009; J. Grundling & I. Grundling, 2005; B. Gutiérrez, 1992; A. Hernández, 2008; Lucchini, 1996; Morakinyo & Odejide, 2003; Núñez, 1997; Ovidio-López, 1990; Palomas, 1999; Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, 1997; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a; Reintegra A.C., 2002; Rodríguez-Gabarrón, 1993; T. Rodríguez et al., 2007; M. Sánchez, 1999; Scanlon et al., 1998; Spencer, 2002; T. Sullivan, 2002; O. Torres, 2004) señalan que el menor y/o joven de la calle es aquella persona que:

- Transita por diversos espacios públicos o de vivienda residiendo temporalmente en dichos lugares frecuentemente en grupos que forma con otros niños, niñas, adolescentes y jóvenes en sus mismas circunstancias. Por ejemplo: en albergues, instituciones asistenciales, con parientes, vecinos o amistades, en edificios abandonados y hoteles o en la vía pública.
- Percibe a la calle como su hábitat en donde consigue los satisfactores básicos y en ocasiones los afectivos. Como resultado, la calle se convierte en su estilo de vida. Por consiguiente, está inmerso en la “cultura” callejera.
- Proviene de familias con un bajo nivel socioeconómico, sin una fuente de empleo estable, desintegradas, disfuncionales, conflictivas, con altos índices de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, de abandono moral y físico y negligencia emocional, física y educativa, reconstituidas, extensas, con problemas de alcoholismo y drogadicción, ausencia de uno o ambos padres, frecuente cambio de pareja de los progenitores y con un promedio de entre 3-5 hijos aproximadamente.
- Ha reemplazado los vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen por lazos afectivos, de crecimiento y socialización con sus pares o los terceros que lo rodean. De hecho, ocho de cada diez menores no tiene contacto con su familia (Dubaniewicz, 1997).
- Dispone de una red social, la cual ha ido obteniendo a medida que ha roto con su familia, pues al no encontrar afecto en ella lo sustituye acercándose a la banda o a la pandilla, y comparte una cultura con los miembros de esta red. Lo que es más, QUIERA et al. (1999) señala que difícilmente se relacionan con grupos ajenos a sus condiciones de vida.
- Sufre la imposición de una imagen deformada de callejero en la sociedad en que vive.
- Tiene un bajo nivel de escolaridad puesto que comúnmente solo llega al cuarto grado de primaria.
- Presenta adicción progresiva a la droga incluyendo el alcohol y el tabaco, y sus actividades recreativas generalmente están asociadas con el uso de estimulantes.
- Tiene una vida sexual activa y cambia de pareja con frecuencia. Bajo estas circunstancias forma familias.
- Se encuentra en un estado de abandono y pobreza extrema.
- Su agresividad física y verbal le sirve para asegurar su sobrevivencia en un medio hostil e indiferente.
- Lleva a cabo estrategias de sobrevivencia que atentan contra las normas sociales establecidas y la seguridad de las personas y sus bienes. De allí las sanciones frecuentes que estos niños sufren por la sociedad y el rechazo de que son objeto.
- Subsiste realizando actividades, incluyendo las marginales (principalmente la

delincuencia, el narcotráfico y la prostitución), dentro de la economía informal.

- Ha pasado por diferentes instituciones asistenciales y, en ocasiones, de carácter judicial como los tutelares o reclusorios dependiendo de su edad.
- El regreso a su hogar resulta difícil porque los problemas que causaron su salida no han sido solucionados y los estímulos de los lugares por los que transita tienen mayor fuerza de atracción que de expulsión para ellos.

Es importante enfatizar que el concepto “de la calle” no implica que los niños vivan y trabajen ahí sino más bien hay que entender a los menores y jóvenes de la calle en términos de la relación que establecen o que tienen con ésta (Harvey, 2005).

Una subcategoría de ambos subgrupos (menores o jóvenes en riesgo de calle y de la calle) la conforman los “niños abandonados”, que incluye a personas huérfanas y abandonadas. Si un niño abandonado no es institucionalizado o integrado a una familia, corre el riesgo de pernoctar en la calle. Consecuentemente, constituye un subgrupo de ambas categorías dependiendo de la condición en la que se encuentre.

Los individuos abandonados son aquéllos cuyos padres se encuentran enfermos o presos o aquéllos que voluntariamente dejaron su hogar y carecen de apoyo emocional y/o material (C. Fujimura, 2005; Mansilla, 1989; Vélis, 1995). Son huérfanos cuando han fallecido ambos padres biológicos. En algunas culturas, adicionalmente son consideradas huérfanas las personas que hayan perdido solamente a su padre porque en términos socioeconómicos la madre no cuenta, o las que hayan perdido a su madre porque el padre no los atiende (Helander, 2008; Liebel & Martínez, 2009). Los individuos huérfanos carecen de la protección más inmediata con que debe contar un niño: sus progenitores. La separación de sus padres y su familia resulta por lo general perjudicial para su bienestar y crecimiento. Corren un mayor riesgo de padecer violencia, explotación, maltrato, discriminación y otros abusos, así como desnutrición, enfermedad, traumas físicos y psicosociales, además de limitaciones en su desarrollo cognitivo y emocional. El huérfano, desde su inicio, se ve sometido a crueles situaciones de frío, ruido e inclemencias. Se le cuida mecánicamente sin atender realmente sus necesidades; a veces come en exceso, otras pasa grandes periodos sin alimento (Servín-Leyva, 2007).

Como puede observarse, estos dos subgrupos de menores y/o jóvenes tienen en común problemas y necesidades. Sin embargo, se diferencian básicamente en que el menor y/o joven de la calle, quien transita regularmente por la calle, ha roto sus lazos familiares, escolares y de su comunidad de origen. En contraste, el menor y/o joven en riesgo de calle, quien reside regularmente en su hogar, no. Así mismo, los individuos de la calle no asisten a la escuela mientras permanezcan residiendo en ésta (Proyecto de Educación a Distancia, 1996b). Aunado a lo anterior, los niños y/o jóvenes de la calle se encuentran en una situación de mayor marginación social que los coloca en un riesgo más severo e inmediato que al resto de los menores y jóvenes en la calle. De hecho, las niñas y mujeres jóvenes en riesgo de calle tienden a ser menos victimizadas que las niñas y jóvenes de la calle (R. Gutiérrez & Vega, 1998; K. Lalor, 1999; PNUFID, 1998). En consecuencia, la comprensión y las acciones dirigidas a ambos subgrupos deben de ser distintas (Barreiro, Palomas, Bejos, Gutiérrez & Najera, 2004).

La temprana identificación de menores y jóvenes en riesgo de calle o en desventaja social son factores esenciales para prevenir el abandono del hogar y, con ello, el crecimiento de la población de calle (Balachova et al., 2008).

En México, los medios de comunicación como los diarios, entre los que destacan, El Universal, La Jornada, La Prensa y El Reforma, no hacen distinción entre estas dos categorías: “de la calle y en riesgo de calle” (Figa et al., 1995; R. Pérez, 2003). Lo que es más, no existen en ellos una fuente permanente para la infancia (J. Calderón, 2003), y

cuando hablan de los niños y jóvenes de la calle favorecen su discriminación y estigmatización. Según M. Jiménez (1999), en el Distrito Federal la infancia no es una prioridad.

Es importante mencionar que ya sea niños o jóvenes de la calle o en riesgo de calle, la mayoría son varones debido a que las niñas soportan, al parecer, por más tiempo, las situaciones abusivas o explotadoras en el hogar; aunque una vez que abandonan su hogar y su familia, tienden menos a regresar (Baker, McKay, Lynn, Schlange & Auville, 2003; Pojomovsky, 2008a, 2008b; Y. Rodríguez & López, 2009; N. Slesnick, Bartle-Haring, Dashora, Kang & Aukward, 2008; UNICEF, 2006a). Adicionalmente, desde un contexto cultural, predominan los niños porque la familia retiene a las niñas en casa para que asuman responsabilidades domésticas a una edad temprana; especialmente cuando la madre debe salir a trabajar fuera del hogar (Barr-Dinn, 1995; Castro-Cavero, 2008; Espínola et al., 1989; R. Gomes, 1996; Mendelievich, 1980; Oakley & Salazar, 1993; Roze et al., 1999). Igualmente, la aparente "invisibilidad" de las niñas y jóvenes de la calle y en riesgo de calle puede deberse a que forman parte de la red de comercio sexual y a la existencia de otros lugares de explotación como el servicio doméstico, las cantinas, los bares, las fondas, los mercados y las cervecerías, entre otros (Lenon, 2000).

Referente a los menores y/o jóvenes indígenas en situación de calle, varios autores (QUIERA et al., 1999; UNICEF & DIF, 1996, 1999) han definido a este grupo social como aquellas personas de entre 0 y 29 años de edad que pertenecen a diversas etnias indígenas cuyas familias, generalmente de origen rural, han migrado a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida. Se caracterizan por mantener un estrecho vínculo con sus familias y se subdividen, a su vez, en dos subgrupos:

- ❖ Menores y/o jóvenes indígenas de la calle.- Se caracterizan por carecer de vivienda; ante lo cual sus integrantes duermen en terrenos abandonados, deportivos o directamente en la calle.
- ❖ Menores y/o jóvenes indígenas en riesgo de calle.- Se refiere a aquéllos cuyas familias utilizan la vía pública o las áreas públicas cerradas como espacios de trabajo desempeñando actividades propias de la economía informal.

Al comparar a los menores y/o jóvenes en situación de calle con este grupo social, tenemos que se distinguen entre sí básicamente por el origen étnico y por el hecho de que los indígenas en situación de calle mantienen un estrecho vínculo con su familia de origen.

Por último, un subgrupo de la población infantil y joven en situación de calle lo constituyen los menores y jóvenes institucionalizados. Se trata de aquéllos que actualmente se encuentran viviendo o participando en algún programa de atención institucionalizada por algún organismo de la sociedad civil o de instancias gubernamentales que implique su residencia en internado o medio-internado. Usualmente han iniciado un programa de desintoxicación y regulación escolar. No obstante, su permanencia en los programas es parcial o intermitente puesto que comúnmente los usan como medio de alimentación o para el alivio de las necesidades básicas (Medina-Mora et al., 2000; Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, 1997; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Trinidad, 1998; UNICEF, 1989). Pueden presentar el síndrome de depresión infantil por la separación de sus seres queridos (Servín-Leyva, 2007). Del mismo modo, resulta imprescindible el conocer su historia a fin de obtener un perfil que permita realizar una intervención de manera adecuada y lograr una verdadera rehabilitación (García-López, 2000).

Mediante la terminología propuesta, se pretende abarcar de la manera más

completa posible a la población infantil en situación de calle, permitiendo, así, su adecuada caracterización y evaluación.

En los siguientes apartados se hablará respecto del fenómeno de la población en situación de calle en América Latina buscando proporcionar un panorama general e integral del mismo. Los datos recolectados se centran principalmente en menores en situación de calle. Empero, de las pocas investigaciones efectuadas, se han observado características similares en los jóvenes en situación de calle. Adicionalmente, se incluyen estudios hechos a nivel mundial, en donde la información reportada cubre el rango de edad de 12-25 años aproximadamente por lo que comprende al grupo adolescente-joven primordialmente.

### **Modelos Explicativos**

El fenómeno de los niños y adolescentes en situación de calle ha sido estudiado por diferentes disciplinas y desde enfoques diversos. La mayoría de las investigaciones en torno a esta realidad ha centrado su interés en su perfil, sus familias y las prácticas de crianza, esto es, aquellas situaciones antecedentes a la salida de la calle. Otras más han estudiado el tránsito, adaptación y vida en la calle: el proceso de la salida, cómo sobreviven en la calle y las dinámicas de su vida cotidiana, entre otras. Así mismo, existen aquéllas enfocadas en predecir conductas de riesgo entre las que destacan el consumo de drogas, incluyendo el alcohol, y el tener relaciones sexuales sin protección, y en evaluar las repercusiones que el maltrato físico y psicológico tiene sobre los menores. Consecuentemente, no se tiene una concepción integral sobre la problemática del menor y/o joven en situación de calle al carecer de modelos teóricos explicativos que aborden el fenómeno en su totalidad pues la gran mayoría de ellos únicamente se han centrado de manera aislada en algunos factores de riesgo, en determinadas consecuencias y en ciertas características inherentes a los niños y adolescentes mismos. Razón por la cual, se obstaculiza la elaboración e implementación de estrategias y programas de intervención, prevención y rehabilitación dado que se desconoce la magnitud y dimensiones actuales del problema.

Como resultado, tan sólo existen pocos modelos explicativos que serán mencionados a continuación que han intentado proporcionar una visión abarcativa del fenómeno infantil y adolescente en situación de calle.

#### Modelo de Políticas aplicado a los niños de y en la calle de Y. Rodríguez (2001), (2003) y Y. Rodríguez y López (2009)

Un modelo de políticas es una suposición teórica de la realidad, en la que partiendo de un problema público, un problema que afecta a todos en mayor o menor grado, se establecen e identifican múltiples factores condicionantes expresados en sistemas de políticas, tratando siempre de que éstos sean los más cercanos al problema y que a su vez se puedan manipular. El valor específico final del modelo de políticas lo representa la reducción del número de niños de y en la calle en Venezuela.

El modelo de políticas aplicado a los menores en situación de calle (ver Figura 1) se inicia con la definición del problema expresado como un valor general final –valores que comúnmente están socialmente establecidos tales como equidad, libertad, justicia y bienestar- y el valor específico final (variable dependiente) y que constituye el objetivo a alcanzar para la resolución o disminución del problema. Los ámbitos de acción representan los principales factores determinantes del problema expresados como variables independientes, y agrupados por sistemas de políticas o áreas de acción en las cuales se puede intervenir para lograr solucionar o disminuir la problemática. Los factores determinantes agrupados por sistemas de políticas constituyen, a su vez, las variables

contributivas o independientes que puedan ser manipuladas en el proceso político y que deben estar lo más cerca posible del valor general final para aumentar su impacto.

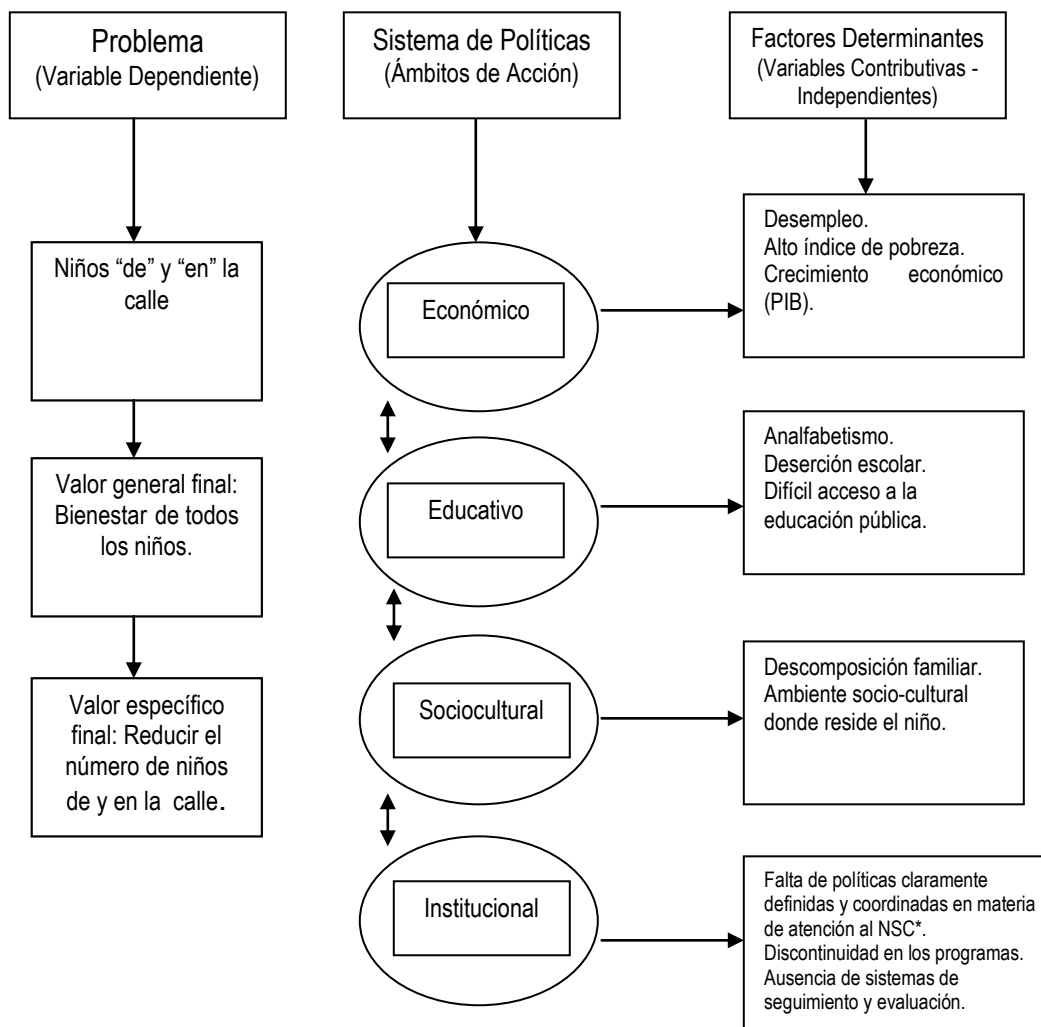


Figura 1. Representación gráfica del Modelo de Políticas del Niño en Situación de Calle de Y. Rodríguez (2001), (2003) y Y. Rodríguez y López (2009).  
\*NSC: Niño en situación de calle.

Como el fenómeno del callejerismo infantil y adolescente es multifactorial y tales factores son expresiones de los sistemas de políticas, existen diversos sistemas involucrados:

- El sistema económico

Representa el crecimiento económico sostenido, la participación del sector público y privado en la producción y distribución de los recursos y la generación de empleos bien remunerados. Para el caso del menor en situación de calle, se postulan tres factores determinantes: desempleo, alto índice de pobreza y crecimiento económico, expresado en el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.

- a. Desempleo.- La carencia de un trabajo estable que garantice la entrada de ingresos al hogar se convierte en la mayor dificultad a vencer por los cuidadores primarios y los demás miembros de la familia, impidiéndoles, de esta manera, el



acceso a mejores posibilidades de vida y a la satisfacción de sus necesidades básicas: alimentación, vestido, educación y vivienda.

- b. Alto índice de pobreza.- Obliga a los responsables de los hogares en situación de pobreza extrema a emplear a los pequeños para aumentar los escasos recursos con que cuentan. En muchos casos, se ven obligados a abandonar a sus hijos porque no pueden mantenerlos.
  - c. Crecimiento económico, expresado en el PIB per cápita.- En la medida que exista un mayor progreso económico, habrá más fuentes de empleo, mayor productividad y mayores recursos.
- El sistema educativo

Los menores en situación de calle difícilmente terminan la educación primaria, lo que les impide o dificulta el acceso al mercado laboral formal, imponiéndoles, así, una serie de obstáculos que terminan por negar toda oportunidad para mejorar su calidad de vida.

En el sistema educativo se postulan dos factores determinantes: el analfabetismo, sumado a la falta de educación de los padres y la deserción escolar.

- a. El analfabetismo y la falta de educación de los padres.- Obstruyen el desarrollo de una acertada educación y orientación a sus hijos. Así mismo, dificultan la entrada al mercado laboral, donde los niveles de exigencia son cada vez mayores.
  - b. La deserción escolar.- Los niños y adolescentes abandonan las escuelas como consecuencia de la falta de recursos económicos en el hogar para subsistir.
  - c. Ante la situación de pobreza y la crisis en los sistemas familiar y educativo, las calles cobran oportunidad como espacio socializador.
- El sistema sociocultural

Está representado por dos elementos: la familia y el ambiente sociocultural donde reside el menor.

- a. La familia.- Constituye el principal agente socializador y el marco de referencia en la formación de la conducta del niño.
- b. El ambiente sociocultural.- Conformado por todos los acontecimientos, experiencias y vivencias que rodean al pequeño y ejercen una influencia significativa en la formación de su personalidad. En consecuencia, un menor que vive rodeado de violencia y maltrato, difícilmente podrá ofrecer una conducta pasiva y generosa.

En el sistema sociocultural se señalan dos factores determinantes: la descomposición familiar y el ambiente sociocultural donde reside el niño.

- I. La descomposición familiar.- Está relacionada con un proceso de deterioro del nivel de vida. Entre los principales elementos que caracterizan a los hogares en situación de pobreza se encuentran: ausencia de figura paterna o materna, maltrato familiar, violencia y hacinamiento, entre otros.
- II. El ambiente sociocultural.- Mediante el cual el menor establece relaciones con las personas que lo rodean en su entorno (p. ej.: familiares, amigos, vecinos, compañeros de escuela, entre otros). La familia representa entonces un factor relevante a considerar en la vida del niño, en su evolución, en la formación de su personalidad. Por lo tanto, los problemas que se presenten en el núcleo familiar, ya sea por falta de recursos económicos, violencia doméstica, maltrato familiar o abandono por los padres, tendrán una carga relevante en la formación de la conducta del niño y en su desarrollo como persona y como ente social.

- El sistema institucional

Las instituciones, bien sean de carácter público o privado, representan el principal medio a partir del cual se implementan las políticas y/o programas. Precisamente en las instituciones es donde se canalizan las principales acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los niños de y en la calle. En el sistema institucional se postulan un conjunto de factores determinantes relacionados con:

- a. Los recursos con que cuentan (p. ej.: humanos, económicos, infraestructura), para establecer políticas y/o programas dirigidas a los niños de y en la calle.
- b. Las políticas y programas que implementan para lograr sus metas y objetivos.
- c. Las condiciones en que se encuentran las entidades de atención, en especial las instituciones del sector público.
- d. Los procesos que realizan para el cumplimiento de sus funciones (p. ej.: planificación, coordinación, supervisión, seguimiento y evaluación).

Como puede observarse, este modelo teórico abarca los distintos ámbitos de influencia del menor o joven en situación de calle: el macrosocial, el laboral/académico, el cultural y el interpersonal (V. Caballo, 1998). Hace referencia al contexto macrosocial porque describe las condiciones de la estructura sociopolítica que conforman el nicho dentro del cual se desenvuelve el individuo como el acceso al empleo, a recursos de seguridad social y salud, la disponibilidad de recursos económicos y la satisfacción de necesidades, entre otros. Alude al contexto laboral/académico dado que explica el acceso a la educación, las posibilidades de trabajo dentro del mercado laboral y el funcionamiento laboral o escolar. Respecto del entorno cultural, examina los conjuntos de patrones de influencia social mediante los cuales se establecen formas de interacción y control social como la subcultura de la cual forma parte y que dictamina las normas y reglas por seguir, los grupos de referencia formal e informal y las redes sociales de apoyo. Por último, el ámbito interpersonal incluye a las relaciones interpersonales del ser humano como son la familia, el grupo de pares, las amistades, y otros adultos y menores con los que mantiene contacto. Por ende, retomando los pasos para la elaboración de una intervención efectiva con base en el Modelo Cognitivo-Conductual, posibilita la identificación de los factores que influyen la conducta objetivo (abandono del hogar) y que son la base de la misma. Esto es, proporciona una comprensión de la problemática que lleva a examinar su magnitud y dimensiones actuales. No obstante, tan sólo describe los factores antecedentes a la conducta blanco y no las posibles consecuencias de la misma ni las características inherentes a los niños y adolescentes en situación de calle. Como resultado, el diagnóstico del problema es insuficiente e incompleto. Ante lo cual, no se pueden generar hipótesis a partir de las cuales se puedan proponer propuestas efectivas de tratamiento que acerquen a los individuos a los niveles normativos de funcionamiento o que reduzcan el riesgo de daño o desadaptación. Adicionalmente, no brinda maneras de abordar y atender la problemática. No hay una propuesta ni planteamiento de un plan de acción determinado. De esta manera, no se atiende el fenómeno en cuestión, no se ofrece una solución al respecto y el problema persiste contribuyendo a que crezca día con día y a que rebase la capacidad de atención por parte de la sociedad.

En resumen, el Modelo de Políticas es deficiente para la comprensión integral del fenómeno del menor y joven en situación de calle puesto que se centra principalmente en los factores antecedentes al mismo, y no elabora y ejecuta líneas de acción bien definidas.

Modelo de Factores Antecedentes y Consecuentes de Ovidio-López (1990)

En 1990, Ovidio-López elaboró un modelo (ver Figura 2) para explicar tanto los factores antecedentes como consecuentes que conducen a que el menor abandone su hogar por la vida callejera. En él propone que la carencia de recursos y servicios básicos en las zonas rurales obliga a los individuos a migrar hacia las ciudades buscando mejores oportunidades de vida. Sin embargo, al llegar a éstas, el gobierno no puede atender las demandas de la población dados el intenso proceso de urbanización y la inexistencia de líneas de acción adecuadas para ello. Como tal, suelen establecerse en las periferias de las ciudades conformando asentamientos irregulares que se caracterizan por la ausencia de servicios básicos, por vivir en la marginación y en condiciones de hacinamiento. Ante tales circunstancias, las familias migratorias enfrentan los mismos problemas que en las zonas rurales, aunado a ser víctimas de la exclusión y el rechazo sociales. Además, la carencia de un empleo bien remunerado y las dificultades de obtener los suficientes recursos para subsistir, obliga a todos sus miembros a contribuir con la manutención familiar incluyendo a los menores quienes por su edad y falta de preparación escolar ingresan al mercado laboral informal siendo víctimas potenciales de la explotación laboral y sexual por sus empleadores principalmente. Al trabajar bajo condiciones infrahumanas, se menoscaba su bienestar biopsicosocial. Así mismo, ante la situación de crisis económica la familia empieza a desintegrarse pues surgen conflictos, estrés y frustraciones que comúnmente se depositan en el niño o adolescente quien en la calle encuentra una salida fácil y rápida a la situación abrumadora que está viviendo. Una vez que abandona su hogar, se relaciona con otros menores y jóvenes en las mismas circunstancias. Adicionalmente, ante la urgencia y necesidad de sobrevivir comienza por involucrarse en la realización de actividades delictivas que conducen a que tenga conflictos con la ley y sea recluido en los tutelares de menores. En consecuencia, se deteriora su calidad de vida y las posibilidades, por consiguiente, de mejorarla y de desarraigarse de su vida en la calle.

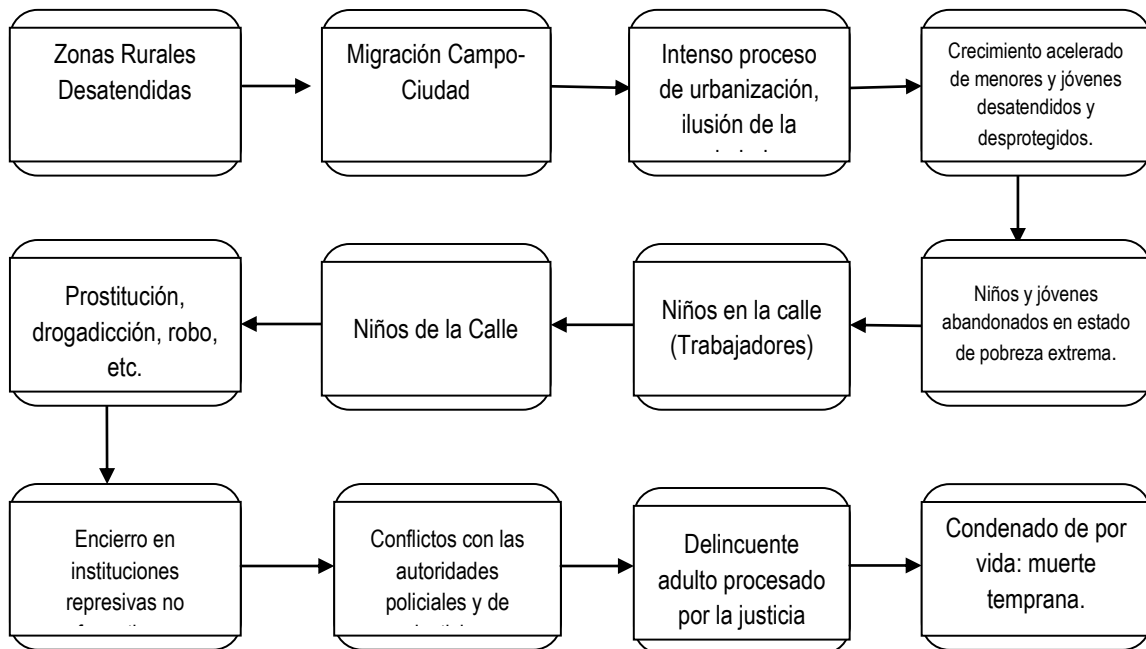


Figura 2. Representación gráfica del Modelo de Ovidio-López (1990) referente a los menores en situación de calle.

Como en el caso del modelo teórico anterior, este modelo hace referencia a los factores antecedentes. Empero, la descripción y análisis de éstos es más detallada y

específica. Nuevamente, se hace referencia a los contextos macrosocial, laboral/académico, cultural e interpersonal. Del mismo modo, aborda las consecuencias del fenómeno en cuestión, aspecto no contemplado en el Modelo de Políticas (Y. Rodríguez, 2001; Y. Rodríguez & López, 2009). Por consiguiente, el diagnóstico del problema es más completo e integral. No obstante, no alude a las características inherentes a la población objetivo. Razón por la cual no proporciona una comprensión completa de la problemática y ello dificulta el planteamiento de hipótesis que conduzcan al planteamiento de un tratamiento efectivo de intervención. Aunado a lo anterior, no ofrece soluciones ni propone y ejecuta líneas de acción bien definidas que contribuyan a disminuir gradualmente el problema y que induzcan cambios que promuevan el bienestar biopsicosociocultural de los menores y jóvenes en situación de calle.

En resumen, el Modelo de Factores Antecedentes y Consecuentes explica de mejor manera el fenómeno del callejerismo infantil y juvenil que el Modelo de Políticas (Y. Rodríguez, 2001, 2003; Y. Rodríguez & López, 2009). Sin embargo, es insuficiente porque no comprende todos los aspectos necesarios para realizar un diagnóstico eficiente del problema que conduzcan a la elaboración de intervenciones efectivas.

### Modelo de Identidad y Sociabilidad de Lucchini (1996)

De acuerdo con Lucchini (1996), la mayoría de las veces el niño de la calle se define conforme a dos dimensiones: la física y la social (ver Figura 3). La primera está ligada al tiempo que pasa en la calle, y la segunda depende de la existencia o la ausencia de una relación significativa con los padres u otros adultos responsables.

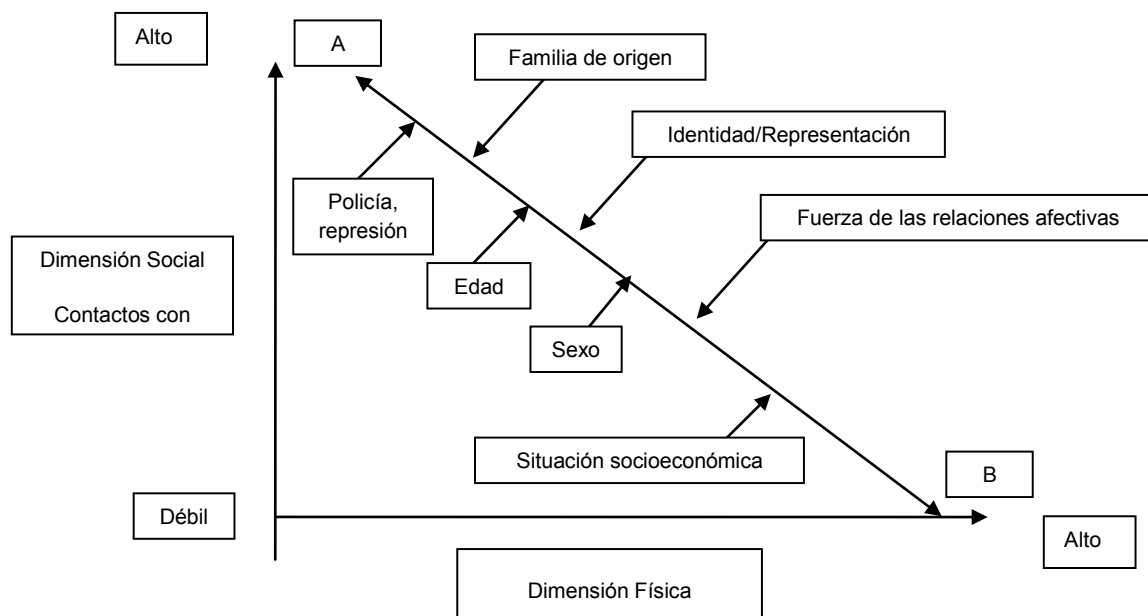


Figura 3. Representación gráfica del Modelo de Identidad y Sociabilidad de Lucchini (1996): Dimensiones física y social.

En la figura se puede observar que la posición A se define por la existencia de contactos muy frecuentes con adultos responsables y por una presencia de corta duración en la calle. El niño regresa regularmente a su casa. La noción de adulto responsable implica la existencia en la identidad del menor de la referencia a ese adulto. Por otra parte, la responsabilidad es de naturaleza gradual y puede repartirse entre varias personas que no viven en el mismo lugar. Puede ser temporal si el niño circula de una unidad doméstica a otra. La precariedad de la existencia de los más pobres los lleva a

buscar apoyos fuera de la esfera doméstica. Así nace la institución de los compadres que asisten al niño y al adulto joven en sus diferentes necesidades. Por otro lado, es a menudo el menor el que toma la iniciativa y busca un compadre. Puede ser que regrese a su casa sin por eso mantener relaciones con un adulto responsable.

La posición B en el diagrama está definida por la ausencia de contacto con adultos responsables. También está definida por una utilización de la calle que hace de ella el hábitat principal del pequeño. Entre A y B hay sitio para toda una serie de situaciones intermedias que crean problemas importantes de clasificación. La mayoría de definiciones que se dan del niño de la calle hacen hincapié en el tiempo que éste pasa en la calle. Así el menor que se desplaza sobre el eje A-B en dirección de B, actualiza progresivamente su condición de niño de la calle. Pero lo inverso también es verdad: un infante que va de B a A. Así un infante que transita entre A y B se vuelve progresivamente un pequeño de la calle.

La posición que ocupa sobre el continuum comprendido entre A y B depende de otros numerosos factores que se pueden agrupar en cinco categorías:

- a. La primera categoría comprende factores biológicos como la edad y el sexo.
- b. La segunda se refiere a factores directamente ligados con la familia, como la composición y organización familiar, su solidez y calidad de los lazos, la situación económica y el grado de integración de la misma en la ciudad (es la cuestión de la inmigración).
- c. La tercera comprende factores directamente asociados a la calle: la imagen que tiene de la calle, los contactos anteriores que ha mantenido con personas que la conocen, las condiciones de acceso, la inserción del menor en una banda callejera, la rentabilidad de las actividades lucrativas, la represión policial y la violencia entre los mismos niños.
- d. La cuarta categoría tiene que ver con factores del espacio urbano: la importancia de la distancia que el menor debe recorrer entre la casa y la calle donde ejerce sus actividades y el tipo de espacio urbano que atraviesa hasta llegar a su calle. Este último factor se refiere a las oportunidades de supervivencia que encuentra en sus desplazamientos hacia el centro de la ciudad.
- e. La quinta categoría trata de los factores que llamamos macroscópicos. Tienen que ver con la situación económica y social general del país y con la política social del Estado. Estos diferentes factores son interdependientes y sus combinaciones posibles son diversas. Estas combinaciones así como la naturaleza de los factores que las componen aceleran o por el contrario frenan la carrera del niño de la calle.

Existen todavía otras influencias que hay que mencionar como la inserción parcial del menor en la economía informal, los movimientos de péndulo entre la calle, las instituciones y el domicilio de los adultos, las circunstancias que provocaron esos cambios, los ritos de iniciación a la vida en la calle, la inserción en programas de asistencia y los contactos con el mundo del crimen, entre otros.

Como resultado, el paso de la casa a la calle se debe a varios factores (ver Figura 4):

- a. Las dificultades familiares.
- b. La movilidad espacial de la familia.
- c. Las características del espacio urbano (p. ej.: distancia entre el domicilio y el lugar donde el niño pasa el día, la eficacia de los transportes públicos y el precio del transporte, entre otras).
- d. Las coacciones de la calle (p. ej.: los peligros, las posibilidades objetivas de supervivencia y la presencia de otros niños en la calle, entre otras).

e. Las iniciativas del niño y el balance que establece de su experiencia en la calle.

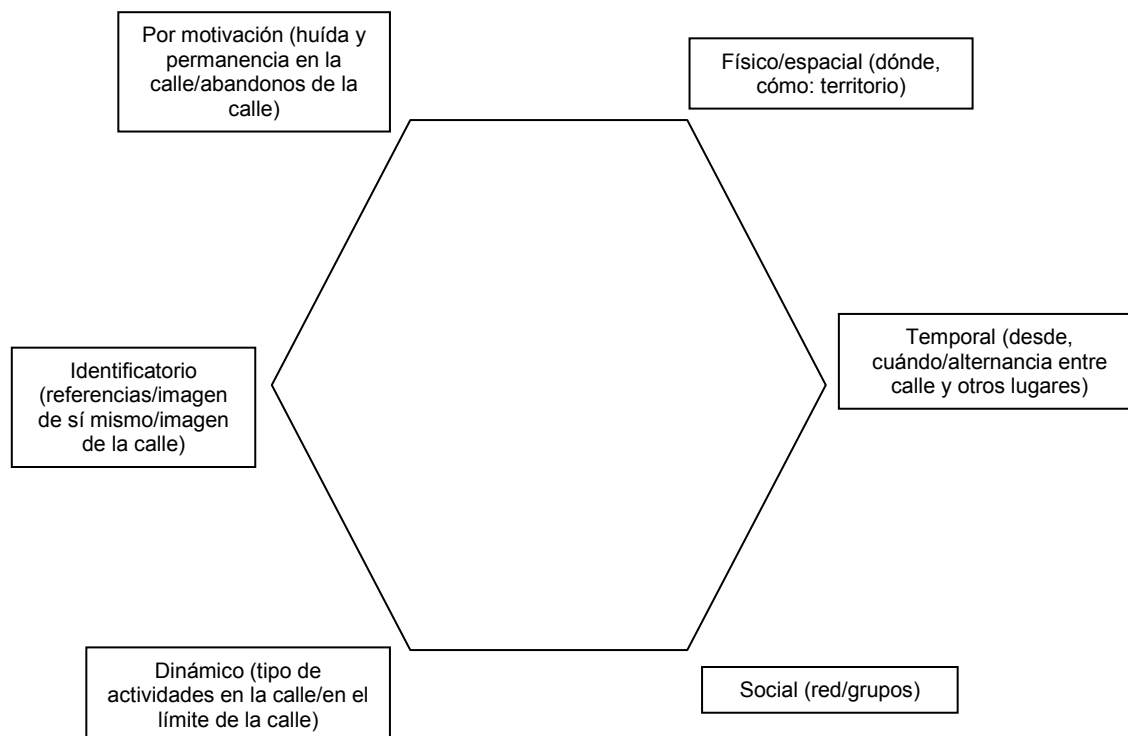


Figura 4. Representación gráfica de los factores asociados al fenómeno del callejerismo de acuerdo con Lucchini (1996).

Comparando los modelos teóricos descritos anteriormente con el Modelo de Identidad y Sociabilidad de Lucchini (1996), se tiene que en esta ocasión la explicación y examinación de los factores antecedentes de la población objetivo es más completa, abarcativa y exhaustiva. Esto es debido a que hace referencia, como en los casos pasados, a los contextos macrosocial, cultural, laboral/académico, interpersonal y, adicionalmente, al ambiente físico inmediato y extenso; entorno no contemplado en los otros modelos. Pues describe la distribución de zonas, las condiciones físicas de vivienda, el desplazamiento a través de grandes distancias y los medios de transporte, entre otros. Además, detalla el proceso mediante el cual el menor o joven va haciendo suyo el espacio nombrado calle. Empero, no toma en consideración las consecuencias de la problemática ni las características propias de los niños en situación de calle. Por tanto, este modelo teórico proporciona una comprensión más detallada de la problemática al hacer un diagnóstico más extenso y profundo de los factores antecedentes que los modelos anteriores, y al analizar la manera en la que el niño empieza por desligarse del nicho familiar y por establecerse en el mundo de la calle. Sin embargo, como en el caso del Modelo de Políticas (Y. Rodríguez, 2001; Y. Rodríguez & López, 2009), es más deficiente que el Modelo de Factores Antecedentes y Consecuentes (Ovidio-López, 1990) ya que no explora las posibles consecuencias del fenómeno en cuestión. Aunado a lo anterior, al no saber quién es un niño de o en la calle, no se puede efectuar un diagnóstico preciso de la situación y, como tal, no se pueden identificar adecuadamente las conductas blanco objeto de tratamiento que, mediante una intervención, sean modificadas propiciando la adaptación funcional de los menores y jóvenes en situación de calle a los distintos entornos en los que se desenvuelven. Por último, al igual que los modelos anteriores, no propone ni elabora acciones y soluciones contribuyendo, de esta manera, al crecimiento de la problemática y al deterioro de la integridad físico-psicológica de los individuos involucrados.

En resumen, los tres modelos teóricos anteriores no explican de manera integral la problemática y se centran en aspectos particulares de la misma. Razón por la cual se dificulta el planteamiento e implementación de tratamientos efectivos.

Modelo de los factores asociados al callejerismo de Early (2005)

En el 2005, Early elaboró un modelo matemático para explicar los factores que conducen al menor a abandonar su hogar y las diferencias que existen entre aquéllos que siguen permaneciendo en su núcleo familiar y aquéllos que residen ya sea de manera temporal o permanente en espacios públicos no habitables como serían la calle, parques, banquetas, autos, edificios abandonados o en albergues o instituciones asistenciales. Por consiguiente, la estructura de su modelo permite analizar los factores determinantes del callejerismo infantil y adolescente al examinar los que predisponen al menor a abandonar su hogar. Es un modelo de dos pasos que intenta discernir con precisión las diferencias entre aquéllos que residen en su hogar, en albergues y los que viven en la calle u otros espacios públicos no aptos para vivienda cuando no tienen una residencia fija o estable. Presenta la siguiente serie de ecuaciones.

Sea  $H^*i$  el valor de no tener hogar versus tener residencia y  $S^*i$  el valor de vivir en la calle versus en albergues cuando no se tiene un hogar donde permanecer:

$$H^*i = \beta'Xi + ei$$

$$S^*i = \delta'Zi + ui$$

Donde:

- $Xi$ : Es un vector de variables hipotetizado que altera el valor de no tener hogar versus tener residencia.
- $Zi$ : Es un vector de variables hipotetizado que cambia el valor de permanecer en la calle en lugar de en un albergue cuando no se tiene una casa.
- $\beta$  y  $\delta$ : Son coeficientes que se deben calcular.
- $ei$  y  $ui$ : Son términos del error que capturan la heterogeneidad de las preferencias y variables que no son observables.

Las utilidades relativas ( $H^*i$  and  $S^*i$ ) no son observables pero la condición actual de tener o no tener una residencia fija es conocida. Por tanto,  $Hi = 1$  si carece de hogar e igual a 0 en caso contrario, y  $Si = 1$  si la residencia es en la calle e igual a 0 en caso contrario. Entonces se tienen tres resultados distintos que pueden ser:

- a. Tener una residencia fija ( $H^*i < 0$ ).
- b. Estar en la calle y vivir en un albergue ( $H^*i > 0$  and  $S^*i < 0$ ).
- c. Estar en la calle y vivir en la calle ( $H^*i > 0$  and  $S^*i > 0$ ).

Por ende, tomando en cuenta la estructura del modelo y las suposiciones concernientes a la distribución de los términos del error, la probabilidad de tener una residencia es:

$$\begin{aligned} \text{prob}(Hi = 0) &= \text{prob}(H^*i < 0) \\ &= \text{prob}(\beta'Xi + ei < 0) \\ &= \text{prob}(ei < -\beta'Xi) \\ &= 1 - F(\beta'Xi) \end{aligned}$$

Donde  $F$  es la distribución normal univariada estandarizada.

La probabilidad de no tener un hogar y estar residiendo en un albergue es:

$$\begin{aligned}\text{prob}(\text{Hi} = 1 \text{ y Si} = 0) &= \text{prob}(H^*i > 0, S^*i < 0) \\ &= \text{prob}(\beta'X_i + e_i > 0, \delta'Z_i + u_i < 0) \\ &= \text{prob}(e_i < \beta'X_i, u_i < -\delta'Z_i) \\ &= G(\beta'X_i, -\delta'Z_i; p)\end{aligned}$$

Donde G es la distribución normal univariada estandarizada y p representa la correlación entre los dos términos. Finalmente, la probabilidad de no tener un hogar y vivir en la calle es:

$$\begin{aligned}\text{prob}(\text{Hi} = 1 \text{ y Si} = 1) &= \text{prob}(H^*i > 0, S^*i > 0) \\ &= \text{prob}(\beta'X_i + e_i > 0, \delta'Z_i + u_i > 0) \\ &= \text{prob}(e_i < \beta'X_i, u_i < \delta'Z_i) \\ &= G(\beta'X_i, \delta'Z_i; p)\end{aligned}$$

Donde todas las variables ya fueron definidas previamente.

El modelo es estimado usando la probabilidad máxima. Por consiguiente, dado el sistema de ecuaciones anteriores, el logaritmo de la función de probabilidad puede expresarse en términos de tres posibles resultados:

$$\ln(L) = \Sigma[1-F(\beta'X_i)] \text{ (tener una residencia fija)} + \Sigma[G(\beta'X_i, -\delta'Z_i; p)] \text{ (albergue)} + \Sigma[G(\beta'X_i, \delta'Z_i; p)] \text{ (la calle)}$$

Donde las tres sumatorias se refieren a observaciones de aquellos menores que tienen un hogar fijo, los que están residiendo temporalmente en un albergue y los que viven en la calle, respectivamente.

Como puede observarse, este modelo teórico es el primero en ofrecer una explicación matemática del fenómeno del callejerismo infantil y juvenil. El modelo matemático de Early (2005) examina las diferencias entre los menores en riesgo de calle y aquéllos de calle tomando en consideración la ocurrencia de eventos que los lleva a abandonar su hogar por la vida en la calle. Como en el caso de los otros modelos, explora los factores antecedentes del fenómeno en cuestión tomando en cuenta los ámbitos macrosocial, cultural, laboral/académico e interpersonal. Además, en contraste con los modelos teóricos anteriores, alude a características inherentes a dicha población como el uso y abuso de sustancias y los trastornos psiquiátricos, considerando tales condiciones como factores de riesgo del abandono del seno familiar. Consecuentemente, el diagnóstico de la problemática es más extenso, exhaustivo y abarcativo. No obstante resulta insuficiente al no identificar las consecuencias y al no hacer un análisis más detallado del grupo social en cuestión. Como tal, nuevamente este modelo teórico se centra en cuestiones específicas del fenómeno por lo que se dificulta la elaboración, planteamiento y ejecución de líneas de acción bien definidas que mejoren las condiciones de vida actuales de dichos individuos y de la comunidad a la que pertenecen. Finalmente, al dirigirse a determinados factores antecedentes, no formula ni propone programas de tratamiento que induzcan cambios y mejorías en el grupo social bajo estudio.

#### Modelo de los factores que predicen la victimización posterior en adolescentes vía el abandono del hogar de K. Tyler y Johnson (2006a)

En el 2006, K. Tyler y Johnson llevaron a cabo una investigación con el fin de conocer los factores que motivan a los menores a abandonar su hogar y sus posibles consecuencias; así como también las relaciones entre ambos (factores y consecuencias).



Con base en los resultados obtenidos, crearon un modelo (ver Figura 5) de tres pasos (12, 18 y 36 meses) que reveló que en el paso uno los adolescentes que sufren abuso sexual y físico y aquéllos que tienen poca cercanía con sus padres y bajo monitoreo por los mismos, son más propensos a abandonar su hogar. Con ello, se incrementa la probabilidad de que lo vuelvan a hacer en los 18 meses posteriores, de involucrarse en actividades delictivas y de tener experiencias sexuales tempranas. Por otro lado, el bajo monitoreo parental y el ser víctima de abuso físico tiene un efecto directo en el abandono del hogar en el paso tres. Como tal, los adolescentes que no son atendidos por sus tutores legales y que padecen abuso sexual huyen con mayor frecuencia de su hogar a los 18 meses subsecuentes. Además, el ser abusados físicamente y el tener un bajo monitoreo, predicen la participación posterior en actividades delictivas. El ser víctimas de abuso físico conduce a involucrarse en delinquir porque dichos individuos tienden a ser más agresivos y antisociales como resultado de la violencia que vivieron en su niñez y/o adolescencia. Así mismo, una vez que abandonan su hogar y transcurren más tiempo en la calle tienden a relacionarse con menores y adultos que se dedican a cometer delitos, conduciendo, eventualmente, a que participen en las mismas actividades delictivas. Por su parte, el bajo monitoreo de los cuidadores primarios incrementa la probabilidad de que los menores realicen conductas de riesgo (p. ej.: tener relaciones sexuales y delinquir) que los motiva, posteriormente, a abandonar su hogar puesto que carecen de las atenciones y cuidados efectivos.

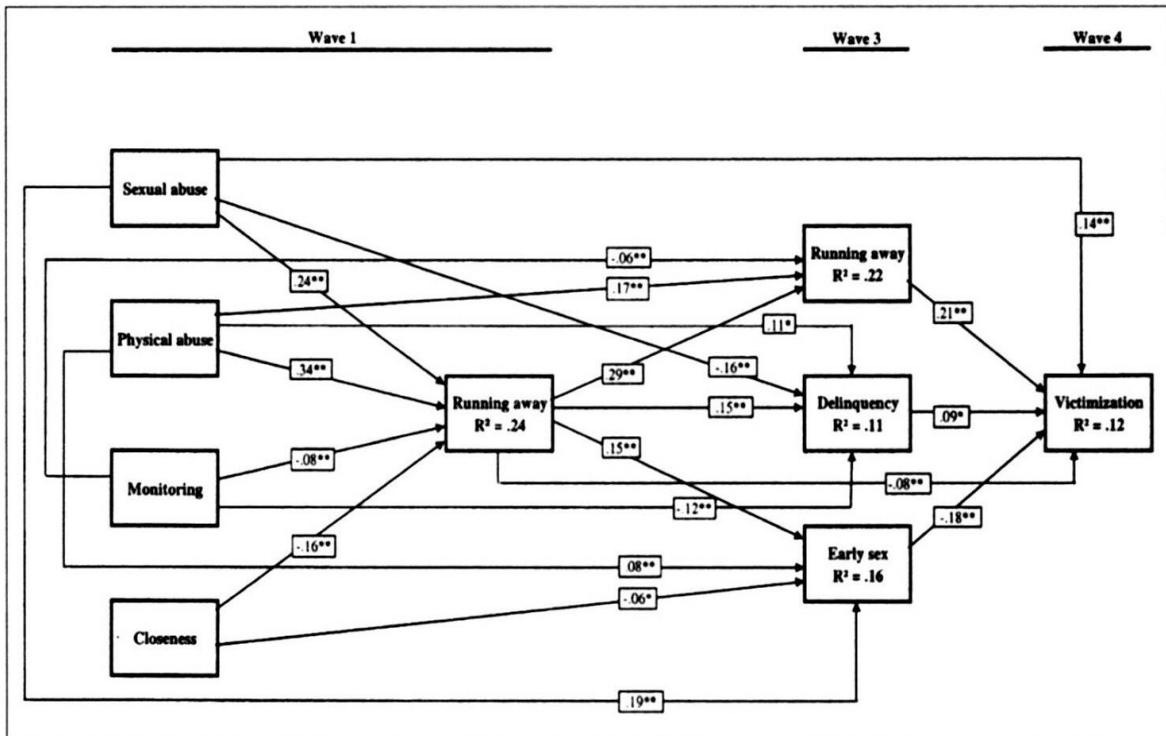


Figura 5. Representación gráfica del modelo elaborado por K. Tyler y Johnson en el 2006.

Adicionalmente, encontraron que el abuso sexual a edades tempranas se asocia negativamente con la delincuencia. Ello puede deberse a que son más vulnerables y tienen menos recursos por lo tanto no llevan a cabo actividades delictivas, pero los hace más propensos a sufrir una mayor victimización una vez que abandonan su hogar. El haber sido víctima de abuso físico, incluyendo el sexual, y el tener bajos niveles de cercanía con los cuidadores primarios, incrementa la probabilidad de tener relaciones

sexuales tempranas ya que los adolescentes se sienten poco importantes y atendidos por sus padres. De igual manera, la ausencia de cercanía con sus tutores legales influye en que no obedezcan las normas implementadas por los mismos.

En términos de victimización en el paso cuatro, aquéllos que huyeron a los 12 meses y que se involucraron en actividades delictivas son más victimizados a los 36 meses pues son más vulnerables y, al relacionarse con delincuentes, corren el riesgo de sufrir percances con éstos. La experiencia sexual temprana se asocia negativamente con haber sido victimizado y los adolescentes que padecieron abuso sexual tienden a sufrir una mayor victimización a los 36 meses. Mientras que los adolescentes que huyeron de su hogar experimentan una menor victimización en el paso cuatro. Niveles bajos de monitoreo no sólo predicen el abandono del hogar, sino también el que sufran una mayor victimización subsecuente dado que al no ser supervisados en sus actividades diarias tienen mayor contacto con delincuentes, y por consiguiente, corren el riesgo de ser más victimizados.

También, observaron diferencias por sexo, por grupo étnico y por edad siendo las mujeres más propensas a huir a los 18 meses (paso tres) mientras que los varones y las minorías étnicas (p. ej.: latinos, afroamericanos, asiáticos, etc.) tienden a abandonar más su hogar a los 12 meses (paso uno). Aunado a lo anterior, tanto los adolescentes que forman parte de un grupo étnico como aquéllos de mayor edad son más probables de tener experiencias sexuales tempranas.

Por último, los varones y menores de mayor edad padecen una mayor victimización en comparación con el resto de los adolescentes.

Consecuentemente, el sufrir violencia física y sexual y tener poca atención y cercanía con los padres predice el abandono del hogar a los 12 meses, pudiendo constituir un estilo de enfrentamiento de los adolescentes para lidiar con las circunstancias adversas que los rodean. Además, al sentirse poco queridos y sin tener los cuidados apropiados, consideran que es mejor huir de su núcleo familiar buscando óptimas condiciones de vida. Igualmente, el huir a los 12 meses predice la probabilidad de volver a abandonar su hogar más adelante, el involucramiento en actividades delictivas, el tener relaciones sexuales tempranas, que a su vez, aumentan el contacto que puedan tener con otros menores y adultos en las mismas circunstancias colocándolos, así, en un riesgo inmediato de ser victimizados posteriormente.

Este modelo teórico examina los efectos de factores antecedentes específicos (maltrato físico y sexual, y monitoreo y cercanía parental), sobre el menor o joven sin hogar. Esto es, identifica aquellas condiciones que contribuyen a la salida del hogar. A su vez, determina algunas de las posibles repercusiones de huir del seno familiar. Por tanto, en su diagnóstico del problema, siendo éste el abandono del hogar, incorpora factores antecedentes y consecuencias. Adicionalmente, toma en consideración características individuales como sexo, edad y grupo étnico, entre otras. De ahí que constituye el primer modelo de los revisados anteriormente, que hace distinción por sexo, resaltando, así, las diferencias existentes entre mujeres y hombres en cuanto a factores de riesgo y consecuencias asociadas al dejar el nicho familiar. Como puede observarse, este modelo integra antecedentes, consecuentes y determinadas características individuales en su diagnóstico del problema. Empero, a diferencia de los modelos teóricos anteriores, los factores abordados son bastante específicos y limitados dado que sólo evalúa el contexto familiar. En consecuencia, no proporciona una amplia comprensión de la problemática pues sólo se centra en elementos particulares que influyen la conducta blanco. De esta manera, las hipótesis que partan de dicho modelo estarán dirigidas exclusivamente a atender los factores identificados para reducir el comportamiento disfuncional (huida del hogar) y sus respectivas consecuencias. Ello no asegura la disminución de riesgo de daño, desadaptación o el acercamiento a la población objetivo a los niveles normativos de funcionamiento porque no se toman en consideración las diversas condiciones que

repercuten en tal conducta. Por ende, al atacar un evento en cuestión, probablemente no se obtengan los cambios esperados ya que el comportamiento disfuncional sigue siendo controlado y mantenido por el resto de los factores no contemplados. En concordancia con los modelos teóricos pasados, no plantea soluciones ni líneas de acción bien definidas que hagan una diferencia en la vida del grupo social en cuestión y que contribuyan a disminuir gradualmente la problemática. Debido a ello, este modelo también resulta insuficiente en la comprensión de la conducta blanco y sin este entendimiento es imposible modificarla funcionalmente.

Modelo de ecuaciones estructurales respecto a jóvenes que huyen de su hogar, delinquen y son posteriormente victimizados de M. Kim, Tajima, Herrenkohl y Huang (2009)

M. Kim, Tajima, Herrenkohl y Huang (2009) propusieron un modelo de ecuaciones estructurales (ver Figura 6) con el fin de examinar cómo el huir del hogar puede ser un posible mediador del abuso infantil (físico, incluido el sexual, o psicológico) en la predicción de la delincuencia y victimización durante la adolescencia. Los resultados de su estudio, controlando el nivel socioeconómico y el sexo de la persona, demostraron que una historia de abuso físico y psicológico en la infancia predice el abandono del núcleo familiar, el cual a su vez predice la realización de actividades delictivas y una mayor victimización posterior. Así mismo, el abuso sexual constituye un predictor independiente de una victimización en etapas subsecuentes de la vida.

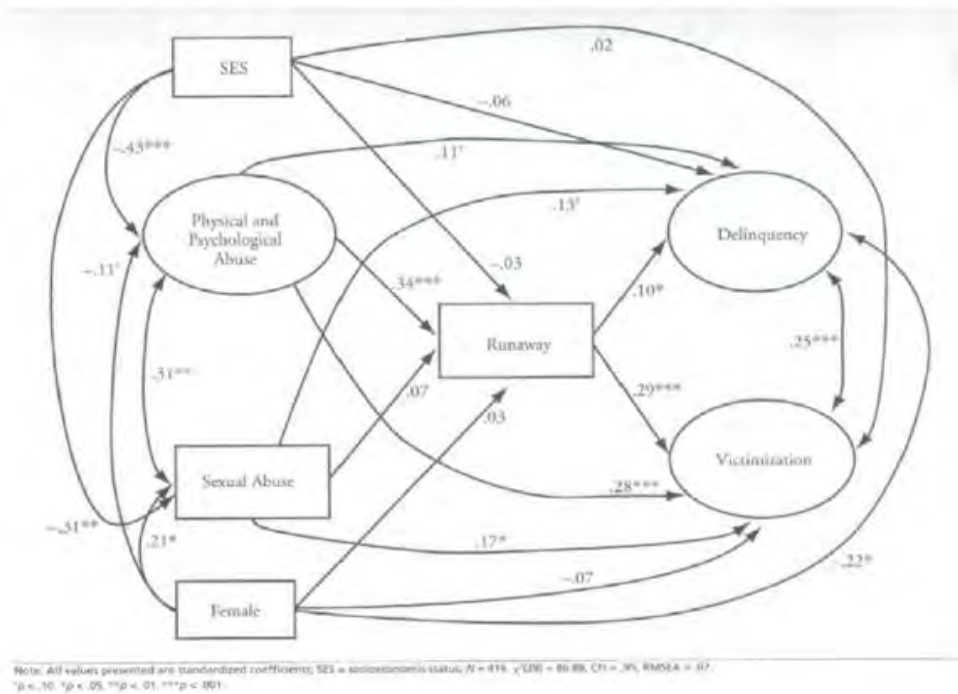


Figura 6. Representación gráfica del modelo de ecuaciones estructurales planteado por M. Kim et al. en el 2009 en el que el abandono del hogar constituye una variable mediadora a partir de la cual se predice la realización de actividades ilícitas y el ser victimizado durante la adolescencia como consecuencia de haber padecido abuso infantil ya sea físico, incluido el sexual, y psicológico.

Por tanto, el abuso infantil juega un papel importante como factor antecedente de la delincuencia y de la victimización durante la adolescencia. Esto puede deberse a que las personas víctimas de violencia tanto física como psicológica son más vulnerables y sus recursos son limitados para afrontar eficazmente las situaciones en las que se desenvuelven. De igual manera, al abandonar su núcleo familiar se exponen a un mayor

riesgo ya que sin la protección de una familia, la escuela y la sociedad, son víctimas potenciales de los individuos que los rodean pues comúnmente en la calle operan redes del crimen organizado que incluyen al narcotráfico, a la prostitución y a los asaltos, entre otros. También, por su condición de menor carecen de habilidades y recursos suficientes para encontrar un empleo bien remunerado conduciéndolos, eventualmente, a la realización de todo tipo de actividades con tal de sobrevivir, siendo éstas típicamente las ilícitas como la venta de drogas y el robar.

A diferencia de los modelos teóricos descritos anteriormente, este modelo considera el abandono del hogar como una variable mediadora en la predicción de las conductas que se desean modificar (delincuencia y victimización). Esto es, busca evaluar si el abuso infantil induce a la delincuencia y al padecimiento de una mayor victimización por sí sólo y después de haber conducido a la huida del nicho familiar. Como tal, el interés reside en examinar si tal abuso constituye un predictor confiable de la delincuencia y de la victimización tomando en cuenta la salida del hogar. Por consiguiente, mediante este modelo se pueden identificar un factor antecedente a la conducta blanco (abandono del hogar) y dos posibles resultados. En consecuencia, constituye un modelo teórico insuficiente y bastante limitado para la comprensión del fenómeno del callejerismo infantil y juvenil. No obstante, resulta más útil para entender algunos de los efectos del abuso infantil pues este modelo aporta que el maltrato durante la infancia conduce a la delincuencia y a la victimización, y mantiene dichas conductas. De esta manera, se pueden plantear hipótesis mediante las cuales se proponga un plan de acción dirigido a atender determinadas repercusiones de la violencia en niños. Cabe destacar que aun así no se erradicaría el problema porque los factores que atañen a la delincuencia y a la victimización son múltiples. Tan solo se trataría una pequeña parte de la problemática en cuestión. Por esta razón, el modelo más bien añade información relevante a la comprensión de los posibles efectos del abuso infantil.

#### Modelo sobre el impacto que ejerce la violencia familiar en la juventud sin hogar de ambientes rurales y urbanos de L. Thrane, Hoyt, Whitbeck y Yoder (2006)

De acuerdo con L. Thrane, Hoyt, Whitbeck y Yoder (2006), la salida del núcleo familiar es predicha por la negligencia y abuso sexual intrafamiliar y por cambios en la estructura de la familia. Así mismo, señalan que las mujeres tienden a huir más de su hogar que los varones; y los adolescentes de ambientes rurales que son víctimas de abuso físico tienden a soportar por más tiempo las condiciones adversas de su seno familiar que sus contrapartes urbanos, quienes suelen abandonar sus hogares a edades prematuras conforme se incrementa la violencia física en su familia.

Por otro lado, la salida del hogar se da a edades más tempranas cuando se satisfacen las condiciones anteriores: ser mujer, ser víctima de violencia familiar y pertenecer a comunidades urbanas (ver Figura 7).

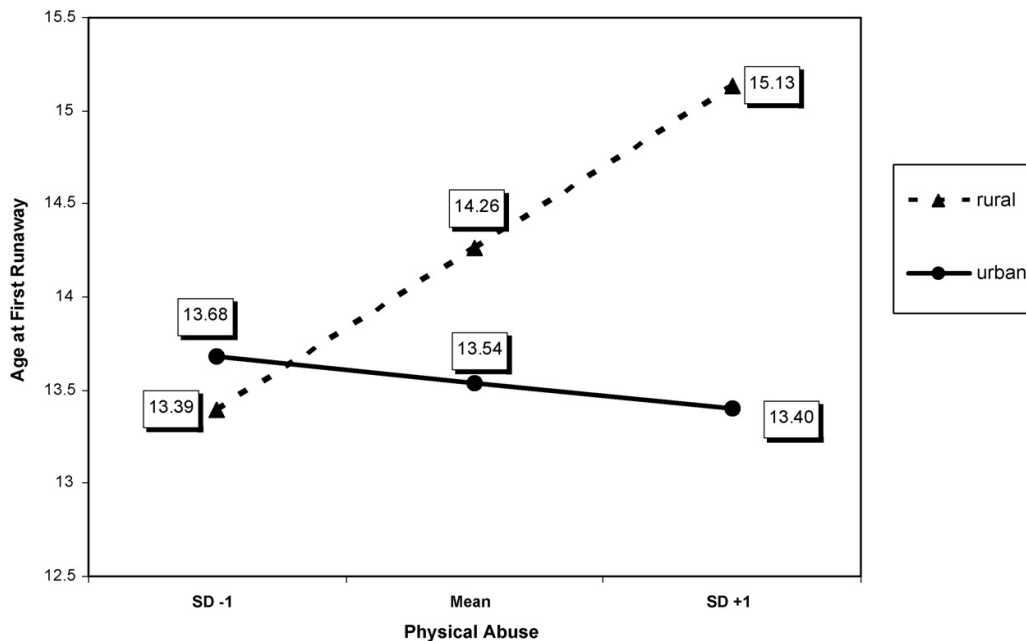


Figura 7. Efectos que ejerce el abuso físico en la salida del seno familiar en los menores rurales y urbanos y su relación con la edad.

Las familias disfuncionales constituyen un precursor de la vida en la calle y de una mayor victimización una vez que el niño abandona el núcleo familiar porque, dadas sus condiciones en las que creció, es más vulnerable y propenso a ser víctima potencial de abuso físico, incluido el sexual, y psicológico en la calle por otros menores y adultos con los que se relaciona al carecer de recursos y habilidades para afrontar el ambiente en el que se desenvuelve.

De igual manera, estas familias se caracterizan por la presencia de violencia física, incluida la sexual, y psicológica; circunstancia que repercute más en los niños de espacios rurales en comparación con los de espacios urbanos. L. Thrane et al. (2006) encontraron que esto ocurre así a causa de que los menores que provienen de ambientes rurales tienden a soportar por más tiempo las condiciones abusivas y explotadoras de sus hogares debido a la carencia de instituciones que les ofrezcan apoyo y asistencia. Por tanto, al no contar con otras alternativas prefieren tolerar por tiempo prolongado la situación que impera en su contexto familiar.

Adicionalmente, los autores señalan que la comunidad juega un papel muy importante como factor protector o de riesgo durante la infancia y la adolescencia. Cuando el entorno comunitario proporciona apoyo, seguridad, protección y afecto previene la salida del menor hacia la calle. En caso contrario, la inexistencia de una red social de apoyo, la presencia de violencia, el consumo y venta de sustancias tóxicas y la carencia de servicios asistenciales, básicos y de infraestructura, por ejemplo, propician junto con un ambiente familiar disfuncional el abandono del hogar por el niño o adolescente.

Una vez en la calle, la falta de recursos y el tener redes sociales pequeñas, conlleva a depender de estrategias de subsistencia nocivas para la integridad físico-psicológica del menor como serían el uso y abuso de drogas, el robar y prostituirse; formas de subsistencia más empleadas por adolescentes que provienen de áreas rurales que de urbanas.

En consecuencia, los niños que residen en entornos rurales y proceden de contextos familiares y comunales disfuncionales, al abandonar sus hogares, se encuentran en mayor riesgo de ser victimizados una vez en la calle que aquéllos que viven en ambientes urbanos.

Se concluye que la violencia intrafamiliar constituye un predictor del abandono del

seno familiar, de la realización de conductas de riesgo y de sufrir una mayor victimización en la calle en adolescentes sin hogar de contextos rurales y urbanos.

Este modelo teórico alude al contexto familiar y al contexto del ambiente físico extenso (entornos urbano y rural), para identificar determinadas condiciones que pueden llevar al abandono del hogar. Además, examina las posibles consecuencias de tal conducta. Así mismo, es el segundo modelo en hacer distinciones por sexo y por edad. Su falla radica en que tan sólo toma en consideración algunos factores que inciden en la conducta blanco (abandono del hogar) y algunas repercusiones, y no explora las características individuales más que sexo y edad. Como resultado, no se tiene la información suficiente y necesaria para hacer un diagnóstico preciso de la problemática que proporcione una comprensión integral de la misma y a partir de lo cual se puedan elaborar e implementar tratamientos efectivos. Pues, de este modo, no se sabe qué aspectos o condiciones serían convenientes de modificar para la obtención de cambios verdaderos y, con ello, de mejorías.

Hasta el momento, los modelos de Y. Rodríguez (2001), Ovidio-López (1990), Lucchini (1996) y Early (2005), son los únicos que abordan de manera más completa e integral los factores antecedentes y consecuentes de la población en situación de calle. Los otros modelos (M. Kim et al., 2009; L. Thrane et al., 2006; K. Tyler & Johnson, 2006a), se centran más en el maltrato infantil y sus posibles repercusiones siendo una de éstas la huida del seno familiar.

#### Modelo del proceso de permanencia en la calle de P. Murrieta (2008)

P. Murrieta (2008) propuso un modelo teórico en el que buscó explorar el proceso que incentiva y permite la decisión de los menores de permanecer en la calle (ver Figura 8).

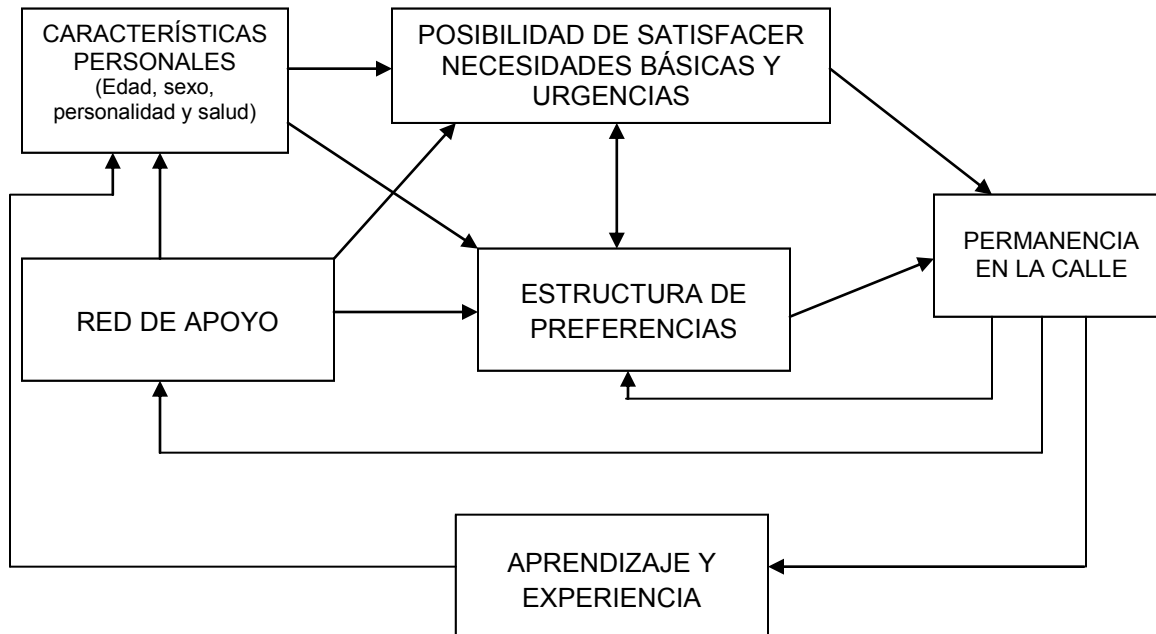


Figura 8. Representación gráfica del modelo planteado por P. Murrieta (2008) en el que se observan los efectos directos e indirectos entre los distintos factores que favorecen la permanencia en la calle y la estancia callejera.

Cuando existen conflictos intrafamiliares, el menor se resiste quedándose y confrontando de manera directa y constante a quien lo sujeta o bien dejando su hogar. Al

salir de su casa el niño anula el poder del otro y toma el control momentáneo de la relación; deja de existir el conflicto con esa autoridad en particular. Una vez en la calle, se resiste ante la autoridad familiar al permanecer en la calle, yéndose a un albergue o viviendo de manera independiente. De modo similar, la resistencia frente al poder institucional puede presentarse cuando regresa con la familia, permaneciendo en la calle o viviendo de forma autónoma. Finalmente, frente a la violencia callejera puede regresar a su hogar, irse a una institución privada o gubernamental, acercarse a grupos que le den la seguridad que necesita o hacerse “invisible” dentro de lo evidente; es decir, esconderse de las autoridades y de otras bandas para evitar el conflicto.

El cómo y cuánto resiste un niño depende de manera directa de sus preferencias, de la posibilidad de satisfacer sus necesidades, de los apoyos tanto fuera como dentro de la calle y de manera indirecta de su personalidad, de la edad y del sexo. Tanto la huida a la calle como la permanencia en ésta son formas de oposición que dependen de varios factores: en el caso de la primera destaca el vínculo que se tiene con la calle. Un adolescente que no suele pasar tiempo en la calle, que no tiene un vínculo fuerte con ella y que además le teme, difícilmente elegirá de manera voluntaria salir de su casa. Necesita una red de apoyo que le permita subsistir; si no conoce o no sabe cómo desenvolverse en la calle es más difícil que se decida por ella. De alguna manera, esto puede explicar porque no es común encontrar en la calle, menores de familias con suficientes recursos económicos. En general son las clases bajas las que permiten o fomentan el vínculo entre el niño y la calle por la necesidad de que trabajen o simplemente porque no hay otros espacios que ofrecerles para que se integren a grupos de jóvenes de la misma edad; como si pueden hacerlos familias de clase alta o media alta al contar con las posibilidades económicas para pagar un centro deportivo o clases especiales en las cuales participan y se facilita la integración grupal. Algunos adolescentes con recursos económicos suficientes, en su ansia por libertad e independencia, viajan con amigos o solos; una opción que niños y adolescentes de clase media o baja no pueden tomar.

Por el contrario, la permanencia en la calle depende, de modo directo, de la posibilidad de satisfacer necesidades básicas de subsistencia y de la estructura de preferencias; y, de forma indirecta, de características personales y de las redes de apoyo que establece en la calle. Así mismo, existe una relación no lineal entre estas variables, una interdependencia de factores que facilitan o dificultan dicha permanencia.

Las características personales que influyen en la estancia en la calle son la edad, el sexo, la apariencia, la personalidad, las habilidades, los conocimientos y la salud. Cada una de estas variables se vincula de manera distinta con las preferencias, las necesidades y la posibilidad de establecer una red de apoyo.

En cuanto a las redes de apoyo, éstas proporcionan seguridad, afecto, protección y satisfacción de las necesidades básicas.

Por último, las estructuras de preferencia hacen referencia a que permanecer o dejar la vida en la calle depende de las predilecciones de los menores. Por un lado viven en un entorno que les brinda los satisfactores básicos y afiliativos y los dota de una autonomía y libertad relativas. Pero por otro lado es un ambiente en el que encuentran violencia, inseguridad, falta de alimento, vivienda, padecen frío, uso y abuso de sustancias, represiones, rechazos y marginación, entre otros. Por lo que dejar la calle depende de sus preferencias y sobre todo sus expectativas de vida. Es decir, en la calle los niños encuentran condiciones mínimas e indispensables para vivir: tienen amigos y son protegidos por éstos. Reciben afecto y son parte de un grupo. Pueden encontrar el reconocimiento y el aprecio que no encuentran en otro lado. Adicionalmente, disfrutan de una aparente libertad e independencia. Empero, existe violencia y abusos; por lo que muchas veces no cuentan con la estructura necesaria para enfrentar la adversidad y resolver sus problemas. En cambio, alejados de la calle pueden encontrar nuevas formas de afecto, reconocimiento y apreciación. Los menores saben que tendrán que ajustarse a

las limitaciones que imponen las reglas y normas institucionales. No obstante, han experimentado la necesidad de tener límites. Si sus expectativas son positivas sobre el futuro, dejar la calle será atractivo; sin embargo, la decisión no es fácil. Si deciden apartarse generalmente tienen que dejar a sus amigos. De igual manera, el acceso a las drogas y al sexo se vuelve más difícil e inclusive pierden la posibilidad de conducirse de manera libre e independiente. Los infantes saben que nuevamente pueden ser rechazados o devaluados y que las restricciones familiares e institucionales pueden limitarlos demasiado (sobre-estructurarlos). A pesar de que la violencia tiende a disminuir, existe la posibilidad de que se repitan experiencias previas de violencia y abuso. Si sus expectativas son negativas no dejarán la calle fácilmente. El miedo y la falta de esperanza no les permitirán abandonar la calle.

Al igual que el Modelo de Lucchini (1996), este modelo teórico describe el proceso en el que el niño va haciendo suyo el espacio denominado calle. En comparación con los modelos mencionados anteriormente, éste abarca los contextos familiar, macrosocial (en cuanto a recursos económicos y disponibilidad de los mismos), interpersonal (redes de apoyo social), y cultural (al considerar a la calle como un entorno con su propia subcultura), no así el laboral/académico y el ambiente físico como en otros casos. Adicionalmente, examina las consecuencias de transitar y/o vivir en la calle. Por ende, identifica tanto diversos factores antecedentes a la problemática como sus posibles repercusiones. Además, a diferencia de los otros modelos teóricos, incluye dentro de las características inherentes al individuo, la personalidad y el estado de salud de los menores y jóvenes en situación de calle. Como tal, es un modelo que trata de identificar los factores que influyen en la problemática para poder comprender la misma y así tener un diagnóstico más certero y preciso al respecto. Sin embargo, como todos los modelos anteriores, tiene deficiencias al considerar únicamente determinados contextos intervinientes y al no formular hipótesis que den pie al planteamiento de soluciones y líneas de acción que permitan promover cambios acercando a la población en situación de calle a los niveles normativos de funcionamiento y disminuyendo los riesgos de daño para la misma y la sociedad a la que pertenece o la desadaptación.

#### Modelo sobre los efectos que ejercen el abuso infantil y el consumo de sustancias de los cuidadores primarios en las mujeres sin hogar de J. Stein, Leslie y Nyamathi (2002)

J. Stein, Leslie y Nyamathi (2002) elaboraron un modelo (ver Figura 9) para evaluar los efectos que tanto el abuso infantil (físico, sexual y psicológico) como el consumo de sustancias de los progenitores ejercen en el abandono del núcleo familiar, la presencia de sintomatología depresiva y el uso y abuso de drogas y alcohol en una muestra de mujeres sin hogar. Los resultados obtenidos muestran que el abuso infantil y el uso y abuso de sustancias por los cuidadores primarios representan dos indicadores independientes de la disfunción familiar. Así mismo, se relacionan positivamente entre sí.

Por su parte, el abuso infantil constituye un predictor directo de un amplio rango de problemas en la adultez incluyendo una baja autoestima, una mayor victimización, depresión y la carencia de un hogar por tiempo prolongado. A su vez, la depresión y el vivir sin un techo durante largo tiempo, son predichos indirectamente vía el efecto que el abuso infantil ejerce sobre la baja autoestima y el abuso físico reciente. Adicionalmente, el abuso infantil es un predictor indirecto del consumo de drogas y alcohol siendo mediadores una baja autoestima y la vivencia de episodios recientes de violencia. Por consiguiente, el abuso infantil que comprende la violencia física, incluida la sexual, y la psicológica, constituye el predictor más confiable de un amplio rango de consecuencias perjudiciales en la población bajo estudio.

Por otro lado, el uso y abuso de sustancias en los cuidadores primarios es un predictor directo del consumo de drogas y alcohol en el grupo social en cuestión mientras



que el abuso infantil no. Los autores sugieren que dicha conducta es aprendida por imitación y modelamiento del comportamiento de los padres pues éstos suelen influenciar el consumo de sustancias en sus hijos. A pesar de haber encontrado correlaciones significativas entre el uso de sustancias por los tutores legales y las demás variables, dicha conducta tan solo constituyó un predictor confiable del consumo posterior de drogas y alcohol. Esto puede deberse a que el abuso infantil explicó la mayor cantidad de varianza.

Los autores también encontraron que episodios recientes de violencia predicen significativamente la depresión, el consumo de drogas y alcohol y el vivir sin un hogar por tiempo prolongado. Un ambiente de violencia incrementa la vulnerabilidad de las mujeres sin hogar o de las mujeres en riesgo de estar sin hogar. Igualmente, a mayor autoestima, menor depresión y menor la probabilidad de consumir drogas y alcohol.

Por último, las mujeres que reportan abuso infantil tienden a tener una baja autoestima y a ser víctimas de mayor violencia física, la cual, a su vez, incrementa la probabilidad de padecer depresión, de consumir drogas y alcohol y de vivir sin un hogar por tiempo prolongado. La baja autoestima se asocia con una mayor tendencia a presentar depresión y a usar sustancias tóxicas. El abuso infantil conduce a una mayor vulnerabilidad que acrecenta el riesgo de presentar una gran variedad de problemas en la adultez.

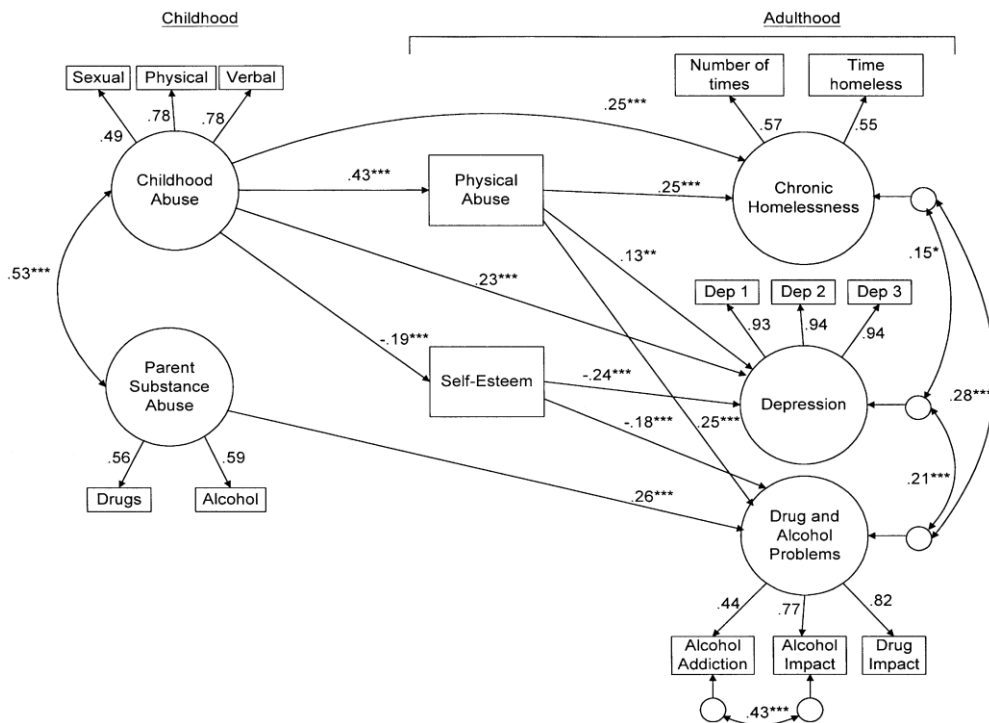


Figura 9. Representación gráfica del modelo elaborado por J. Stein et al. (2002) en el que se observan los efectos directos e indirectos entre los distintos factores que favorecen el vivir sin un hogar por tiempo prolongado.

Nota: los círculos grandes designan variables latentes, los rectángulos representan indicadores de constructos y los círculos pequeños son las varianzas residuales. Las flechas de doble punta denotan correlaciones y las de una sola punta designan regresiones.

\*p<0.05  
 \*\*p<0.01  
 \*\*\*p<0.001

Como en el caso de los modelos de M. Kim et al. (2009), L. Thrane et al. (2006), y K. Tyler y Johnson (2006a), este modelo teórico considera al abuso físico, sexual y psicológico infantil como el factor antecedente más importante del abandono del hogar. Igualmente, se centra en identificar las repercusiones de dicho abuso más que de carecer

una residencia fija o estable. Por tanto, el modelo es más útil en el entendimiento del maltrato infantil que en la comprensión de la población en situación de calle. Como tal, no conduce al planteamiento de hipótesis mediante las cuales se puedan proponer tratamientos efectivos pues únicamente aborda una condición de la problemática y está dirigido a examinar dicha condición no la problemática en sí. A pesar de ello, es el único modelo teórico que aborda exclusivamente a la población femenina en situación de calle.

En resumen, los modelos anteriores aportan distintas explicaciones sobre el fenómeno del callejismo infantil y adolescente en situación de calle limitándose a aspectos particulares del mismo y no proporcionando, por ende, una noción general al respecto. Los únicos modelos que ofrecen una concepción integral de la problemática en cuestión son los elaborados por Y. Rodríguez (2001, 2003), Ovidio-López (1990), Lucchini (1996), Early (2005) y P. Murrieta (2008) pues consideran tanto los factores de riesgo y posibles consecuencias como las características propias del menor y el contexto callejero en el que se desenvuelve. En contraste, M. Kim et al. (2009), L. Thrane et al. (2006) y K. Tyler y Johnson (2006a) proponen modelos en los que la problemática misma constituye una variable mediadora que es resultado de condiciones familiares negativas (presencia de abuso o maltrato físico, incluyendo el sexual) y que conduce, a su vez, a la realización de conductas de riesgo como serían las actividades delictivas y el consumo de drogas (L. Thrane et al., 2006), al inicio de una vida sexual temprana (K. Tyler & Johnson, 2006a) y a una mayor victimización en las calles. Además, L. Thrane et al. (2006) resalta las diferencias entre los contextos urbano y rural. El modelo de J. Stein et al. (2002) es el único que aborda exclusivamente a la población femenina en situación de calle. No obstante, se centra principalmente en el abuso infantil como factor de riesgo de varias consecuencias adversas para las mujeres sin hogar siendo una de éstas la estancia en la calle. Es decir, los autores le dan mayor importancia al abuso infantil y sus posibles repercusiones que a lo que implica el vivir sin un hogar por tiempo prolongado. Debido a ello, no proporciona un panorama integral de la problemática en cuestión. Por último, adicionalmente Early (2005) plantea un modelo matemático para explicar tanto los factores antecedentes así como las diferencias entre los menores que viven en la calle y aquéllos que residen en instituciones asistenciales.

#### Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979, 2005)

En toda cultura o subcultura, los entornos de una determinada clase (como el hogar, la calle o la oficina) tienden a ser muy parecidos mientras que entre las culturas presentan diferencias perceptibles. La estructura de los entornos de una sociedad puede alterarse notoriamente y producir los cambios correspondientes en lo que respecta a la conducta y el desarrollo. Una crisis económica, por ejemplo, que se produce en una sociedad tiene un impacto positivo o negativo en el subsiguiente crecimiento del niño durante toda su vida, según la edad que tenía en el momento en que su familia experimentó dificultades económicas. Por lo tanto, dentro de un grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro, el meso y el exosistema tienden a ser similares como si estuvieran contruidos a partir del modelo maestro y los sistemas funcionan de manera similar. En contraste, entre diversas sociedades, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por consiguiente, analizando y comparando los micro, los meso y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales más grandes como ambientes para el desarrollo humano.

Urie Bronfenbrenner (1979, 2005) propuso un marco conceptual apropiado para este análisis. Contempla el ambiente como una serie de contextos concéntricos que

rodean al individuo (ver Figura 10). Concibe al ambiente ecológico como algo que se extiende mucho más allá de la situación inmediata que afecta directamente al individuo en crecimiento: los objetos a los que responde o las personas con las que interactúa cara a cara. Se les atribuye la misma importancia a las conexiones entre otros seres humanos que estén presentes en el entorno, a la naturaleza de estos vínculos y a su influencia indirecta sobre la persona en desarrollo, mediante el efecto que producen en aquellos que se relacionan con ella directamente. Este complejo de interrelaciones dentro del entorno inmediato se denomina microsistema. El principio de interconexión se aplica no sólo dentro de los entornos, sino también, con la misma fuerza y las mismas consecuencias, a los vínculos entre entornos. Abarcando tanto aquellos en los que la persona en crecimiento participa realmente como aquellos en los que tal vez no entre nunca, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el ambiente inmediato del individuo. A los primeros se les llama mesosistemas y a los segundos exosistemas. Se considera el complejo de sistemas seriados e interconectados como una manifestación de los patrones arqueados de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura. Estos patrones generalizados se denominan macrosistemas. Aunado a estos sistemas, existe uno último que Bronfenbrenner (2005) eventualmente añadió a su Teoría Ecológica y que engloba a los anteriores: el cronosistema. Este sistema comprende la dimensión del tiempo y opera tanto a nivel sociohistórico como a nivel individual. Hace referencia a los eventos ambientales y a las transiciones temporales que ocurren durante el ciclo vital de un individuo. Dichas transiciones incluyen cambios internos y externos propios del entorno en el que se desenvuelve la persona como serían, por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido, las alteraciones en la estructura y dinámica familiar, el cambio del sistema socioeconómico y político de una sociedad o el cambio de residencia. Es decir, el desarrollo de vida de un ser humano se ve influenciado y moldeado por condiciones y circunstancias que ocurren durante el periodo sociohistórico por el que transita.

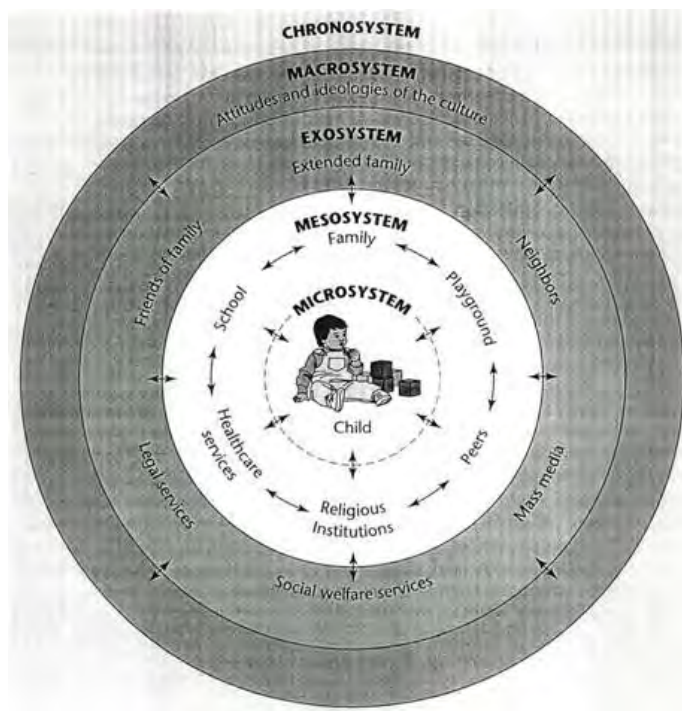


Figura 10. Representación gráfica del Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979).

### *Microsistema*

Patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en crecimiento experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Un entorno es un lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente como el hogar, la guardería, el campo de juegos y otros. Los aspectos del ambiente que modelan con más fuerza el curso del desarrollo psicológico son aquéllos que tienen significado para el individuo en una situación determinada. Modo en que el ambiente es percibido por los seres humanos que interactúan dentro de él y con él. Es imposible comprender la conducta sólo a partir de las propiedades objetivas de un ambiente sin hacer referencia al significado que tiene para las personas que están en el entorno.

### *Mesosistema*

Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que el individuo en crecimiento participa activamente. Por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social. Es por lo tanto, un sistema de microsistemas. Se forma o se amplía cuando la persona en desarrollo entra en un nuevo entorno. Además de este vínculo primario, las interconexiones pueden adoptar varias formas adicionales: otros seres humanos que participan activamente en ambos entornos, vínculos intermedios en una red social, comunicaciones formales e informales entre entornos, el grado y la naturaleza del conocimiento y las actitudes que existen en un entorno respecto al otro.

### *Exosistema*

Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en crecimiento como participante activo pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la misma, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno. Algunos ejemplos de un exosistema en el caso de un niño de corta edad podrían ser el lugar de trabajo de sus padres, la clase a la que asiste un hermano mayor, el círculo de amigos de sus padres, las actividades del consejo escolar del barrio, etc.

### *Macrosistema*

Se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de orden menor (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. Por ejemplo, en una sociedad determinada (como Francia), un jardín de infancia, una clase en la escuela, un campo de juegos en el parque, un café o una oficina de correos, tienen un aspecto y unas funciones bastante parecidas, pero todas se diferencian de sus equivalentes en Estados Unidos. Los hogares, las guarderías, los barrios, los entornos de trabajo y las relaciones entre ellos no son iguales para las familias acomodadas que para los pobres. Los esquemas de los sistemas varían para los distintos grupos socioeconómicos, étnicos, religiosos y de otras subculturas reflejando sistemas de creencias y estilos de vida contrastantes que a su vez ayudan a perpetuar los ambientes ecológicos específicos de cada grupo.

### *Cronosistema*

Se refiere a los sucesos que ocurren al transcurrir el tiempo en una sociedad determinada que repercuten e influyen en el desarrollo y desenvolvimiento del individuo en su ambiente. Estos eventos pueden ser externos, si atañen a circunstancias presentes en el entorno de dicho individuo como el fallecimiento de un ser querido, o internos si hacen referencia a cambios propios de la persona como parte de su crecimiento humano. Así mismo, tales eventos pueden ser normativos y no normativos. Los primeros se refieren a situaciones que los individuos anticipan y relacionan a circunstancias diversas como por

ejemplo, el nacimiento, el matrimonio, el ingreso a la escuela, la pubertad, el ingreso a la universidad, la profesión o el trabajo, el envejecimiento y las enfermedades, entre otros. Son eventos que están delimitados culturalmente conforme a un contexto sociocultural específico. Es decir, aquellas personas que pertenecen a generaciones diferentes, viven en entornos sociales diversos o son miembros de distintos grupos sociales, étnicos y religiosos, tendrán eventos normativos establecidos. Por tanto, cada grupo sociocultural define lo que es normativo y propio de su cultura. De ahí, que dichos eventos comúnmente adquieran significados relevantes para la conformación de la identidad familiar y representen las tradiciones y costumbres imperantes en una sociedad determinada. De igual manera, son eventos controlables y predecibles pues son especificados por la cultura en la que se vive. Por su parte, los eventos no normativos hacen referencia a circunstancias impredecibles e inesperadas para las cuales los individuos no están preparados para afrontar, como serían, por ejemplo, una muerte prematura, una enfermedad terminal, el ser expulsado de la escuela, el ser despedido de un trabajo, el ganar la lotería, el ser enviado a otro país, el ser víctima de un delito o el sufrir un accidente, entre otros. También se incluyen aquellos sucesos que ocurren dentro de la historia de cada civilización. Por ejemplo: los conflictos armados, los desastres naturales, los regímenes políticos instaurados y la inestabilidad socioeconómica, entre otros. Como resultado, sean eventos internos o externos, normativos o no normativos, éstos inciden e influyen en el ser humano, contribuyendo, así, a su adaptación y desenvolvimiento en los distintos ámbitos del que forma parte. En resumen, este sistema comprende la dimensión de tiempo relacionada a los contextos en los que se desenvuelve el menor. Conforme los niños y adolescentes van creciendo, pueden reaccionar de manera diferente a los cambios ambientales y determinar cómo éstos pueden influenciar en su desarrollo.

En resumen, el desarrollo humano es producto de la interacción del organismo humano con su ambiente puesto que la persona en crecimiento es una entidad creciente y dinámica que va adentrándose progresivamente y reestructurando el medio en que vive.

Adaptando teóricamente este modelo a la presencia de menores y/o jóvenes en situación de calle a nivel mundial y, particularmente en América Latina, se proporciona un panorama teórico general referente a dicha población (ver Figuras 11 y 12). Cabe destacar que dicho modelo se ha usado en otras investigaciones (J. Grundling & I. Grundling, 2005; Shankar-Brown, 2008; N. Slesnick, Prestopnik, Meyers & Glassman, 2007) como aproximación para explicar diversas cuestiones sobre el fenómeno del callejismo infantil y adolescente.

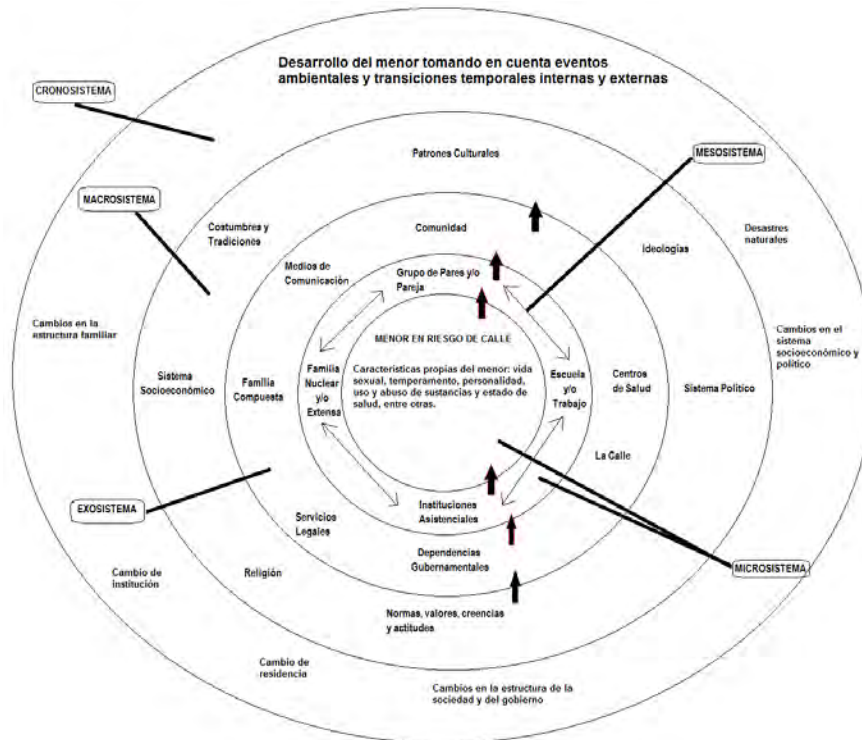


Figura 11. Representación gráfica del Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979, 2005) aplicado a los menores y jóvenes en riesgo de calle, subgrupo de la población infantil y adolescente en situación de calle conforme a la literatura de investigación revisada.

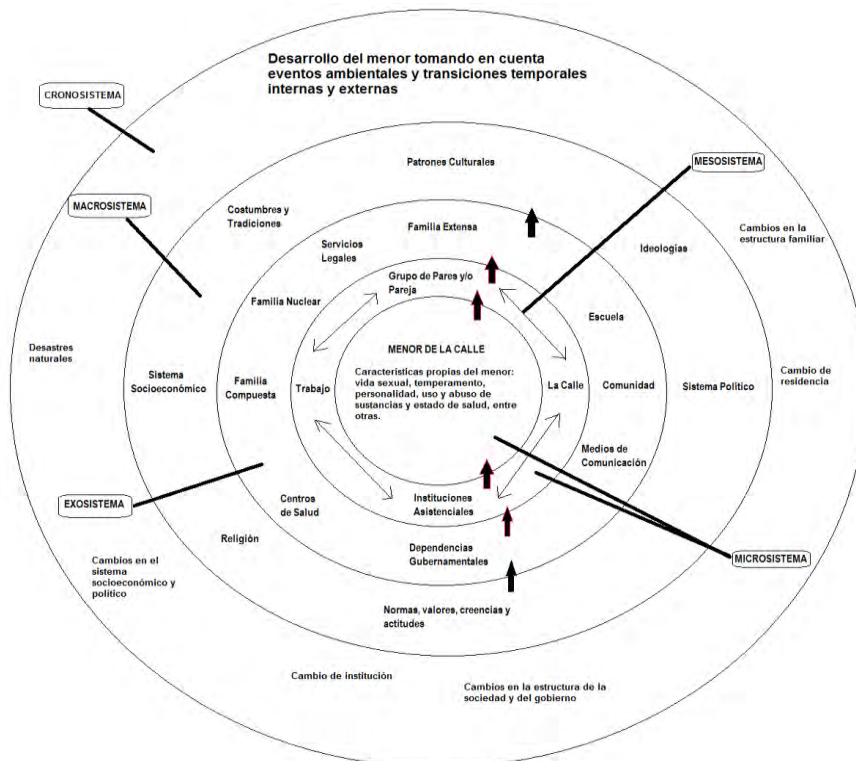


Figura 12. Representación gráfica del Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979, 2005) aplicado a los menores y jóvenes de calle, subgrupo de la población infantil y adolescente en situación de calle conforme a la literatura de investigación revisada.

Las figuras anteriores proporcionan un ejemplo gráfico que ilustra cómo estaría conformado el micro, meso, exo, macro y cronosistema del menor y joven en situación de calle de acuerdo con la información obtenida en estudios previos. A continuación, basándose en los datos recabados a nivel internacional, se explicará de manera general cada sistema haciendo alusión tanto al individuo en riesgo de calle como aquél de la calle.

### *Microsistema*

Tal y como se puede observar en las Figuras 11 y 12, a este nivel existen diferencias entre el menor en riesgo de calle y de la calle. Para el primero, los ámbitos físicos inmediatos que constituyen el microsistema son la familia nuclear y/o extensa, el grupo de pares, la pareja, la escuela y/o el trabajo. Mientras que en el caso del menor de la calle, lo conforman la calle como tal, el trabajo, el grupo de pares y la pareja. En ambos subgrupos, las instituciones asistenciales forman parte de dicho sistema.

Una vez identificadas las diferencias, es importante comprender los elementos que integran y permiten definir al primer sistema del Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1979, 2005).

En el microsistema del menor o joven en situación de calle, se encuentran aquellas variables que pueden ser tanto potenciadoras de situaciones de dificultad social como protectoras como por ejemplo: calidad de las relaciones conyugales, entorno familiar consistente y seguro, desajuste marital, nivel educativo de los padres, calidad de la educación, relaciones afiliativas, ámbito callejero, contexto escolar y/o laboral e institucional, entre otros.

A pesar de que el ambiente familiar constituye un sistema únicamente dentro del microsistema del menor o joven en riesgo de calle, se optó por describirlo en el presente apartado tomando en consideración que el contexto familiar del menor de la calle es similar en cuanto a características y condiciones.

La familia como primera instancia de socialización puede brindar refugio y seguridad a los hijos. No obstante, bajo situaciones de crisis y descomposición social, constituye un ámbito de riesgo extremo en el que el niño o adolescente se ve envuelto en un espacio de conflicto. Como tal, alejarse puede disminuir dicha situación a la vez que activa un factor de protección.

El entorno familiar de este grupo social se caracteriza por la falta de supervisión de los cuidadores primarios y de reglas y límites, la existencia de normas permisivas y/o confusas, la confusión de roles entre padres e hijos y en las responsabilidades familiares, la escasa participación en la toma de decisiones familiares, el desinterés de los tutores legales hacia las actividades de los hijos, el distanciamiento afectivo por los progenitores, el descuido de la salud físico-mental, las dificultades en la cohesión familiar, el escaso o nulo sentido de filiación y de pertenencia afectiva, la carencia de comunicación entre los miembros familiares, la violencia intrafamiliar, frecuentes conflictos conyugales e involucramiento de los hijos en tales conflictos, la ausencia de una o ambas figuras paternas, la dificultad para adaptarse a cambios en la estructura familiar (alejamiento, separación, pérdida o cambio de pareja), la escasa o distante red de apoyo familiar, de vecino o amigos, el hacinamiento, la dificultad para satisfacer necesidades básicas (vivienda, salud, alimentación, educación, recreación, vestimenta y empleo), el desinterés familiar en la educación escolar y por ende poca supervisión en las actividades escolares, la inserción laboral obligada, el abuso o dependencia de sustancias tóxicas en los padres o familiares cercanos, y la presencia de conductas delictivas y/o privación de la libertad en cuidadores primarios y/o hermanos u otros miembros de la familia.

El sistema escolar se caracteriza por una concepción pedagógica no personalizada, un personal docente inconstante o desinteresado, con bajos estímulos y capacitación ante la problemática infanto-juvenil, la etiquetación escolar (p. ej.: burro, flojo, hiperactivo, problemático, etc.), la implementación de disciplinas escolares autoritarias y/o de maltrato, el rompimiento de reglas y normas escolares (p. ej.: retardos, inasistencia, etc.) y la presencia de compañeros con constantes conductas problemáticas que los inducen a adoptar dichos comportamientos. Nuevamente, como en el caso del sistema familiar, aunque el ámbito escolar solo forme parte del microsistema del menor en riesgo de calle, en este apartado se describe porque presenta las mismas características y condiciones del entorno escolar del cual el menor de la calle formaba parte y terminó por desertar dado que, como puede observarse, las condiciones adversas de dicho ámbito propician la expulsión y eventual deserción del niño o joven.

Por su parte, el trabajo contribuye al aprendizaje de habilidades y capacidades y dota de experiencia al ser humano. Empero, los menores comúnmente laboran bajo condiciones que repercuten en su integridad físico-psicológica ya que son víctimas potenciales de abuso físico, incluyendo el sexual, y psicológico por sus empleadores. Adicionalmente, como abandonan la escuela antes de concluir la educación básica, sus oportunidades de superación y empleo se restringen a empleos poco calificados y de bajos salarios, contribuyendo, de esta manera, a reproducir los esquemas de organización familiar y las condiciones de pobreza que restringen, consecuentemente, las oportunidades para salir de la misma puesto que la escasa formación de recursos humanos y la baja acumulación de capital humano inciden negativamente en el nivel educativo de la población, la productividad de la fuerza laboral y su competitividad. Aunado a las características del entorno laboral antes mencionados, se anexan el que las fuentes laborales sean escasas o distantes, el que estén en desventaja laboral por su corta edad, la presencia de deficientes espacios y seguridad en sus actividades y sin respaldo de seguridad social (prestaciones y salarios) y la falta de oportunidades para la estabilidad laboral.

Las relaciones afiliativas con el grupo de pares y la pareja constituyen una fuente de apoyo, protección, seguridad y afecto. Inclusive pueden llegar a reemplazar a la familia y cubrir las necesidades básicas y afectivas que ésta no satisface. Sin embargo, también es un medio de violencia y de inducción a conductas de riesgo como serían el consumo de sustancias tóxicas y la realización de actividades ilícitas, entre otras.

Las instituciones asistenciales tanto públicas como privadas tienen la finalidad de satisfacer las necesidades del menor en cuanto a salud, educación, recreación, alimentación, vivienda, vestimenta, empleo y afecto; satisfactores que los otros entornos del niño no han podido cumplir: la escuela, la familia y su comunidad de origen. No obstante, muchas de ellas carecen de la infraestructura para atender las demandas de la población y se sustentan en ideologías alejadas de la realidad de la misma no cumpliendo, así, con su función y convirtiéndose, por tanto, en un medio expulsor. Por otra parte, cuando el menor ha permanecido largo tiempo en la calle en donde no hay reglas y límites, le resulta difícil adaptarse a las normas organizacionales implementadas dado que restringen su aparente libertad e independencia. Por consiguiente, ante una incompatibilidad de normas y creencias se da un proceso de rechazo mutuo.

Así mismo, dentro del microsistema se incluyen las características propias del individuo tales como sus características psicosociales (sus capacidades, percepción de control, maneras en las que enfrenta los estresores y demandas ambientales y estado de ánimo deprimido, agresividad, niveles de ansiedad y estrés, tolerancia a la frustración, orientación al logro, valoración personal, impulsividad, desesperanza, dificultad para la expresión de emociones, soledad, hostilidad, inseguridad, apatía, desinterés, dificultad en



la resolución de problemas, etc.), su estado de salud físico-mental, relaciones problemáticas y distantes con pares, sensación de ausencia del apoyo de adultos, cede a la presión social, sucesos adversos en la niñez, desinterés escolar, dificultades en el rendimiento académico, dificultades para el cumplimiento de tareas escolares, bajas o nulas expectativas escolares, inestabilidad laboral, actitud favorable hacia el uso de sustancias, identificación con grupos de amigos, rechazo sistemático a la autoridad (p. ej.: padres, maestros y jefes), dificultad para establecer relaciones afectivas e inestabilidad en las relaciones de pareja.

Es importante hablar del ámbito callejero ya que es una constante en la vida del menor de la calle. La calle constituye el contexto en el que el menor busca satisfacer tanto sus necesidades básicas como las afectivas. Además, le proporciona un espacio de aparente libertad que se rige por sus propias normas, creencias y reglas, las cuales, en su mayoría, se contraponen a las de la sociedad. Por lo que es un medio rechazado y marginado socialmente. Es en este ámbito en el que el niño o adolescente encuentra los satisfactores que no le fueron otorgados en sus entornos inmediatos: la familia, la escuela, su comunidad de origen y las instituciones asistenciales. De ahí que represente un espacio que le resulta atractivo y que adopta como estilo de vida. No obstante, al regirse por sus propias leyes y estar al margen de la sociedad en general, está llena de peligros que repercuten en la integridad física-psicológica del menor: explotación laboral y sexual comercial, violencia física, incluida la sexual y psicológica, accidentes, delincuencia, uso y venta de drogas y alcohol, enfermedades e infecciones, inseguridad y posible encarcelamiento, entre otros.

Por último, Castellanos et al. (2006), mencionan que existen tres niveles de riesgo que conforman al microsistema y que determinan el grado de vulnerabilidad del menor:

- Nivel de riesgo bajo: cuando el menor no presenta conflicto serio. Es una situación aceptable para su sano desarrollo físico y mental. Existe protección al interior del hogar, en donde impera una familia que mantiene una dinámica con pocos problemas. Al interior del núcleo familiar se satisfacen sus requerimientos básicos de alimentación, vestido, salud, educación, recreación y afecto.
- Nivel de riesgo medio: las condiciones del menor se enturbian pues la situación en la que se encuentra no lo provee de los satisfactores que requiere. Empero, no se encuentra desprotegido. Es miembro de una familia disfuncional o unida con problemas de interacción, por lo que existe una baja preocupación y apoyo por los padres. Suele permanecer un tiempo considerable en la calle con amistades, comúnmente trabaja y asiste irregularmente a la escuela habiendo interrumpido sus estudios al menos una vez.
- Nivel de riesgo alto: se encuentra con poca o nula protección o apoyo familiar o asistencial. Su familia no satisface sus requerimientos básicos, siendo su salud física y mental precaria. Adicionalmente, impera la violencia intrafamiliar. Transcurre la mayor parte de su tiempo en la calle, trabaja para su propia subsistencia y su presencia en la escuela está marcada por elevadas tasas de ausentismo. De hecho, ha sido expulsado o él mismo ha desertado.

### *Mesosistema*

Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Para el menor en riesgo de calle, se refiere a las relaciones entre el hogar, la escuela y el trabajo y la vida social (grupo de pares y pareja). Para el menor de la calle, abarca las asociaciones entre la vida social (grupo de pares y pareja), el trabajo y la calle. Las relaciones entre las instituciones asistenciales y los

ámbitos antes mencionados se incluyen en ambos subgrupos.

### *Exosistema*

Está formado por todas las estructuras tanto formales como informales que afectan el escenario inmediato en el que las personas se encuentran y delimitan sus acciones. Este nivel, mediatizado por los valores culturales del macrosistema rodea al niño e influye directamente sobre su desarrollo. Se ubican aquí tanto las instituciones educativas y los ámbitos laborales como los amigos, las relaciones sociales y las tecnologías de la información y de la comunicación que, en conjunto, armonizan las relaciones familiares.

Igualmente toma en cuenta a la comunidad. De hecho, las comunidades proporcionan la infraestructura básica dónde la vida familiar es vivida cuando incluye tales cosas como el empleo, cuidado del niño y un contexto donde comparten valores y expectativas, presenta situaciones favorables en los ámbitos familiar e individual (Castellanos et al., 2006). El contexto comunitario del menor en situación de calle se caracteriza por la presencia de redes negativas o destructivas (delictivas, narcomenudeo, etc.), desesperanza, indiferencia o apatía comunitarias, poca disposición a la organización, infraestructura institucional y cultural escasa o subutilizada, escasa capacitación escolar y/o laboral, desempleo y subempleo, ausencia de festejos, celebraciones y/o prácticas religiosas, etiquetación negativa del tiempo libre (p. ej.: ocio, vagancia, desocupación), prácticas religiosas o espirituales excluyentes, intolerancia entre adultos y jóvenes, culpa social centrada en los adolescentes y jóvenes, representación social negativa del adolescente (p. ej., vago, rebelde, delincuente, etc.), falta de reconocimiento y respeto a la autoridad (p. ej.: padres, profesores, policías, otros adultos), soluciones represivas y de castigo ante conductas delictivas, incapacidad de los cuerpos policiales para brindar seguridad a la comunidad, autoridades vinculadas en actividades delictivas o de corrupción, disponibilidad y consumo de sustancias tóxicas, tolerancia hacia el uso de estupefacientes, ineficacia en la prevención del consumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes, presencia de pandillas o bandas juveniles, vandalismos, violencia física y psicológica, poco espacio para la recreación y el esparcimiento y condiciones de hacinamiento, entre otros.

La diferencia esencial entre el menor en riesgo de calle y el menor de la calle a este nivel es que para el segundo, el exosistema incluye a la familia nuclear, extensa o compuesta y a la escuela, ámbitos físicos ubicados en el microsistema del menor en riesgo de calle. Del mismo modo, la calle forma parte del exosistema del menor en riesgo de calle. Mientras que para el menor de la calle se incluye en el microsistema.

### *Macrosistema*

Representa los puntos de vista y actitudes culturales de una sociedad que influyen al resto de los sistemas. Son variables sobre las que los individuos no tienen control pero que inciden en su bienestar social. En este nivel se localizan las variables socioeconómicas, estructurales y culturales. Dentro de las variables socioeconómicas se incluyen los recursos económicos de una sociedad, su distribución, la crisis económica y las tasas de desempleo. Pueden beneficiar u obstaculizar el bienestar de las familias, haciendo posible el acceso a los recursos comunitarios en igualdad de oportunidades o generando desigualdades sociales. Las variables estructurales están relacionadas con la organización y el funcionamiento concreto de una sociedad o colectivo que posibilita o dificulta el acceso de los individuos a los recursos en los momentos de necesidad. Incluyen el sistema político establecido dentro de un grupo social determinado. Las variables culturales hacen referencia a las actitudes y valores de cada grupo social y momento histórico sobre la educación de los niños, el modo de satisfacción de las necesidades y el rol de cada miembro de la familia, entre otras. Y estos modelos de

comportamiento, imágenes, guías y representaciones sirven de referencia a los miembros de una familia en lo que concierne a sus comportamientos, roles y relaciones sociales. Por ende, es en este sistema donde se ubican las normas y creencias del mexicano; es decir, las premisas histórico-socioculturales que rigen su comportamiento.

En el caso del menor en situación de calle, el sistema socioeconómico y político en el que se desenvuelve no ha podido satisfacer las demandas de la población conduciendo a que la desigualdad sea mayor día con día incrementando, consecuentemente, la brecha que separa a los individuos con un estatus socioeconómico alto de los que tienen un estatus socioeconómico medio o medio bajo y bajo. Además, al formar parte de las capas marginales de la sociedad no tiene poder de decisión sobre su propio destino social y económico, se encuentra por debajo del mínimo necesario para acceder a los servicios y recursos, es privado de sus derechos y sus necesidades son desatendidas. Razón por la cual es excluido del grupo sociocultural al que pertenece. Por otra parte, el gobierno no es capaz de atender las deficiencias de la población ya que las líneas de acción no están bien definidas y son insuficientes. Consecuentemente, el menor en situación de calle es la manifestación extrema del deterioro y exclusión social. De igual manera, las circunstancias en las que vive lo fuerza a realizar estrategias de sobrevivencia y estilos de vida que atentan contra las normas implementadas por la sociedad conduciendo al rechazo y discriminación sociales que en vez de contribuir a disminuir gradualmente la problemática, la aumentan.

Por otro lado, al usar la calle como espacio de vivienda, ésta se convierte en un contexto sociocultural que implica relaciones, lenguajes, valores, expectativas, necesidades, normas, creencias y conductas propias del mismo y que rigen el modo de ser y de actuar de los individuos que residen en ella, conformando, de esta forma, un grupo sociocultural determinado que, por su estilo de vida y por ir en contra de lo socialmente aceptado por el grupo sociocultural dominante, es rechazado y marginado socialmente.

### *Cronosistema*

Representa los eventos temporales internos y externos que transcurren durante la vida del menor en situación de calle y que influyen en su desarrollo y posterior adaptación a las circunstancias que lo rodean. En cuanto a sucesos internos, éstos incluyen los cambios fisiológicos propios de su edad y acordes al crecimiento del niño o adolescente como serían, por ejemplo: la pubertad y el inicio de la adolescencia. También, comprenden cambios fisiológicos inducidos por eventos externos como el uso y abuso de sustancias tóxicas. Respecto de los acontecimientos externos, para el menor en riesgo de calle, incluyen cambios en la estructura y dinámica familiar y alternar de una escuela a otra. Mientras que para el niño o adolescente de la calle, se refieren a cambios en la cultura y dinámica callejeras. En ambos subgrupos, se tienen como posibles eventos externos, las modificaciones que se implementen a nivel político y socioeconómico en la sociedad de la que forman parte, la ocurrencia de desastres naturales, la pérdida de personas cercanas, los cambios intrainstitucionales, de residencia y de institución, los cambios en el grupo de pares, en su ámbito laboral (en caso de que trabajen), y en la comunidad en la que se desenvuelven, entre otros. Por tanto, tanto los eventos internos como los externos inciden en la manera en la que el menor se desarrolla y ajusta a su entorno circundante. Por ejemplo, un suceso interno como el consumo de drogas, altera el organismo llevándolo a padecer enfermedades y, posiblemente, a una muerte temprana. Aunado a lo anterior, la adicción a dichas sustancias conduce al eventual involucramiento en actividades delictivas que conllevan a problemas legales y que ponen en riesgo la integridad físico-psicológica del menor en situación de calle. Con ello, incrementa el

rechazo y marginación por la sociedad. Finalmente, como ejemplo de un acontecimiento externo, puede suscitarse el hecho de que la estructura y dinámica de la institución asistencial en la que se encuentra residiendo temporalmente, cambie de tal manera que no se acopla a las nuevas normas y estatutos implementados. Ante lo cual, decide abandonar la organización y opta por la vida en la calle, poniendo en detrimento su bienestar biopsicosocial y perdiendo, de esta manera, oportunidades que le permitirían obtener una mejor calidad de vida. Pues al abandonar la institución, se priva de la obtención de una educación, de capacitación laboral y de la atención a sus necesidades. Debido a ello, no puede adaptarse funcionalmente a la sociedad y se convierte, por ende, en un rechazado y marginado social.

Como puede observarse, el modelo de Bronfenbrenner toma en consideración todos los factores antecedentes y posibles consecuencias de la conducta problema siendo ésta el riesgo de calle o la carencia de una residencia fija o estable. Aunado a lo anterior, comprende el contexto macrosocial, laboral/académico, cultural, intra e interpersonal, y del ambiente físico inmediato y extenso. Como tal, es el primer modelo, de los especificados con anterioridad, que proporciona un panorama lo más completo e integral posible de las condiciones que influyen, mantienen y controlan dicha conducta. Pues mediante este modelo, se evalúan la época y eventos históricos que rigen a un grupo sociocultural determinado (cronosistema). Se exploran y examinan la naturaleza y propiedades de la comunidad de pertenencia y de la sociedad y su sistema político y económico (macrosistema), de la vivienda, la densidad poblacional y el hacinamiento, los recursos disponibles, los medios de transporte y las distancias físicas, la estructura del entorno, los estímulos ambientales y el contexto urbano, suburbano y rural (exosistema y microsistema), y de la escuela, el trabajo y la institución de pertenencia (exo y microsistema). También define el estado y particularidades de las relaciones interpersonales del individuo (p. ej.: familia, amistades, vecinos, pareja, grupo de pares, etc.) (exo y microsistema), y de la persona misma (p. ej.: sexo, edad, grupo étnico, personalidad, estado de salud físico-mental, etc.) (microsistema). Por último, explora las relaciones entre todos los contextos (mesosistema). En consecuencia, es el primero modelo, de los descritos anteriormente, que hace un diagnóstico preciso, confiable y válido del problema. Es un enfoque que analiza los antecedentes, eventos de estímulos, conductas, consecuencias y las asociaciones entre éstos. Como resultado, es posible plantear hipótesis acerca de los eventos en el ambiente que pueden tener una relación causal hacia la conducta ya que, con la información obtenida, se identifica lo que mantiene a la conducta o por qué se lleva a cabo la misma. Con esta comprensión, se pueden inducir cambios efectivos. Empero, siguiendo los pasos para el planteamiento de un tratamiento efectivo según el Modelo Cognitivo-Conductual, tan sólo alude al primer punto: diagnóstico. No se plantean hipótesis mediante las cuales se planteen estrategias de intervención que se pongan a prueba y posteriormente éstas se implementen para acercar a los individuos a los niveles normativos de funcionamiento, para reducir el riesgo de daño, desadaptación o problemas parecidos en relación consigo mismo o con los demás. Por tanto, no sólo no se elaboran procedimientos efectivos, sino además, no se asegura que éstos tomen en cuenta las preocupaciones de la sociedad y las de los consumidores de la terapia. Consecuentemente, no se incrementa el bienestar biopsicosocial de las personas y no se mejoran las condiciones vitales de la sociedad.

Como la meta de la investigación clínica y aplicada no es sólo la elaboración de procedimientos efectivos, sino también el aseguramiento de que éstos tomen en cuenta las preocupaciones de la sociedad y las de los consumidores de la intervención (A. Kazdin, 2000), y ante la falta de modelos teóricos adecuados, se considera al Modelo Cognitivo-Conductual como el más apropiado para la realización de la presente investigación, puesto que permite la obtención de información pertinente a la población objetivo y la conducta blanco para realizar un diagnóstico preciso, certero, confiable y

verdaderamente válido de la problemática. Así, se tiene una comprensión integral del fenómeno en cuestión. Aunado a lo anterior, es el único modelo teórico de los revisados anteriormente, que con los datos obtenidos en el diagnóstico, genera y prueba hipótesis buscando modificar la conducta. Partiendo de dichas hipótesis, propone una terapia que toma en cuenta las preocupaciones de la sociedad y de los individuos a quienes va dirigido induciendo, de esta manera, cambios que hagan una diferencia en la vida de éstos. Posteriormente, pone a prueba el tratamiento elaborado para poder identificar los procedimientos y estrategias más efectivos e idóneos para la población bajo estudio y adaptándolo y ajustándolo a sus características y necesidades detectadas. Finalmente, lleva a cabo el plan de acción implementándolo en el grupo sociocultural determinado. Sólo así se promueven cambios reales y se propician mejorías (Fall & Berg, 1996; Ishikawa et al., 2009).

Entonces, partiendo de lo anteriormente planteado y del hecho de que el objetivo principal de la investigación consiste en dotar de habilidades de afrontamiento a mujeres en situación de calle, se usará como modelo teórico base a la Teoría Cognitivo-Conductual que será explicada a continuación.

## **Modelo Cognitivo Conductual**

### *Terapia Conductual*

La terapia conductual implica una aproximación contextual que incluye factores personales, familiares, comunales y sociales para la comprensión de los problemas psicosociales. Se centra en la reacomodación de contingencias que determinan el comportamiento, el cual se asume es sistemático, predecible y controlable.

El objetivo es modificar la relación entre las conductas observables y los factores ambientales relacionados.

Características esenciales (Granvold, 1994):

- Modificación de quejas reales de los clientes o personas significativas.
- Conversión de quejas en conductas que, al alterarse, se eliminan dichas quejas.
- Uso de múltiples fuentes de recolección de datos incluyendo la observación directa.
- Realización de análisis descriptivos basados en la observación: descripción clara de las conductas relacionadas a las quejas y a los factores ambientales (eventos desencadenantes, antecedentes y consecuencias).
- Realización del análisis funcional: identificación de los antecedentes, consecuencias y estímulos que inciden en los comportamientos de interés.
- Involucramiento de personas significativas para el cliente: aquéllas que interactúan con el mismo y que influyen en su conducta.
- Uso de métodos de evaluación e intervención basados en evidencia teórica y empírica.
- Evaluación de los cambios progresivos que se vayan obteniendo.
- Preocupación por la validez social al asegurar que los procedimientos usados son aceptables para el cliente y que los resultados conseguidos son de interés para el mismo y su comunidad.

### *Terapia Cognitiva*

La meta de la terapia consiste en ayudar a los individuos a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su

conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta tanto inter como intrapersonalmente (Bond & Dryden, 2002; Grandvold, 1994). Específicamente, los terapeutas cognitivos trabajan directamente con las hipótesis que proponen sus clientes, con las estrategias para comprobarlas y con sus opiniones. El terapeuta se centrará más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la dirección más que en la no dirección y en la colaboración más que la confrontación. Es por eso que se puede afirmar que la terapia cognitiva ofrece un modelo de afrontamiento.

El fin que se persigue es enseñar a la persona a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida. La idea es que el aprenda a hacerlo por sí misma. Los diez principios que caracterizan el quehacer psicoterapéutico dentro del modelo de Beck son (Buela-Casal & Caballo, 1991):

1. Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo.
3. Es breve y con límite de tiempo.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Empleo del método socrático.
6. Condición necesaria: una buena relación terapéutica.
7. Estructurada y directiva.
8. Orientada hacia los problemas.
9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia del trabajo para casa.

Sobre la base de estos diez principios se concluye que el modelo cognitivo de tratamiento postulado por Beck se caracteriza por ser:

- a. Extremadamente educativo y reeducativo. Se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal del cambio.
- b. Una sesión de terapia cognitiva debe estar muy preparada y altamente estructurada. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y a largo plazo, va a permitir alcanzar las metas de tratamiento en el plazo adecuado que suele ser breve, unas 20 sesiones aproximadamente.
- c. El modo fundamental de trabajo con el material cognitivo que el individuo aporta, con independencia de las técnicas que se usen para hacerlo, va a ser el establecer un diálogo continuo, reflexivo, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno del mismo sobre las causas de sus problemas, lo que se conoce como método socrático.
- d. Finalmente, se entiende que el problema que presenta la persona es dependiente de ciertas estructuras cognitivas, que aportan un significado especial a todo aquello que conoce y cómo lo conoce.

Como tal, la manera en que se interpretan las situaciones está determinada por una serie de elementos implicados en el modelo de Beck: esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias, pensamientos automáticos, esfera personal, pérdida, triada y distorsiones cognitivas (Buela-Casal & Caballo, 1991; Gomar et al., 2010; Grandvold, 1994; Kendall, 20002; Stallard, 2007):

- Esquemas.- Son definidos como estructuras cognitivas funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información. Así, juegan un papel fundamental en los

pensamientos, sentimientos y conductas mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan. Se desarrollan a partir de las experiencias infantiles.

- Creencias nucleares.- Son representaciones de la realidad estables y profundas que las personas consideran como verdades absolutas, aunque la mayor parte del tiempo no ocupen el foco de la experiencia consciente. El contenido de estas creencias suele referir a definiciones negativas de la propia realidad (p. ej.: “soy tonto” en un niño depresivo), o de los otros (p. ej.: “la gente es crítica y malintencionada” en un niño con ansiedad social).
- Creencias intermedias restringen la manera de pensar, sentir y actuar ante las demandas ambientales, de tal manera que, a partir de sus efectos tienden a autoafirmarse. Pueden ser de tres tipos:
  - a. Presunciones o enunciados condicionales del tipo “si.... entonces....” (p. ej.: “si notan que estoy nervioso, pensarán que soy débil”).
  - b. Reglas o expectativas (p. ej.: “todos me tienen que querer”).- Consisten en ecuaciones, fórmulas y premisas que permiten a una persona ordenar, clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones significativas.
  - c. Actitudes (p. ej.: “todo me sale mal”).
- Pensamientos automáticos.- Productos cognitivos más situacionales y específicos, rápidos casi imperceptibles para las personas, de carácter telegráfico y breves (p. ej.: “se van a burlar de mí”). Son flujos de pensamiento accesibles a la conciencia asociados con situaciones específicas, emocionalmente evocativas.
- Distorsiones cognitivas o errores cognitivos.- Son operaciones cognitivas que consisten en estilos o procesos de pensamiento que desfiguran las experiencias. Mantienen las creencias del individuo sobre la validez de sus conceptos negativos a pesar de la evidencia en contra. Implica que el procesamiento de la información es distorsionado, ilógico e irracional. En contraste, las deficiencias cognitivas hacen alusión a actuar impulsiva y pobremente ante la falta de planeación y premeditación.
- Esfera personal.- Es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles e intangibles. Es un constructo que integra todas aquellas características que posee y que conforman y definen a un ser humano.
- Pérdida.- A raíz de ella se puede producir un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio.
- Triada cognitiva.- La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El depresivo se ve a sí mismo como deficiente e inútil interpreta todo aquello que le ocurre, el presente como algo imposible de realizar. Por todo ello, no encuentra nada positivo en un futuro.
- Pensamientos automáticos: aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos, aunque plausibles a los ojos de los pacientes.

La esfera personal junto a los errores de pensamiento y las reglas y esquemas, aportan un significado a las situaciones dando como resultado que la persona piense que carece de algo, produciéndose, de nuevo la activación de esquemas y la triada cognitiva.

## Terapia Cognitivo-Conductual

Las técnicas conductuales para conseguir cambios comportamentales habitualmente se combinan con métodos cognitivos para modificar los pensamientos y estructuras disfuncionales. El término “cognitivo-conductual” hace alusión a aquellas modalidades de tratamiento que comúnmente combinan procedimientos conductuales y cognitivos (Granvold, 1994).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una aproximación psicológica basada en la evidencia que engloba las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Sheldon, 2011). Se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias, y por identificar y modificar las distorsiones o las deficiencias que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo. Considera que la psicopatología es el resultado de determinadas anomalías que están asociadas a las distorsiones cognitivas. Por tanto, estas intervenciones tienen por objeto principalmente enseñar nuevas habilidades cognitivas y conductuales (Bond & Dryden, 2002).

La terapia cognitivo-conductual se basa en el supuesto de que las emociones y las conductas constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. Adicionalmente, los pensamientos, conductas y emociones inducen reacciones fisiológicas que pueden agravar la sensación de malestar. Se considera entonces que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí.

En consecuencia, se concentra en la relación existente entre (Gomar et al., 2010; Stallard, 2007):

- Cogniciones
- Emociones
- Conductas
- Síntomas fisiológicos (reacciones físicas que acompañan a los problemas psicológicos: dolor de cabeza, hiperventilación, sudoración, enrojecimiento, etc.)

Las cogniciones dirigen las emociones, las cuales, a su vez, derivan de las cogniciones. Al ser un sistema interactivo, implica que las emociones no pueden modificarse sin cambiar las cogniciones que las mantienen (ver Figura 13). Así mismo, las cogniciones no se transforman sin alterar las conductas subyacentes (Finch, Nelson & Ott, 1993).

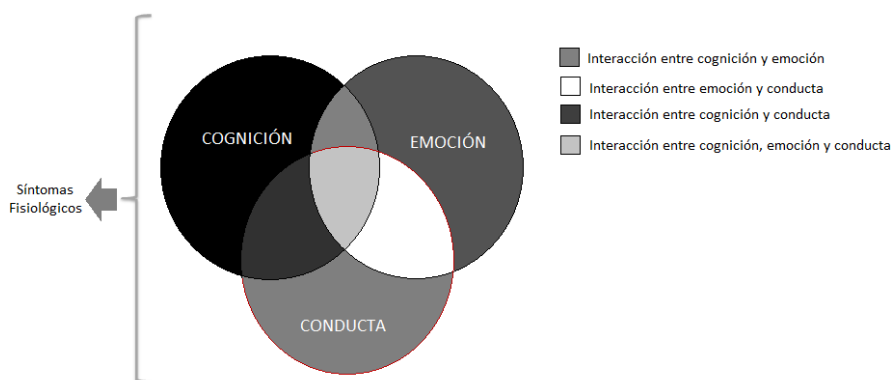


Figura 13. Representación gráfica de la relación que existe entre los componentes cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos del Modelo Cognitivo-Conductual.



El objetivo general de la TCC es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol en base a desarrollar unas habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas (Stallard, 2007). Este objetivo se consigue al transformar las cogniciones disfuncionales, las emociones asociadas y las conductas desadaptativas. Esto es, busca identificar las vulnerabilidades psicológicas que se observan en forma de sesgos cognitivos (p. ej.: distorsiones cognitivas, errores de pensamiento, etc.), deficiencias de habilidades (p. ej.: asertivas, sociales y de solución de problemas), y acciones conductuales (p. ej.: evitación, escape, retraimiento y agresión), que contribuyen a la etiología y mantenimiento de una problemática (Wright, 2004).

Por ende, la TCC ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales que suelen ser predominantemente negativos además de sesgados y excesivamente autocríticos. Los procesos de autoevaluación, educación, experimentación y comprobación favorecen el que dichos pensamientos y creencias sean sustituidos por unas cogniciones más positivas, equilibradas y funcionales que reconocen y toman en consideración los puntos fuertes y los logros. Se identifican los déficits cognitivos y conductuales, y se aprenden, comprueban, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de problemas, además de otras formas diferentes de actuar. Se desarrolla una mayor comprensión de la naturaleza y las razones que subyacen a las emociones desagradables a medida que éstas van quedando atrás y se van sustituyendo por unos sentimientos más placenteros. Finalmente la adquisición de nuevas habilidades cognitivas y conductuales permite afrontar con éxito y de una forma más apropiada toda una serie de situaciones nuevas y difíciles. El proceso ayuda al individuo a desplazarse de un ciclo disfuncional a otro ciclo más funcional (Finch et al., 1993).

Debido a ello, la efectividad de la TCC radica en conservar una formulación cognitivo-conductual aplicando procedimientos flexibles y confiables. Flexibles porque permite la adaptación y el ajuste del tratamiento a las necesidades y características de las personas, y confiable pues asegura la habilidad y capacidad de implementación por parte del terapeuta de dichas técnicas.

Bases empíricas (Stallard, 2007):

- Condicionamiento clásico.- En virtud de sucesivos apareamientos, las respuestas que se producen de forma natural pueden ser asociadas a unos estímulos específicos.
- Condicionamiento operante.- Se centra en la relación existente entre los antecedentes (las condiciones de contexto), las consecuencias (el refuerzo) y la conducta. En esencia, si una determinada conducta aumenta su frecuencia por el hecho de venir seguida de unas consecuencias positivas o de no venir seguida de unas consecuencias negativas, en tal caso, se infiere que dicha conducta ha sido o ha quedado reforzada.
- Aprendizaje social.- La teoría de Bandura enfatiza que el aprendizaje puede tener lugar en virtud de la observación de alguna otra persona, al tiempo que propone un modelo de autocontrol basado en la autoobservación, la autoevaluación y el autoreforzo.

Características esenciales (Bond & Dryden, 2002; Sheldon, 2011; Stallard, 2007):

- Se sustenta en una determinada teoría.- Se basa en unos modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones, (los sentimientos y la conducta están determinados principalmente por las cogniciones), así como el centro de interés y la naturaleza de la intervención (cuestionar las distorsiones o rectificar las posibles deficiencias). La

TCC constituye una modalidad de intervención coherente y racional y no una mera agrupación de técnicas dispares.

- Genera hipótesis sobre los patrones cognitivos y conductuales de una persona, la intervención se instrumenta con base en esta hipótesis, se observan los resultados obtenidos y se modifica la hipótesis inicial tomando en consideración dichos resultados.
- Se basa en un modelo de colaboración.- El individuo desempeña un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento. El modelo pretende facilitar la adquisición de un autocontrol mayor y más eficaz, lo que vendría posibilitado por el aliento y el apoyo brindados por el profesional. El papel del terapeuta consiste en establecer una asociación que aliente a la persona a lograr una mejor comprensión de sus problemas y a descubrir otras formas alternativas de pensar y de actuar.
- Se dirige a la atención de síntomas y conductas específicos, identificados previamente como parte del diagnóstico del problema.
- El cambio es inducido mediante el aprendizaje de nuevas experiencias que se contraponen a las formas anteriores de desadaptación y procesamiento de la información. Como tal, el cambio puede ocurrir en un periodo breve de tiempo al adquirir nuevos pensamientos y conductas. Además, los cambios logrados se mantienen pues se generalizan a diversas situaciones y contextos.
- Tiene un plazo limitado.- Es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse habitualmente más allá de unas 20 sesiones, y en la mayoría de los casos la duración es todavía mucho menor. El que se trate de una intervención breve por naturaleza contribuye a fomentar la independencia y favorece la autoayuda.
- Es objetiva y estructurada.- Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta al joven a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración. Los objetivos y las metas de la intervención se definen explícitamente y se revisan constantemente. Se enfatiza la cuantificación y la utilización de escalas para medir la frecuencia de conductas inapropiadas, la intensidad de la creencia en los pensamientos disfuncionales o el grado de malestar experimentado. La supervisión y la revisión constantes constituyen una forma de valorar los progresos comparando el rendimiento actual con las evaluaciones que determinaron la línea de base.
- Se centra en el aquí y el ahora.- Se concentran en el presente, abordando los problemas y las dificultades actuales. No pretenden desvelar traumas inconscientes tempranos ni tampoco el papel de las contribuciones biológicas, neurológicas y genéticas de las disfunciones psicológicas sino, antes bien, tratar de sentar las bases de una forma diferente de procesar el mundo que resulte más adaptativa.
- El funcionamiento humano está determinado recíprocamente.- Las cogniciones y la conducta están relacionados funcionalmente de modo tal que al modificar uno de estos aspectos, se fomentan cambios en el otro.
- Se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados.- Se trata de un proceso activo que fomenta el hábito de hacerse preguntas y de cuestionar y poner en entredicho los supuestos y las creencias. El individuo no es únicamente un receptor pasivo de los consejos o las observaciones del terapeuta, sino que se le anima a cuestionar y aprender mediante un proceso de experimentación. Se comprueba la validez de los pensamientos, los supuestos y las creencias, se descubren y ponen de manifiesto

otras explicaciones alternativas, y se ensayan y evalúan otras formas de valorar los hechos y las conductas.

- Es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades.- Constituye un enfoque práctico y centrado en la adquisición de habilidades de afrontamiento (p. ej.: asertividad, relajación o auto-control), con objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y de actuar y de responder efectivamente a las situaciones ambientales. Así, se espera mejoría con el paso del tiempo al practicar dichas habilidades.

En resumen, la mejoría clínica puede resultar de dos diferentes vías: al modificar las cogniciones disfuncionales y reemplazar las conductas desadaptativas por unas más funcionales, y al promover el aprendizaje y adquisición de habilidades de afrontamiento que conducen a la adaptación adecuada a los distintos entornos en los que se desenvuelve el ser humano.

Por otra parte, la conceptualización de disfunción psicológica en la TCC, su objetivo de tratamiento, los mecanismos propuestos para inducir el cambio terapéutico y sus bases teórico-empíricas, permiten que la TCC sea apropiada para formatos breves. El que sea breve hace que sean tratamientos más accesibles, que los costos sean reducidos y que las personas se beneficien más rápidamente. A pesar de que no existe una definición estándar de “terapia cognitivo-conductual breve”, se considera que aquéllas con menos de 10 de sesiones son TCC breves (Bond & Dryden, 2002).

#### TCC Grupal (Bieling, McCabe & Antony, 2009)

Una de las modalidades de la intervención cognitivo-conductual es su implementación grupal. Este tipo de intervención se lleva a cabo una o dos veces por semana con un total de 1-2 horas por sesión. La cantidad de miembros varía pero se recomiendan un máximo de 12 personas por grupo.

El formato grupal conlleva una serie de ventajas y desventajas que serán descritas a continuación.

Como parte de las ganancias de llevar a cabo una terapia cognitivo-conductual grupal se incluyen el que se puede atender a un mayor número de personas en un tiempo determinado, disminuyen los costos gubernamentales destinados al área de salud y los individuos se benefician más pues hay una serie de problemas clínicos más apropiados para su tratamiento grupal. Esto es, la TCC grupal proporciona más oportunidades para practicar la exposición a una diversidad de situaciones sociales, para participar en ensayos conductuales y para que los miembros den su punto de vista y compartan sus experiencias inter e intrapersonales. Adicionalmente, brinda la ocasión perfecta para que el individuo se percate de que hay otros como él que comparten sus problemáticas que le aquejan, que no es único en el mundo y que, consecuentemente, sus dificultades tienen solución. También, los miembros del grupo pueden ayudarse entre sí para obtener nueva información o para ver cada situación desde una perspectiva diferente. La persona, cuyo ejemplo esté siendo discutido, claramente se beneficia de tener múltiples puntos de vista al respecto. Además, al vislumbrar el impacto benéfico de hacer preguntas a otros, los demás integrantes son más propensos a preguntarse a sí mismos cuestiones útiles. Aunado a lo anterior, el grupo da pie para practicar nuevas conductas entre distintos miembros incrementando, así, las habilidades sociales y propiciando, con ello, el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales funcionales. Por último, si un integrante es capaz de modificar un comportamiento o cognición disfuncional, los demás tienen acceso a un caso de éxito, con lo cual, hay mayor esperanza y optimismo en el resto de los miembros. Es decir, se promueven cambios activos cuando los individuos del grupo se refuerzan y alientan entre sí.

En cuanto a las desventajas de la aplicación grupal de la terapia cognitivo-conductual, se tiene que son grupos cerrados porque no se permite la inclusión de nuevos participantes una vez que inicia el tratamiento ya que la TCC constituye una serie de habilidades que se enseñan de manera lineal pues se enfatiza el contenido por encima del proceso. De igual manera, influyen negativamente factores personales, estructurales y de liderazgo. Los factores personales se refieren a las características propias de los integrantes que dificultan y entorpecen el proceso terapéutico como la renuencia, la falta de compromiso, la heterogeneidad de los miembros y la desmotivación, entre otros. La estructura que repercute en el tratamiento hace alusión a condiciones como la carencia de cohesión, la desorganización de la información y de la sesión, la falta de dirección, sentido y la pérdida de control del grupo. Finalmente, el factor de liderazgo implica la existencia de individuos que desean conducir y dirigir al grupo con base en sus criterios e intereses personales.

Razón por la cual, la intervención cognitivo-conductual grupal es un método eficaz para la atención de varias problemáticas siempre y cuando se conformen grupos homogéneos y se tengan habilidades para el manejo y control de grupos que permitan la inducción de cambios y la obtención de mejorías.

### TCC con menores y jóvenes

El abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes integra intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado. Constituye una de las terapias más utilizadas para el tratamiento de problemas psicológicos en la población infanto-juvenil porque ha demostrado ser una de las más efectivas (Simos, 2008; Wright, 2004). El objetivo principal consiste en modificar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño o el adolescente a su entorno (Gomar et al., 2010). Por consiguiente, el papel del terapeuta cognitivo-conductual es enseñar comportamientos funcionales que son reforzados e incorporados en patrones conductuales generales y más o menos estables. De ahí la actitud terapéutica en el trabajo con menores y jóvenes sea una de colaboración (terapeuta como consultor), de integración y codificación de la información social (terapeuta como diagnosticador), y de enseñanza mediante experiencias de involucramiento (terapeuta como educador).

De acuerdo con Kendall (2000), la TCC con niños y adolescentes es un modelo orientado a la solución de problemas, centrado en el procesamiento cognitivo de información, que considera el plano emocional, social e interpersonal, que emplea tratamientos estructurados y manualizados y que enfatiza las intervenciones basadas en el desempeño y la práctica.

- Una terapia orientada a la resolución de problemas implica trabajar con el menor en la capacidad de identificar un problema, generar alternativas de solución y evaluar competentemente cada opción. La capacidad de resolver problemas es una habilidad centralmente relacionada con la salud mental a lo largo de la vida.
- El procesamiento de la información puede ser disfuncional debido a la distorsión de la información en el caso de los individuos con desórdenes internos o a las deficiencias en el procesamiento en el caso de aquéllos con desórdenes externos. Los primeros se caracterizan por los síntomas subjetivos, mientras que los segundos se caracterizan por comportamientos disruptivos. El tratamiento debe apuntar a superar las distorsiones y las deficiencias en el procesamiento de la información.

- El énfasis en lo emocional se debe a que las emociones, positivas o negativas, inciden en la cognición y conducta. La resolución de problemas no es una cuestión puramente cognitiva, sino que entraña una dimensión emocional que puede ser funcional o disfuncional. La experiencia emocional y la capacidad de regulación son críticas para que la persona pueda lograr un cambio significativo durante el tratamiento.
- El plano social e interpersonal no puede ser dejado de lado en los tratamientos con menores y jóvenes. Los problemas que enfrentan los niños frecuentemente son de carácter interpersonal, como por ejemplo, adaptarse a la familia o al entorno, afrontar las demandas de un cambio de escuela o grupo de pares, etc.
- Los modelos de tratamiento cognitivo suelen hacer énfasis en la estructuración y manualización del tratamiento, ya que un tratamiento estructurado aspira a dar lugar a una serie progresiva de experiencias que permitan la consecución de un cambio. Los manuales definen los objetivos, las intervenciones, su ritmo e intensidad, en una secuencia lógica hacia las metas a alcanzar.
- Las problemáticas de la clínica infanto-juvenil suelen ser complejas y con múltiples agentes involucrados, lo cual dificulta la realización de estudios. Esta dificultad puede llevar a que los conocimientos en este campo se demoren en llegar. Generalmente los clínicos deberían realizar una formulación del caso y seleccionar el mejor abordaje para ayudar al paciente en todos los procedimientos para fortalecer las áreas en las que son competentes y se desempeñan.

Aunado a lo anterior, en el trabajo cognitivo-conductual con población infanto-juvenil, se deben tomar en consideración (Gomar et al., 2010; Kendall, 2000; Simos, 2008; Stallard, 2007; Wright, 2004):

1. El desarrollo evolutivo del menor o joven.
2. El contexto cultural.
3. Las relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, los individuos nacen con ciertas vulnerabilidades o factores protectores tanto endógenos como exógenos. Así, el desarrollo prenatal, la historia familiar, la genética, el temperamento, las prácticas de crianza, los ambientes sociales y familiares, contribuyen a la respuesta de la persona a estresores que pueden presentarse durante el transcurso del desarrollo y proceso de maduración.

Las limitaciones biológicas como deficiencias cognitivas y/o físicas, obstruyen el aprendizaje y adquisición de habilidades de afrontamiento para responder a los estímulos y eventos estresantes.

Por su parte, el contexto ambiental también incide en dicho aprendizaje. Razón por la cual, no se puede entender el comportamiento independientemente de los factores contextuales y ambientales en los que se produce puesto que los patrones conductuales y cognitivos pertenecen a un contexto socio-cultural determinado. En el caso del menor, la familia y el grupo de pares conforman dicho ámbito. Como tal, es de fundamental importancia incluir en la formulación clínica conocimiento sobre los recursos ambientales y del entorno dentro del cual se mueve el ser humano (Gomar et al., 2010). Ello debido a que desde el nacimiento, las personas se desarrollan dentro de un ambiente social e histórico en particular (Papalia et al., 2009). Estos antecedentes teóricos permiten, por tanto, identificar las diversas características del contexto del individuo desde el físico tanto natural como construido, pasando por las características del medio social próximo y extendido, como el medio familiar, laboral y académico, las redes de apoyo social, las características del entorno cultural y los recursos y limitaciones económicas (V. Caballo, 1998). Por ejemplo, la carencia de recursos para la subsistencia repercute negativamente

en el desarrollo del menor ante la falta de alimentos para tener un crecimiento sano y apropiado (Kendall, 2000). Adicionalmente, los factores sociales son indispensables para la planificación e implementación de la terapia dado que las relaciones interpersonales fijan las normas y reglas comportamentales funcionales y socialmente aceptables.

En resumen, para la instrumentación de una terapia efectiva con niños y adolescentes, resulta imprescindible tomar en cuenta estos elementos.

Técnicas cognitivo-conductuales básicas

Para poder cumplir con los objetivos terapéuticos en el tratamiento cognitivo-conductual de menores y jóvenes, se utilizan una serie de estrategias y técnicas siendo las más comunes las siguientes (Kendall, 2000; Simos, 2008; Wright, 2004):

- Psicoeducación.- Mediante instrucción didáctica y el uso apropiado de materiales de apoyo (p. ej.: manuales, libros de trabajo, lecturas, etc.), el terapeuta introduce al niño o adolescente al entendimiento de emociones, cogniciones y conductas, la relación entre estos componentes y sus reacciones fisiológicas asociadas, y su importancia para el mantenimiento y establecimiento de la salud.
- Habilidades de manejo somático.- Incluyen técnicas dirigidas a la activación automática y a respuestas fisiológicas mediante métodos como la relajación. El entrenamiento en relajación es usado para desarrollar la conciencia y el control de reacciones musculares y fisiológicas. Se pueden emplear la relajación muscular progresiva al tensar y destensar sistemas de músculos, la respiración diafragmática y la imaginación guiada en la que se le enseña al menor a asociar el estado de relajación con una palabra auto-inducida como tranquilidad. El objetivo es enseñar al niño o adolescente a soportar las fluctuaciones normales del cuerpo que resultan de afrontar situaciones estresantes o de cambios en su estado físico.
- Reestructuración cognitiva.- Es un método en el que los esquemas y patrones de pensamiento disfuncionales son modificados mediante evaluaciones cognitivas, búsqueda de evidencia y diálogos socráticos. El fin es desarrollar y aprender estrategias cognitivas funcionales y adaptativas.
- Exposición y activación conductual.- Las técnicas de exposición conllevan la exposición gradual, sistemática y controlada al estímulo temido que induce respuestas desadaptativas, al colocar al menor en situaciones adversas reales (exposición en vivo) o imaginadas (exposición encubierta). De esta manera, se le permite poner en práctica las destrezas de relajación y cognitivas aprendidas en circunstancias de la vida real con el apoyo del terapeuta. Para implementar las estrategias de exposición, se usan métodos como modelamiento, moldeamiento y el ensayo conductual. Mediante el modelamiento el niño observa la realización adecuada de la conducta, el modelamiento permite mejorar la ejecución de la misma y el ensayo conductual promueve la práctica de las habilidades comportamentales recién adquiridas. La activación conductual aborda específicamente las reacciones conductuales de un problema en particular y las cambia por unas más funcionales y agradables.
- Entrenamiento en habilidades.- Las intervenciones cognitivo-conductuales con menores y jóvenes usualmente involucran actividades para corregir deficiencias de destrezas como habilidades de solución de problemas y sociales. Las habilidades de solución de problemas favorecen el afrontamiento funcional y adaptativo a los distintos ámbitos en los que el individuo se desenvuelve. Este proceso incluye identificar cual es el problema, determinar posibles soluciones y sus respectivas consecuencias y seleccionar la opción más adecuada y llevarla a cabo. El entrenamiento en habilidades sociales se aplica para el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales funcionales mediante métodos como

modelamiento, moldeamiento y ensayo conductual. Así, se brindan oportunidades para que el niño o adolescente ponga en práctica las destrezas sociales adquiridas.

- Prevención de recaídas.- Se emplean diversas estrategias para mantener los cambios logrados. Éstas son netamente conductuales y se centran en mejorar la respuesta de tratamiento y asegurar que las ganancias obtenidas se sigan conservando al término de éste. Algunos ejemplos de tales componentes son: la asignación de tareas, el reforzamiento contingente, las sesiones de apoyo posterior a la terapia y la extensión del tiempo entre una sesión y otra hacia el final de la intervención.

#### Diferencias de TCC entre menores o jóvenes y adultos

En la aplicación de terapias cognitivo-conductuales, existen discrepancias fundamentales entre menores o jóvenes y adultos. El tratamiento con adultos presupone que la conducta desadaptativa o la emoción negativa es producto de una distorsión cognitiva en la representación de los sucesos. En contraste, la terapia con niños está instrumentada para remediar deficiencias en sus habilidades cognitivas. Por ejemplo, impulsividad, hiperactividad y dificultades de atención, pueden reflejar una ausencia de estrategias mediadoras efectivas para la regulación comportamental. Esta desigualdad es más que una cuestión de semántica. La terapia comúnmente se elabora para asistir en el descubrimiento de habilidades de desarrollo no tomadas en cuenta. Como tal, aspectos concernientes al desarrollo de destrezas cognitivas, son centrales en el tratamiento de niños y jóvenes.

Consecuentemente, las disimilitudes entre menores o jóvenes y adultos se concretan en cuatro áreas principales (Gomar et al., 2010; Simos, 2008):

- Expectativas.- A diferencia del adulto, el niño no genera expectativas de tratamiento pues tiene capacidades limitadas para anticipar mejorías futuras.
- Maduración.- Los menores y jóvenes son organismos en crecimiento. Consecuentemente, se debe de asegurar que la intervención está dirigida a atender un problema real en oposición a un patrón normal de desarrollo.
- Cogniciones.- Los adultos pueden distinguir hechos reales de irreales, formular hipótesis y poner a prueba la veracidad de sus hechos, imaginar situaciones hipotéticas, tienen capacidad de análisis, síntesis, anticipación y de abstracción, conducirse con base en una serie de normas y reglas y separar los eventos de acuerdo a su ocurrencia temporal en pasados, presentes y futuros. Estas habilidades favorecen el reconocimiento de conflictos, preocupaciones, cambios en la percepción individual, social y futura y modificaciones conductuales. La mayoría de los niños y adolescentes carecen de estas destrezas porque se adquieren paulatinamente como resultado de procesos de crecimiento.
- Emociones.- El desarrollo cognitivo influye en el emocional. No obstante, ello no quiere decir que el progreso cognitivo es causa o conduce al emocional; sino que el avance cognitivo es necesario para entender y comunicar emociones mediante la memoria, el recuerdo y el lenguaje. Los menores y jóvenes son menos capaces que los adultos en distinguir emociones de fantasía, de reconocer y analizar las mismas y de describirlas apropiadamente mediante el habla.

En resumen, las discrepancias entre personas jóvenes y adultas que son relevantes para la TCC se centran alrededor de conductas introspectivas (insight, toma de roles, auto-evaluación y auto-dirección), y de la relación entre cogniciones y emociones.

Entonces, la TCC es adecuada para menores y jóvenes porque ser breve,

orientada al problema y en el aquí y en el ahora, por tomar en consideración las características propias de la población a la que va dirigida (biológicas y psicosociales) y por dotar de habilidades cognitivas y conductuales que promueven el afrontamiento adaptativo y funcional de situaciones estresantes.

Como puede observarse, el modelo cognitivo conductual, al menos hasta donde se ha revisado, constituye uno de los mejores constructos teóricos para abordar y atender a la población en situación de calle dadas las ventajas que conlleva: extensión, contextos que comprende, basado en la evidencia, modalidad individual y grupal, centrado en el problema actual, aprendizaje y adquisición de destrezas cognitivas y conductuales incorporadas al bagaje comportamental del individuo, y generalización y mantenimiento de dichas habilidades. De los modelos teóricos descritos anteriormente, es el único que determina cómo instrumentar e implementar una intervención efectiva acordes a las necesidades reales y características detectadas de las personas. Empero, sus deficiencias radican en la falta de preparación del terapeuta, y en que es efectiva para problemáticas claramente identificadas y no para individuos que presentan múltiples padecimientos, entre otras.

Por los beneficios de aplicar TCC y porque las variables de interés (ansiedad, depresión, asertividad y regulación emocional) han sido objeto de tratamiento con dicha terapia, se eligió este tipo de intervención con el fin de inducir cambios favorables y obtener mejorías relevantes para mujeres en situación de calle y su grupo sociocultural de pertenencia, además de incrementar su bienestar subjetivo percibido.

## **Perfil**

De acuerdo al Modelo Cognitivo-Conductual, para el planteamiento de un tratamiento efectivo, es necesario comenzar por diagnosticar el problema. Este diagnóstico consiste en hacer un análisis funcional de un fenómeno en específico. Para el caso de esta investigación, el fenómeno bajo estudio es la población femenil en situación de calle. En consecuencia, se identifican todos los posibles factores o los más relevantes, que influyen en dicho fenómeno siendo éstos los antecedentes, las consecuencias, los eventos de estímulo, los distintos entornos en los que éste se lleva a cabo y que contribuyen a su mantenimiento y control, y las relaciones entre todos estos elementos. La meta es examinar cómo es el fenómeno, por qué se lleva a cabo y qué lo mantiene para poder inducir cambios reales. Sin esta comprensión, es imposible efectuar tales modificaciones (Granvold, 1994; A. Kazdin, 2000). Para realizar este análisis se recurre a diversas fuentes de recolección de datos, siendo una de éstas los antecedentes teóricos disponibles (V. Caballo, 1998; Gomar et al., 2010). Por tanto, a partir de este apartado y en todos los subsecuentes, incluyendo los capítulos, se usará la literatura de investigación revisada para la obtención de información que permita hacer un diagnóstico apropiado que lleve al planteamiento y formulación de hipótesis sobre determinadas conductas presentes en la población objeto de estudio que se desean cambiar mediante la elaboración e implementación de estrategias efectivas de intervención.

En este caso, en esta sección, se hablarán de los contextos intra e interpersonal de la población infantil y juvenil en situación de calle con el fin de proporcionar información referente a las características inherentes a dicho grupo social y de sus relaciones afiliativas. De esta manera, se va a ir complementando e integrando el diagnóstico de la problemática, posibilitando, así, el identificar las conductas que resulten de interés para acercar a los individuos a los niveles normativos de funcionamiento y para disminuir su desadaptación mediante la elaboración y aplicación de tratamientos efectivos. Como tal, en el presente apartado se hablará respecto a las condiciones de vida de los menores y jóvenes en situación de calle abordando cuestiones sociales y relacionadas a la salud físico-mental, su vida sexual y, por último, sus relaciones afiliativas enfocándose en su



grupo de pares y pareja sentimental puesto que las relaciones familiares serán detalladas más adelante (ver apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I: Menores y jóvenes en situación de calle). Para fines prácticos se presenta al final del apartado un resumen del perfil del menor o joven en situación de calle (ver Figura 19).

Es importante mencionar que las investigaciones que se han realizado, en su mayoría, son de corte sociológico, legal o epidemiológico sin tomar en cuenta el aspecto psicosocial. Por ende, hay una mayor abundancia de datos de estas posturas.

### Características Sociales y relacionadas a la salud

Para poder describir la vida del grupo social en cuestión, es necesario conocer aspectos diversos como su edad, escolaridad, actividades de subsistencia, sustancias consumidas, incluyendo bebidas alcohólicas y tabaco, y su estado de salud físico-mental, entre otros, que serán descritos en este apartado.

#### *Características Sociales*

Dentro de las características sociales (ver Figura 14), se incluirán la prevalencia, la edad, la escolaridad y las actividades de subsistencia que serán explicados a continuación.

A nivel mundial, prevalecen los hombres en un 70-80% y el rango de edad de los menores y jóvenes en situación de calle oscila entre los 10-15 años (Aderinto, 2000; Alia, Shahabb, Ushijima y de Muynckc, 2004; Irwanto, 2002; K. Lalor, 1999; Mejía-Soto, Rea, Anaya & Sumano, 1998; Torres-de Carvalho et al., 2006; Vélis, 1995; Volpi, 2002). En México, fluctúa entre los 6-17 años de edad (De Anda, 1992; A. Hernández, 2005a; Núñez, 1997; UNICEF & DIF, 1999), predominando en las mujeres las de 13-14 años; mientras que en los hombres los de 14-17 años de edad (COESNICA, 1992). De hecho, seis de cada diez menores en la Ciudad de México, abandonaron su hogar antes de cumplir los 14 años de edad (UNICEF & DIF, 1996). Cabe destacar que tanto a nivel nacional como internacional a mayor edad, mayor la probabilidad de huir del hogar porque se tienen más habilidades, herramientas, capacidades y recursos para subsistir. Del mismo modo, a menor edad, mayores posibilidades de ser víctima de las condiciones de vida callejeras: explotación sexual y laboral, acoso, maltrato físico y psicológico, sexo remunerado, realización de actividades ilícitas para subsistir y de conductas de riesgo (p. ej.: uso y abuso de sustancias, actividades delictivas, asociación con grupos de riesgo, actividad sexual de riesgo, etc.) (L. Edinburgh & Saewyc, 2009).

Los infantes en situación de calle tienen mayores dificultades para concluir la educación básica por presiones de orden económico, por falta de los materiales suficientes para estudiar y aún porque, principalmente en el caso de las niñas, deben asumir tempranamente roles de adultos dentro de su hogar para liberar el tiempo de su madre, quien debe salir a trabajar fuera para sostener a la familia (Barragán-Rodríguez, 2010; Barreiro et al., 2004; L. Calderón, 2003; CANICA, 2006; Fait, 2008; Flores, Mercado & Soto, 2009; A. Hernández, 2008; ISNA, 2006; Leñero, 1998; Lucchini, 1996; Marinero, 2006; Minnicelli, 2004; Pierre, 1996; Pinzón-Rondón, Briceño, Gómez & Latorre, 2003; M. Raffaellia & Koller, 2005; Y. Rodríguez, 2003; T. Sullivan, 2002). De hecho, el 50% de los adolescentes que trabajan no asisten a la escuela (Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura [OEI], UNESCO, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación [IIPE] & Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina [SITEAL], 2008). Lo que es más, para sus familias, la educación es vista como poco motivadora por no generar ingresos a corto plazo (Domínguez, Romero & Paul, 2000; D. Fernández, 1995; Guareschi et al., 2003; INEGI, 2004). Respecto a este punto cabe destacar que a las niñas se les restringen más

las oportunidades educativas, laborales, de capacitación y recreación (Annan, 2001; Educación sin Fronteras, 2007; FAI Save the Children México, 2007; Godard, 2003; Grima & Le Fur, 1999; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Lenon, 2000; Ovidio-López, 1990; Wesely, 2009). Esta situación las hace ser más vulnerables que los varones (Stermac & Paradis, 2001).

Como tal, comúnmente sólo llegan al cuarto grado de primaria, presentando, así, dificultades cognitivas, para leer y escribir y deficiencias de lenguaje, y perdiendo, en consecuencia, la oportunidad de adquirir los conocimientos y habilidades que en el futuro les permitirían integrarse a la sociedad en circunstancias menos vulnerables (Alor-Luna, 1999; Oakley & Salazar, 1993; PREVIO e INEGI, 1998). Adicionalmente, su rendimiento escolar deficiente, su trayectoria académica inestable y caracterizada por elevadas tasas de ausentismo, son producto del deterioro físico, cansancio y falta de concentración que son consecuencia de las labores que ejercen para colaborar con la familia en su manutención y, en ocasiones, para su propia subsistencia (Estefanía, 2005; Kongtip, Thongsuk, Yoosook & Chantanakuk, 2006; Liebel & Martínez, 2009; Mansilla, 1989; Palomas, 1999; Pinzón-Rondón, Koblinsky, Hofferth, Pinzón-Flores & Briceño, 2009; Pojomovsky, 2008a, 2008b; E. Taracena, 2002). Por ejemplo, en México, sólo cuatro de diez niños que ingresan al Sistema Educativo Nacional terminan la primaria (K. Juárez, 2007). En este sentido, el trabajo infantil y adolescente constituye una ilustración precisa de la ruptura del vínculo de una familia con la escuela, en el momento en que ésta ya no puede prescindir del trabajo de sus miembros jóvenes, aún a costa de resignar oportunidades a futuro (OEI, UNESCO, IPE & SITEAL, 2008).

Este aspecto es fundamental, pues existen relaciones lineales entre el nivel educativo del niño, la edad de la primera expulsión del hogar, las actividades de sobrevivencia y el número de niños en situación de calle que conoce (Dimenstein, 1994; Llorens et al., 2005; P. Martínez et al., 2007; Medina & Velázquez, 1992; ONU & CEPAL, 2001; E. Ponce, 1987; Rodríguez-Gabarrón, 1993; T. Rodríguez et al., 2007). Cuanto mayor es el último grado escolar aprobado por el niño; es decir, mientras más tarde desertó o fue expulsado del sistema educativo, mayor es la edad de su primera salida del hogar hacia la calle. De igual manera, es menor la probabilidad de robar, prostituirse y mendigar para sobrevivir; y menor es el número de niños en situación de calle que el pequeño conoce y frecuenta (Ossa, 2005). Así mismo, el incremento en un año en la educación de un niño va asociado a una reducción de un 20-40% en la probabilidad de que el niño sea trabajador del hogar, trabajador de tiempo completo o combine el trabajo con la escuela en oposición a que el niño sea estudiante de tiempo completo (Post, 2003). Respecto a este punto, es importante mencionar que el grado de escolaridad de los padres constituye un importante factor de riesgo para los infantes porque la poca preparación académica limita la obtención de una mayor cantidad de ingresos para la manutención familiar (Eroles et al., 2001; Espínola et al., 1989; Fletes, 1999; UNICEF & DIF, 2004; Urueña, Tovar & Castillo, 2009), y de una mejor estimulación para sus hijos (Helander, 2008). También, al tener un bajo nivel académico, los padres no se preocupan por proporcionar una educación a sus hijos ya que consideran que es más importante la obtención de ingresos que su aprovechamiento escolar (Montesinos & Pagano, 2010; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a; Riquer-Fernández, 1998a). Por ejemplo, en América Latina, la educación de la madre ha demostrado tener efectos: entre las personas jóvenes de las áreas urbanas cuya madre tiene baja educación, más del 40% llegan a desertar del sistema educativo formal, cifra que alcanza el 55% en las zonas rurales. En cambio, entre aquellas personas cuya madre ha completado al menos la educación primaria, la proporción desciende al 15% en las zonas urbanas y al 34% en las rurales (L. Calderón, 2003). Razón por la cual, la educación de la mujer se considera predictor universal de efectos en salud de los hijos, pues el abandono escolar, la edad de inicio de relaciones sexuales, el primer embarazo y otras circunstancias, se incrementan a

medida que la escolaridad de la madre es menor (Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Secretaría de Salud [SSA], 2002). En México, las tasas de participación de los niños y las niñas presentan un comportamiento descendente a medida que aumenta la escolaridad del padre; pero después de que éste terminó la primaria, el porcentaje de niñas insertas en el trabajo es ligeramente mayor al de los niños (INEGI, 2004). De ahí que un año de incremento en la educación del jefe del hogar reduce entre 10-20% la probabilidad de que el hijo(a) sea trabajador del hogar o trabajador de tiempo completo en oposición a estudiante de tiempo completo (Post, 2003). Consecuentemente, si el padre tiene un empleo en la economía formal y un determinado nivel académico, disminuye la probabilidad de que tanto niñas como varones combinen el estudio con el trabajo dedicándose, de esta forma, únicamente a sus actividades escolares (Levinson et al., 2001; Riquer-Fernández, 1998b; Robles-Vásquez, 2004). Adicionalmente, a medida que se incrementa la edad del infante y a mayor número de hijos en la familia, aumenta la probabilidad de realizar actividades laborales y disminuye la posibilidad de estudiar (Urueña et al., 2009).

Los niños y jóvenes trabajadores son aquéllos que ejercen ocupaciones remuneradas o no en el mercado productivo por una hora o más a la semana, que están buscando trabajo o que realizan oficios domésticos como actividad principal por quince o más horas semanales (Pedraza & Ribero, 2006).

En América Latina, uno de cada cuatro niños trabaja para subsistir (Calderón-Gómez, 2003); y en México, el 50% de la población infantil se encuentra fuera del ámbito escolar (Cordera et al., 2008). Igualmente, los padres consideran que el que los menores trabajen los hace más responsables y maduros (Barr-Dinn, 1995; Dibujando un Mañana, 2008; B. Gutiérrez, 1992; Picornell, 2006), independientes (Castro-Cavero, 2008; OIT, 2000; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; M. Raffaellia et al., 2000), que constituye un aprendizaje (Godard, 2003; Mendelievich, 1980), y que contribuye a su capacitación, formación y adquisición de habilidades y destrezas para la vida adulta (QUIERA et al., 1999).

Por otra parte, la mayoría de los niños y jóvenes destina sus ingresos a su familia para contribuir con la manutención y para sus productos escolares. De igual forma, para subsistir (alimento, vestimenta, vivienda, etc.), consumir drogas, alcohol y tabaco y para actividades recreativas y lúdicas como serían, por ejemplo, el jugar maquinitas, el asistir a centros de diversión, comprar dulces y películas, entre otros. Aunado a lo anterior, el consumo de drogas es mayor entre aquéllos que no destinan nada de su ingreso para el apoyo familiar en comparación con los niños y adolescentes que destinan todo su ingreso para cubrir las necesidades de la familia (UNICEF, DIF & PNUFID, 1999).

De acuerdo con varios autores (M. Benítez et al., 2000; CDHDF et al., 1996; Crane, Boccara & Higdon, 2000; Figa et al., 1995; E. García, 1998; Gjermania et al., 2007; F. Gutiérrez, De la Vega & Zúñiga, 1985; R. Gutiérrez & Vega, 1992; A. Hernández, 2005b; Menín, 2003; Y. Rodríguez & López, 2009; UNICEF, 2006a), las labores que los menores o jóvenes realizan como medio de sobrevivencia se agrupan en tres categorías generales:

1. Actividades laborales convencionales.- Para designar los trabajos que realiza el menor relacionado con la producción, el mercado o los servicios, como serían: la venta ambulante y lustrar zapatos, en plantaciones o manufacturas de todo tipo. Se trata de una actividad en la que el niño está fuera de su familia y de la escuela. Comúnmente, son remunerados con salarios inferiores a los de los adultos y, por consiguiente, inferiores a su supervivencia. Son usados incluso para prescindir de la mano de obra adulta ya que no cuentan con contrato de trabajo, siendo mínimas sus prestaciones. Ante lo cual, puede afirmarse que son laboralmente explotados

por la inexistencia de una adecuada legislación laboral que los proteja.

2. Actividades marginales.- Para designar las actividades de sobrevivencia que realiza el niño que son rechazadas por la sociedad como la prostitución; y
3. Actividades infractoras.- Para designar las que pueden causar perjuicio físico o material a terceros o contra bienes, muebles e inmuebles, y que si un adulto las realiza, es sometido a la legislación penal vigente. Como ejemplos de este tipo de labores destacan: el robo, el secuestro y la venta de drogas.

Otros autores (Espinosa-Yáñez, 1997; Guillén & Valenzuela, 2007; Jones, 2009; ONU, 2006), adicionalmente añaden las siguientes categorías:

4. Doméstico o no remunerado. Es efectuado en el seno de la familia misma por las niñas que ayudan a su madre en la casa en actividades intensivas y de duración relativamente larga. Impide una escolarización regular.
5. No doméstico y no remunerado. Es el caso más frecuente de los niños y adolescentes que trabajan con su padre y este tipo de labor se encuentra sobre todo en las zonas rurales, donde los menores van a los campos o cuidan los rebaños. La duración de este empleo depende en primer lugar del tipo de cultivo practicado. Así, en las regiones tropicales secas, en las que el periodo productivo no es más que de tres a cuatro meses, todos los integrantes del hogar son requeridos para un trabajo intenso que impide toda escolarización durante esas semanas. En otros climas, las circunstancias pueden ser diferentes y los niños pueden eventualmente frecuentar la escuela a tiempo parcial. En todos los casos, este trabajo no favorece la escolarización integral. El empleo en este sentido es visto por los campesinos como una forma de aprendizaje.

Respecto a diferencias por sexo, se ha observado que las ocupaciones que desempeñan los hombres son más diversificadas que las que realizan las niñas pues la mayoría de ellas se dedica a la venta ambulante y al servicio doméstico (Dubaniewicz, 1997; García-Ugarte, 1989; Medina-Mora et al., 1997; OEI, UNESCO, IPE & SITEAL, 2008; Roze et al., 1999; Trinidad, 1998; UNESCO, 1995; UNICEF & DIF, 1996, 2004). Empero, tomando en cuenta el quehacer doméstico, las niñas dedican más tiempo a sus labores que los niños (Levison, Moe & Knaul, 2001; OIT, 2000; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c; Roze et al., 1999; UNESCO, 1995).

Concerniente a diferencias por edad, se ha encontrado que los menores que se convierten en jóvenes de la calle ya no pueden emplear las estrategias de supervivencia utilizadas previamente tales como pedir limosna, limpiar parabrisas, tirar la basura o hacer mandados pues, por su edad, sufren una mayor marginación, discriminación y rechazo sociales. En ese momento se ven obligados a buscar otras actividades en ocasiones ilegales (Barragán-Rodríguez, 2010; Medina-Mora & Ortiz-Castro, 1995), o a depender de las labores de los de menor edad para subsistir (L. Aptekar, 1989b).

Un importante aspecto de los niños que sin una residencia fija o estable lo constituye el tiempo, porque determina su grado de arraigo y afecta las posibilidades reales de desvincularse de una vida transitoria (Aguirre, 2010; EDNICA et al., 2010; P. Martínez et al., 2007; Peschard, 1992; Saucedo & Taracena, 2011; Schwinger, 2007; S. Thompson et al., 2010). También, el trabajar dentro del sistema de economía informal incrementa la probabilidad de incurrir en la delincuencia, la prostitución y el consumo y venta de drogas (Medina-Mora, 2000; Mendelievich, 1980; Sauri-Suárez, 2009, UNICEF et al., 1999). De igual manera, a medida que la edad de la población infantil aumenta, la probabilidad de insertarse en el trabajo económico y doméstico también tiende a crecer (INEGI, 2004). Como tal, el arraigo de los menores a una vida transitoria pone en grave riesgo su integridad física y emocional (DIF, 2006).

En resumen (ver Figura 14), las características sociales de los menores y jóvenes en situación de calle resaltan las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran, que, de no atenderse, repercutirán en su integridad física y psicológica menoscabando, de esta forma, su bienestar biopsicosocial.

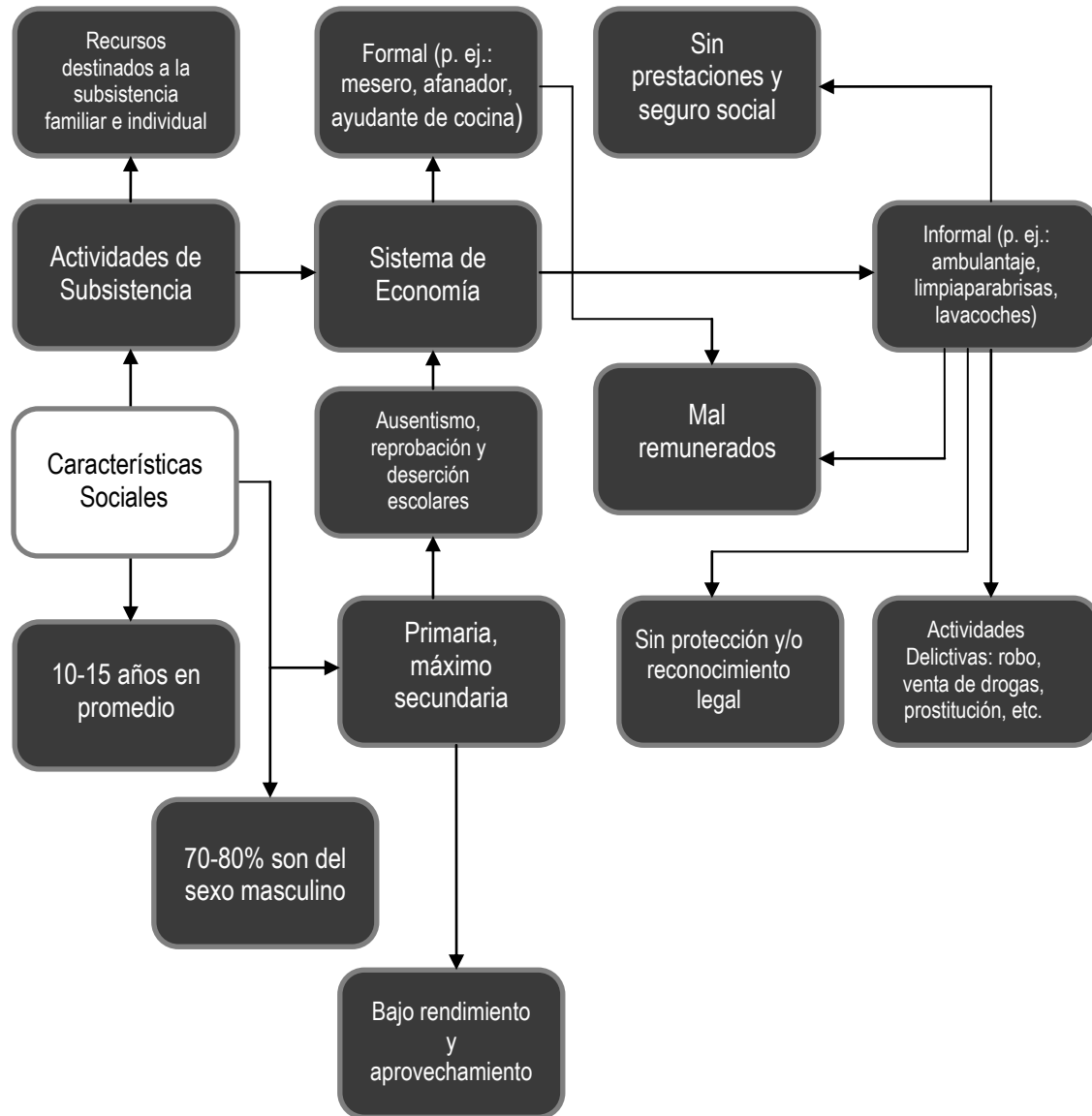


Figura 14. Resumen de las características sociales del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

Una vez abarcadas las características sociales de la población en cuestión, ahora en el apartado siguiente se hablarán sobre cuestiones referentes a la salud de los menores y jóvenes en situación de calle.

#### *Características relacionadas a la Salud*

Como parte de las características relacionadas a la salud (ver Figura 15), se incluyen diversos aspectos tales como el uso y abuso de sustancias y el estado de salud físico-mental que en breve serán retomados y explicados de manera general.

Con respecto al uso de sustancias tóxicas, usualmente consumen inhalantes por su fácil disponibilidad y bajo costo, bebidas alcohólicas como cerveza, y cigarros. Se calcula que de los 40 millones de niños en situación de calle en América Latina, el 70% son adictos a los inhalantes como el pegamento y el thinner. Empero, también consumen cocaína y marihuana y, en menor proporción, el consumo vía intravenosa (De Moura, Harpham & Lyons, 2003; Dimenstein, 1994; Forster, Tannhauser & Barros, 1996; García-Ugarte, 1989; Grima & Le Fur, 1999; R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1992; Kudrati, Plummerb & Dafaalla, 2008; K. Lalor, 1999; Llorens, 2005; Marinero, 2006; Martínez-Falcón, 1997; Matus & Piña, 2001; Mejía-Soto, 1998; P. Murrieta, 2008; Peebles et al., 2008; PNUFID, 1998; Pojomovsky, 2008a, 2008b; UNICEF & DIF, 2004). B Harris (2000) menciona que por lo menos el 90% consume inhalantes diariamente. De hecho, de cada diez menores en situación de calle, siete son adictos (Pineda, 2009; UNICEF & DIF, 1996; M. Velázquez, 2001), y el promedio de edad de quienes han consumido por lo menos algún tipo de estimulante es de diez años (Calderón-Gómez, 2003; Desarrollo Humano y Social, 2010; Macedo, 2003). Igualmente, a menor edad, se incrementa el consumo de droga (Lucchini, 1996; UNICEF et al., 1999), y es mayor la probabilidad de volverse adictos (Kauffman, 2005). En contraste, Medina-Mora (2000) señala que el consumo aumenta con la edad. Es alrededor de tres veces más frecuente que un niño que ha cumplido los 12 años fume, beba alcohol o use drogas como la marihuana o la cocaína. Así mismo, respecto a diferencias por sexo, se ha observado que las mujeres consumen inhalantes con mayor frecuencia que los hombres quienes adicionalmente consumen marihuana y cocaína principalmente.

El consumo de droga les permite ajustarse y enfrentar su realidad mediante la evasión, dado que las drogas satisfacen aparentemente necesidades básicas como la falta de alimento. Además, constituyen una forma de evitar el dolor tanto físico como psicológico y de pertenecer a un grupo determinado. Consecuentemente, pueden convertirse en un medio de supervivencia en la calle. De igual forma, son utilizadas para reducir la ansiedad y el temor; sentimientos que posiblemente se presentan ante la falta de afecto y cariño (A. Bautista & Conde, 2006; H. Benítez, 2000; Capuzzi & Gross, 2008; CDHDF et al., 1996; COESNICA, 1992; Cornejo, 1999; Dimenstein, 1994; Educación sin Fronteras, 2007; Entrena, 2001; Grima & Le Fur, 1999; Guareschi et al., 2003; R. Gutiérrez & Vega, 1999, 2003; B. Harris, 2000; A. Hernández, 2006; Lucchini, 1996; Núñez, 1997; Oakley & Salazar, 1993; ONU & CEPAL, 2001; Ovidio-López, 1990; Pierre, 1996; QUIERA et al., 1999; Sauri-Suárez, 2009). Aunado a lo anterior, constituye un medio de desinhibición sexual, incrementa la actividad sexual sin protección y el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como el SIDA o VIH (Jones, 2009; Scanlon et al., 1998).

Es importante mencionar que el consumo de drogas y/o alcohol pudo haberse iniciado en la comunidad, facilitadora de ellas, y/o en el núcleo familiar del menor, pues es usual encontrar algún problema de adicción en los parientes, incluyendo los padres. Adicionalmente, eventos traumáticos a temprana edad, como sería un abuso sexual, son desencadenantes de este problema en los niños (E. Roy, Nonn & Haley, 2007). Razón por la cual, ante la carencia de una unidad familiar estable, es más probable que los niños consuman drogas y/o alcohol y se involucren en actividades delictivas (Forster et al., 1996; Kauffman, 2005; Medina-Mora & Ortiz-Castro, 1995; Torres-de Carvalho et al., 2006; Trinidad, 1998; UNICEF et al., 1999).

Referente a su estado de salud, usualmente su salud física se deteriora a medida que transcurre el tiempo sin una residencia fija o estable ante la carencia de atención médica, su mala alimentación, debido al consumo de sustancias adictivas y a la falta de higiene y de lugares para dormir y resguardarse (Alor-Luna, 1999; Barreiro et al., 2004; ISNA, 2006; Cepero, 2006; DIF, 2006; Estefanía, 2005; Flores et al., 2009; Gurrola, 1998; Llorens et al., 2005; Mansilla, 1989; P. Martínez et al., 2007; Menín, 2003; Núñez, 1997;

Ossa, 2005; T. Rodríguez et al., 2007; Y. Rodríguez & López, 2009; UNICEF, 2006a; UNICEF & DIF, 1999; Volpi, 2002).

Frecuentemente presentan desnutrición crónica, que es causa de defectos en el crecimiento, el desarrollo intelectual y la respuesta inmunológica (Barr-Dinn, 1995; Desarrollo Humano y Social, 2010; Eroles et al., 2001; Espínola et al., 1989; PREVIO e INEGI, 1998; Riquer-Fernández, 1998a; L. Whitbeck et al., 2005). Debido a ello, tienen baja estatura y peso en relación a su edad. En México, cada 24 horas mueren al menos 500 menores por desnutrición y el 90% de la población infantil padece algún grado de desnutrición (D. Fernández, 1995).

Dentro de las enfermedades físicas que padecen destacan las siguientes: tuberculosis, tifoidea, infecciones gastrointestinales y parasitosis en el aparato digestivo, anemia, infecciones respiratorias (laringitis, bronquitis y neumonía) y dérmicas (micosis, escabiosis, sarna, piodermatitis, acarosis y pediculosis). Es común que tengan problemas buco dentales como las caries o la gingivitis y que contraigan múltiples enfermedades venéreas como herpes genital, gonorrea, sífilis, clamidia, chancro, papiloma, candidiasis, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, vulvovaginitis, VIH y SIDA, además de infecciones y micosis en el área genital. Resulta difícil obtener información referente a la incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en esta población puesto que, por su falta de conocimiento de estos padecimientos, si llegan a presentar secreción vaginal, uretral o alguna lesión, para ellos llega a ser normal. Aunado a lo anterior, no cuentan con los recursos y el apoyo necesarios para acudir a los servicios médicos y éstos muchas veces no son aptos para atender tales demandas (Bobadilla, 2001; Castro-Cavero, 2008; Palomas, 1999; T. Sullivan, 2002; UNESCO, 1995; UNICEF & DIF, 1996). Así mismo, frecuentemente cuentan con síntomas no específicos como cefaleas, dolores abdominales, alergias y náuseas.

Por último, suelen tener trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de la conducta (L. Aptekar, 1989a, 1989b; Berdahl, Hoyt & Whitbeck, 2005; Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales, 2002; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Tejeda, 2009), como esquizofrenia, conducta antisocial, paranoia, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Lo que es más, por lo menos un 25% tienen desórdenes de personalidad (Dubaniewicz, 1997). El padecimiento de dichos trastornos usualmente es resultado del abuso y descuido por sus familias generando, así, un comportamiento socialmente inadaptado que tiende a persistir hasta la adultez. Dentro de otros factores de riesgo para la presentación de un trastorno mental en niños, niñas y adolescentes se encuentran: un pobre estado de salud, un bajo nivel socioeconómico, alcoholismo, uso y abuso de sustancias y una deficiente socialización con personas de la misma edad (Berdahl et al., 2005; Obradovic, 2009; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Trinidad, 1998).

En resumen (ver Figura 15), las características relacionadas a la salud de los menores y jóvenes en situación de calle los coloca en un estado de extrema vulnerabilidad porque deterioran su integridad física y psicológica menoscabando, de esta forma, su bienestar biopsicosocial

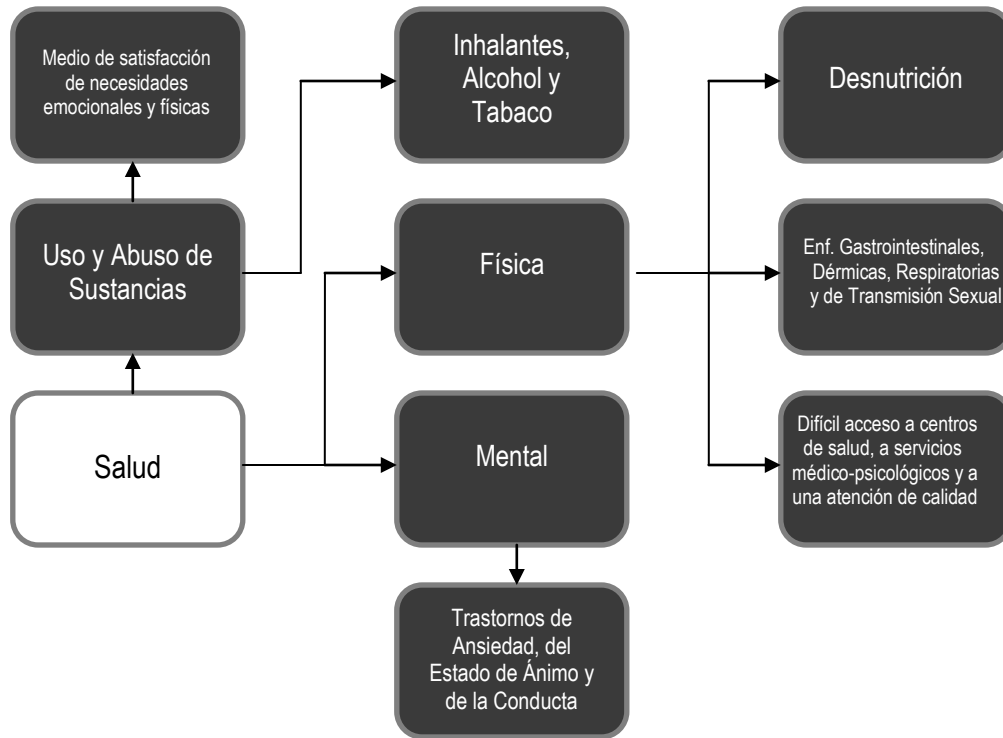


Figura 15. Resumen de las características relacionadas a la salud del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

### Vida Sexual

La sexualidad es inherente a la vida del hombre y la mujer. No es asunto que pueda dejarse de lado ni concierne sólo a la etapa adulta. De hecho, el niño desde que nace va integrando a su vida cotidiana elementos de ella, que bien pudieron haberse aprendido mediante la familia, la escuela o su entorno social (Palomas, 1999). Incluye no sólo al sexo, sino también al género, al afecto, al amor, a la orientación sexual y la reproducción, entre otros. Así, la sexualidad como parte inherente a los seres humanos se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales (Lencinas, 2009). Como la vida sexual atañe al individuo repercutiendo en su quehacer cotidiano, es importante tener una descripción general de la misma para, desde una perspectiva cognitivo-conductual, conocer y tomar en consideración los factores inherentes a las problemáticas que aquejan a dicha persona.

En los menores o jóvenes en situación de calle, la sexualidad puede llegar a ser una vía para la búsqueda de afecto, de contacto y de cercanía (Castro-Cavero, 2008); y no sólo una actividad en donde no se involucra más que el cuerpo. Adicionalmente, representa una forma de ejercer dominio y poder sobre otros (Scanlon et al., 1998).

A nivel mundial, los infantes en situación de calle comienzan su vida sexual entre los 10-11 años (Bobadilla, 2001). En contraste, Barragán-Rodríguez (2010) menciona que ésta empieza entre los 13-15 años. En México, cuatro de cada seis niños en situación de calle inician su vida sexual entre los 5-9 años de edad (UNICEF & DIF, 1996). Respecto a este punto, cabe destacar que a menor edad de la iniciación sexual, aumenta la actividad sexual sin protección (Torres-de Carvalho et al., 2006), es mayor la posibilidad de embarazarse, de vivir la parentalidad temprana y de contraer una infección de transmisión



sexual (Kauffman, 2005), es mayor el número de parejas sexuales (Palacios & Andrade, 2006) y la probabilidad de que incursionen en la prostitución (DeMatteo et al., 1999), que se refiere al uso sexual comercial que hacen las personas de su propio cuerpo (Rivera-Reyes, 2009), y es una actividad ejercida principalmente por niñas y adolescentes (Barr-Dinn, 1995; Cordera et al., 2008; DIF, 2006; Dimenstein, 1994; Harvey, 2005; Medina-Mora et al., 1997; Pojomovsky, 2008a, 2008b; E. Ponce, 1987; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Trinidad, 1998; Viera-Dornelles, 2009). Así mismo, las relaciones sexuales tempranas son diez veces más frecuentes entre aquéllos que han consumido drogas que entre los que no las han usado (UNICEF et al., 1999).

Aunado a lo anterior, son un grupo social que cambia de pareja sexual con frecuencia y que tiene relaciones sexuales sin protección y bajo los efectos de las drogas y el alcohol.

La experiencia sexual se puede presentar en la calle en el contexto de la vida en grupo, ya sea como producto de las condiciones de hacinamiento, como arreglo de cuentas o como forma de intimidación. Esto es, se refiere al comercio de sexo (sexo recompensado o remunerado) para obtener refugio, comida, protección, drogas o dinero (S. Booth, 2006; CDHDF et al., 1996; Fait, 2008; Ferguson, 2007; B. Gutiérrez, 1992; B. Marshall & Wood, 2009; Ossa, 2005; K. Tyler & Johnson, 2006b; UNESCO, 1995; Viorst et al., 2009), siendo en ocasiones una práctica involuntaria. O se puede presentar antes de vivir en la calle como producto de un abuso sexual intrafamiliar conduciendo a que el pequeño presente, entre otras dificultades, depresión, culpa, baja autoestima, problemas de confianza y de socialización, miedo a la intimidad y a la oscuridad, ideación e intento suicida, daño en el sentido de control, ira reprimida, hostilidad, retraimiento, agresión, uso y abuso de sustancias (Busen & Engebretson, 2008; Calderón-Gómez, 2003; Capuzzi & Gross, 2008; Cepero, 2005; FAI Save the Children México, 2007; R. Gomes, 1994; E. González, 1996; R. Gutiérrez & Vega, 1992; R. Johnson, Rew & Kouzekanani, 2006; R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006; E. Moore et al., 2010; Ortín, 2003; Peleikis, Mykletun & Dahl, 2004; Picornell, 2006; Righthand, Kerr & Drach, 2003; Rotheram-Borus, 1993; S. Thompson, Bender & Kim, 2011; K. Tyler et al., 2000; L. Whitbeck et al., 2000; K. Yoder, 1999), a que lleven a cabo conductas de automutilación (K. Tyler, Whitbeck, Hoyt & Johnson, 2003), a un pobre manejo y control de emociones (J. Kim & Cicchetti, 2010), a la realización de actividades sexuales de riesgo (M. Taylor-Seehafer, Rew & Sternglanz, 2005), dentro de las cuales se encuentran las prácticas de sexo recompensado (J. Greene, Ennett & Ringwalt, 1999; K. Tyler, 2009) y la prostitución (Harding & Hamilton, 2009), a que sufra mayor maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico en las calles (Harding & Hamilton, 2009; M. Kim et al., 2009; K. Tyler & Johnson, 2006a), a que padezca ansiedad (Tonmyr, Williams, Hoydestad & Draca, 2011) y estrés postraumático (Brunette & Drake, 1998; Schumm, Briggs-Phillips & Hobfoll, 2006; L. Whitbeck, Hoyt, Johnson & Chen, 2007), a un inicio temprano de la vida sexual (L. Thrane & Chen, 2010) y a ser víctima de la explotación sexual comercial (K. Tyler et al., 2001; L. Whitbeck et al., 2004). En los varones lleva al consumo de alcohol y al padecimiento de sintomatología depresiva (Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama & Puren, 2010). En las mujeres, incrementa la probabilidad de ser violadas, de que realicen conductas de automutilación, de que padezcan desórdenes psiquiátricos con mayor frecuencia como el estrés postraumático y la depresión (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999; Peleikis et al., 2004) y de que consuman alcohol (Jewkes et al., 2010). Abuso es cualquier situación en que una persona que tiene poder sobre otra u otras utiliza este privilegio para obtener provecho personal sin tomar en cuenta lo que los demás pueden querer, sentir o necesitar. Hay distintas formas de tener poder como, por ejemplo, la diferencia de edad, sexo, autoridad, fuerza física y la manipulación de sentimientos; y el abuso sexual se refiere a la procuración de gratificación sexual, irrespetando y desconociendo los sentimientos y deseos de quienes hace participar en sus acciones (American Psychological Association [APA], 2010; Carro

et al., 1995; C. Fujimura, 2005; ONU, 2006). Puede ser con o sin contacto físico. El primero va desde la violación anal, vaginal u oral, hasta los tocamientos intencionales de zonas sexuales con o sin agresión. El segundo son actos como el exhibicionismo, la utilización del menor para pornografía o las solicitudes y actos indecentes ante un infante (Balcells & Alsinet, 2000; E. González, 1996; Helander, 2008; Lebrero & Quicios, 2005; ONU, 2006; Picornell, 2006; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Righthand et al., 2003).

Por otra parte, los menores y jóvenes en situación de calle poseen escasa información y conocimientos sobre su sexualidad. Desconocen áreas importantes de su anatomía y fisiología (Mansilla, 1989; PNUFID, 1998; L. Vega et al., 2002) y sobre cómo cuidarse. De hecho, en México, tan sólo el 13.1% de la población adolescente siempre ha usado condón en sus relaciones sexuales (Palacios & Andrade, 2006). Así mismo, el ambiente de la calle no es el mejor para que los niños y los jóvenes aprendan acerca de la sexualidad, dado que en él se generan muchos mitos, prejuicios y distorsiones (Barreiro et al., 2004; Jones, 2009; L. Vega et al., 2002). Por ejemplo, las niñas no saben acerca de su ciclo reproductivo pues pueden pensar que cuando tienen retrasos en su menstruación les puede bajar si ingieren jabón (Pierre, 1996). Adicionalmente, tienen falsos prejuicios sobre el embarazo porque si después de largos periodos de mantener relaciones no se embarazan, concluyen que son estériles (A. Bautista & Conde, 2006; H. Benítez, 2000).

Referente a diferencias por sexo, se ha observado que las niñas en situación de calle son víctimas potenciales de abuso y explotación sexual por su grupo de pares, de sus familiares y otros adultos incluyendo las autoridades, en mayor medida que los hombres (De Rueda, 2007; Demetrio, 2006; Entrena, 2001; Espínola et al., 1989; D. Fernández, 1995; K. Lalor, 1999; Liebel & Martínez, 2009; Medina-Mora, 2000; Medina-Mora et al., 2000; OIT, 2004; Panter-Brick & Smith, 2000; PNUFID, 1998; QUIERA et al., 1999; M. Raffaellia et al., 2000; Salter, 2003; UNICEF & DIF, 2004; Vera et al., 2002; Volpi, 2002). Lo que es más, son víctimas de abuso sexual a una tasa tres veces mayor que los varones (Capuzzi & Gross, 2008; Kahneman et al., 1999).

Finalmente, es importante destacar que la población callejera no cuenta con un acceso fácil a los sistemas institucionales de salud. Aunado a lo anterior, las organizaciones de asistencia privada carecen de instalaciones y personal adecuado para realizar una evaluación médica integral que permita emitir un diagnóstico preciso y proporcionar el tratamiento indicado. De igual manera, una de las principales reglas de todas las instituciones de niños en situación de calle es no tener relaciones sexuales dentro de ellas. Es un paso difícil de dar para el varón o niña que ha permanecido sin una residencia fija o estable con una vida sexual activa ya que tal vez ésta sea la única forma que conozca de relacionarse con los demás (P. Murrieta, 2010; Sauri-Suárez, 2009).

Como puede observarse (ver Figura 16), la actividad sexual de los menores y jóvenes en situación de calle los hace propensos a padecer un sinnúmero de riesgos como serían las infecciones de transmisión no sexual, los embarazos no deseados y la explotación sexual comercial, entre otros. De ahí la importancia de abordar dicha temática con este tipo de poblaciones que permitan proporcionar orientaciones adecuadas que les brinden una concepción clara sobre el ejercicio sano de su sexualidad evitando, de esta manera, detrimentos a su estado de salud física-mental. Así mismo, de acuerdo con Lencinas (2009), al no fomentar una educación integral de la sexualidad se promueve:

- Una mayor vulnerabilidad al abuso sexual pues los menores aprenden que de sexualidad no hay que hablar. Ante lo cual, no reciben la confianza suficiente para denunciar la situación que están viviendo. Construyen la vivencia de la sexualidad como algo profundamente negativo en la que se encuentran desvalorizadas sus necesidades y emociones.

- Una menor efectividad para la toma de decisiones ante situaciones que incluyen aspectos de la sexualidad, por ejemplo, la toma de decisión sobre el inicio de las relaciones sexuales.
- Una conducta sexual basada en el deseo de los otros y no en los propios, por ejemplo, la exigencia del uso del condón.
- Una mayor incidencia de embarazos no deseados puesto que hay menos posibilidades de reconocer los cambios puberales, suele no haber conocimientos veraces sobre la anticoncepción y el cuidado del cuerpo, así como del manejo de emociones ante las distintas situaciones que se viven acerca de la sexualidad.
- Una mayor vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual dado que no hay información clara sobre el sexo seguro.

En México, no existe una educación sexual formal. Los textos utilizados y las dinámicas para tratarla tocan principalmente anatomía y fisiología de los aparatos reproductores del hombre y de la mujer (Villagrán & Perelló, 2006).

Por consiguiente, aquellas personas que reciben educación desde edades tempranas, suelen conocer y cuidar mejor su cuerpo, son más asertivas para tomar decisiones sin sentirse presionadas y tienen más confianza para hablar abiertamente de las dudas e inquietudes que les generan los diversos aspectos de la sexualidad.

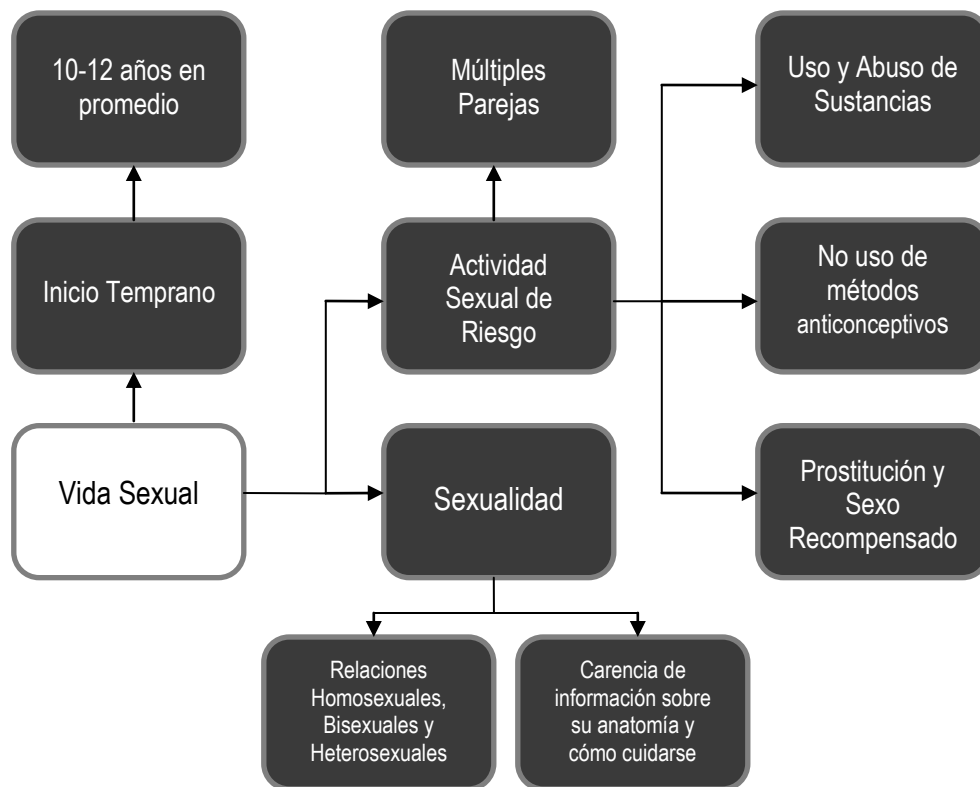


Figura 16. Resumen de las características de la vida sexual del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

### Relaciones Afiliativas: Pareja y Grupo de Pares<sup>2</sup>

De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez-Aragón (2004), las relaciones

<sup>2</sup>Si el lector desea saber sobre la familia, favor de referirse al apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I y al Capítulo II de la presente investigación.

interpersonales son importantes para la sobrevivencia, evolución y significación de los seres humanos porque somos organismos netamente sociales y, por tanto, requerimos de manera genérica y natural de la convivencia cotidiana y de lazos afectivos y de interdependencia para subsistir. Por consiguiente, las relaciones afiliativas son aquellas que satisfacen las necesidades de afecto, apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor, necesidades básicas y determinantes para la supervivencia de la especie. Dichos autores señalan que las relaciones afectivas tienen tres componentes:

- **Biológico:** Se refiere al establecimiento inmediato de determinados patrones de interacción con los cuidadores primarios y con otros humanos afectuosos necesarios para la sobrevivencia del ser humano.
- **Sociocultural:** La forma predominante de establecer relaciones interpersonales viene dada desde un proceso de socialización tradicional que especifica los papeles a jugar en la interacción y las normas que rigen dichos papeles. Por ende, el componente bio-sociocultural se refiere a la necesidad básica del ser humano de vincularse afectivamente con otros a partir de una relación primaria que marca el inicio de su vida afectiva interpersonal.
- **Psicológico:** Mediante los procesos de socialización, endoculturación y aculturación, cada ente sociocultural promueve y asegura que las nuevas generaciones entiendan y hagan suyas las premisas y expectativas que deben regir las formas y maneras de ser en las relaciones interpersonales. La interacción dinámica, dialéctica y constante durante la vida, de las características esenciales a todos los seres humanos, representado en el individuo por sus necesidades biopsíquicas y las pautas marcadas por el marco socio cultural, representado por las premisas socioculturales difundidas en prácticamente todos los ámbitos que rodean al individuo, desembocan en el desarrollo de los rasgos, valores, creencias, actitudes y capacidades que los individuos utilizan en sus relaciones interpersonales. Como tal, el componente psicológico comprende a la persona representada mediante sus actitudes, valores, creencias, rasgos y atributos personales.

Retomando la teoría cognitivo-conductual, su modelo señala que el comportamiento humano es aprendido. Por eso, una serie de aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados de tal manera que la relación que cada individuo tiene con sus referentes significativos influye en su experiencia personal, sobre los demás y el mundo determinado, en parte, sus esquemas cognitivos y conductuales. Razón por la cual, es imprescindible tomar en cuenta las relaciones interpersonales de la persona dentro de la terapia cognitivo-conductual pues de ellas depende el aprendizaje de la conducta que consiste en la formación de relaciones de significados personales, esquemas cognitivos y patrones conductuales particulares. Por ende, si se desean inducir cambios significativos, siempre se debe de considerar al ser humano como agente social inmerso en un grupo sociocultural específico.

El establecimiento de relaciones interpersonales saludables y funcionales aminora los efectos del estrés, reduce la probabilidad de padecer depresión y contribuye al aprendizaje de habilidades de enfrentamiento efectivas. Cuando los niños y adolescentes carecen de apoyo familiar, dependen de los lazos que establecen con su grupo de pares que los puede conducir a adoptar conductas y estrategias de subsistencia que van en contra de las normas sociales establecidas (K. Johnson, Whitbeck & Hoyt, 2005a; Sánchez-Aneas, 2008).

Las relaciones que se establecen con otros niños y jóvenes que carecen de un hogar son importantes como medio de sobrevivencia y fuente de afecto dentro del

ambiente infantil callejero puesto que las interacciones que tienen lugar entre los pares o grupo de iguales con una microcultura propia influyen en el desarrollo de la infancia y la juventud promoviendo seguridad y estabilidad, afecto y comprensión (L. Apteekar, 1989a; Eroles et al., 2001; Lucchini, 1996; Melendro et al., 2000; Picornell, 2006; Sauri-Suárez, 2009).

Para el menor y joven en situación de calle, la pareja es vista como una compañía y forma de protección. Empero no son formales porque es común el estar con una u otra al mismo tiempo (Castro-Cavero, 2008), dado que, para evitar nuevas situaciones de abandono, prefieren no ligarse afectivamente a nadie por temor y, si llegan a hacerlo, lo hacen de manera superficial (Gurrola, 1998).

De igual manera, los juegos entre parejas tienden a ser agresivos verbal y físicamente, y es común que los hombres maltraten a las mujeres incluso durante el embarazo. Si llegan a tener hijos, el amor hacia éstos por la madre es condicionado. Si la pareja continúa, el hijo se ve como parte de la misma. En caso de que la relación termine, no se establece un vínculo lo suficientemente fuerte como para permanecer con ellos. Como resultado, son abandonados y/o descuidados en la calle. En cuanto a los roles desempeñados, el papel del varón será el de ser el principal proveedor de recursos económicos, proteger a la pareja y a sus hijos. El de las mujeres que sean obedientes, sumisas y a que cuiden a sus hijos. Así, se reproduce en ellas la violencia de sus propias familias y la del núcleo social que los rodea (Cárdenas, 2010; Demetrio, 2006). De esta forma, en sus relaciones amorosas reproducen los patrones aprendidos en su núcleo familiar (DIF, 2006).

Respecto a su grupo de pares, éste le permite la supervivencia material, el evadir la realidad y transgredir las normas sociales porque provee a sus integrantes de un sentido de reconocimiento, aprecio, seguridad, solidaridad, protección y pertenencia.

Los miembros del grupo son los responsables de reunir el dinero, la comida y los demás elementos para sobrevivir en la calle. Sus actividades de trabajo están determinadas por la edad de los menores, por la experiencia según el tiempo que tienen en la calle y por la complejidad en la labor a realizar. Por ejemplo, los más pequeños comúnmente se dedican a la mendicidad y a la venta ambulante (Proyecto de Educación a Distancia, 1996a). Usualmente las niñas se encargan de la limpieza, la cocina y el cuidado de los más pequeños.

También, su grupo social reemplaza a la familia porque se reúnen con menores y jóvenes en las mismas circunstancias (Campos-Monteiro & Dollinger, 1998; Demetrio, 2006; Educación sin Fronteras, 2007; Espínola et al., 1989; K. Lalor, 1999; Leñero, 1998; Liebel & Martínez, 2009; Mansilla, 1989; Marinero, 2006; Núñez, 1997; Ossa, 2005; Peschard, 1992; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c; QUIERA et al., 1999; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Scanlon et al., 1998; Trinidad, 1998; UNICEF & DIF, 1999). Lo que es más, COESNICA (1992) menciona que en el Distrito Federal, el 34.3% de los niños ve a sus amigos como sus familiares cercanos. Por lo que, el dejar la calle implica perder a una familia (P. Murrieta, 2008, 2010). Adicionalmente, cuanto mayor sea la desintegración familiar, mayor importancia le dan los menores y jóvenes en situación de calle a la amistad con otros que viven situaciones similares (Sauri-Suárez, 2009); tal y como se ha observado en otras regiones del continente americano como Estados Unidos (M. Taylor-Seehafer et al., 2005). La estructura del grupo funciona sustituyendo al núcleo familiar pues es en tal colectivo sociocultural donde los niños y adolescentes adquieren valores, normas, estereotipos, afectos y formas de comportamiento que interiorizan y emplean para adaptarse a las diferentes etapas de su desarrollo.

Así mismo, como parte de la pertenencia al grupo, se construyen relaciones de poder con base en la conveniencia mutua. Incluso se pueden detectar dinámicas duales en las que están implícitas los acuerdos de solidaridad, cooperación, intercambio y protección entre algunos miembros del grupo (Alor-Luna, 1999; L. Apteekar, 1989b; A.

Hernández, 2006; Jones, 2009; Magazine, 2006). Por ejemplo, la relación entre los menores que viven en la calle por lo general es autorregulada por el mismo grupo, busca ser armoniosa e impone ciertos límites. El varón funge como protector y proveedor. Los miembros más grandes del grupo, de entre 16-18 años aproximadamente, protegen a los más pequeños, quienes mantienen una relación de agradecimiento y fidelidad hacia aquéllos que los protegen compartiéndoles alimentos, objetos o droga y fomentando, así, la relación protegido-protector al presumir su privilegio de ser defendidos por tales o cuales jóvenes y al esperar la aprobación de sus actos y simpatía por éstos.

No obstante, el formar parte de un grupo también conlleva una serie de repercusiones. Comúnmente, los miembros tienen que pagar el precio de su pertenencia que en las niñas suele consistir en actividades sexuales. A los nuevos integrantes, a los más débiles o a los que no han establecido redes dentro del grupo se les somete por la fuerza. Además, existen múltiples conflictos internos como serían la lucha por el liderazgo, por el poder, por el control del grupo y por ocupar las zonas lucrativas de los lugares donde residen. De igual manera, se pueden vincular a grupos cuyo comportamiento está relacionado con la drogadicción y la delincuencia conduciendo, así, al rompimiento total con la familia, la comunidad y la sociedad en general (Almazán-Argumedo, 2009; Danielle-Strickland, 2009; Matus & Piña, 2001; P. Murrieta, 2010; Ovidio-López, 1990; UNICEF et al., 1999).

Por otro lado, las relaciones que mantienen con personas externas al grupo son semejantes a la mayoría de las relaciones interpersonales conocidas pues se establecen como una negociación social en la que se ponen en juego intereses (vigilancia-sobrevivencia de los menores), intercambios simbólicos e inclusive afectos (Barragán-Rodríguez, 2010; R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1992; Saucedo & Taracena, 2011).

Dado lo expuesto anteriormente, queda claro que la interacción social constituye la esencia de la existencia humana al influir en los pensamientos, sentimientos y conductas de los seres humanos. De ahí la relevancia de estudiar las relaciones interpersonales de los menores y jóvenes en situación de calle (ver Figura 17) con el fin de poder conocer los patrones conductuales, emocionales y de pensamiento que rigen su vida diaria y el funcionamiento de los distintos ámbitos en los que se desenvuelven. De esta forma, siguiendo una terapia cognitivo-conductual se pueden inducir cambios benéficos que promuevan el bienestar de este grupo social.

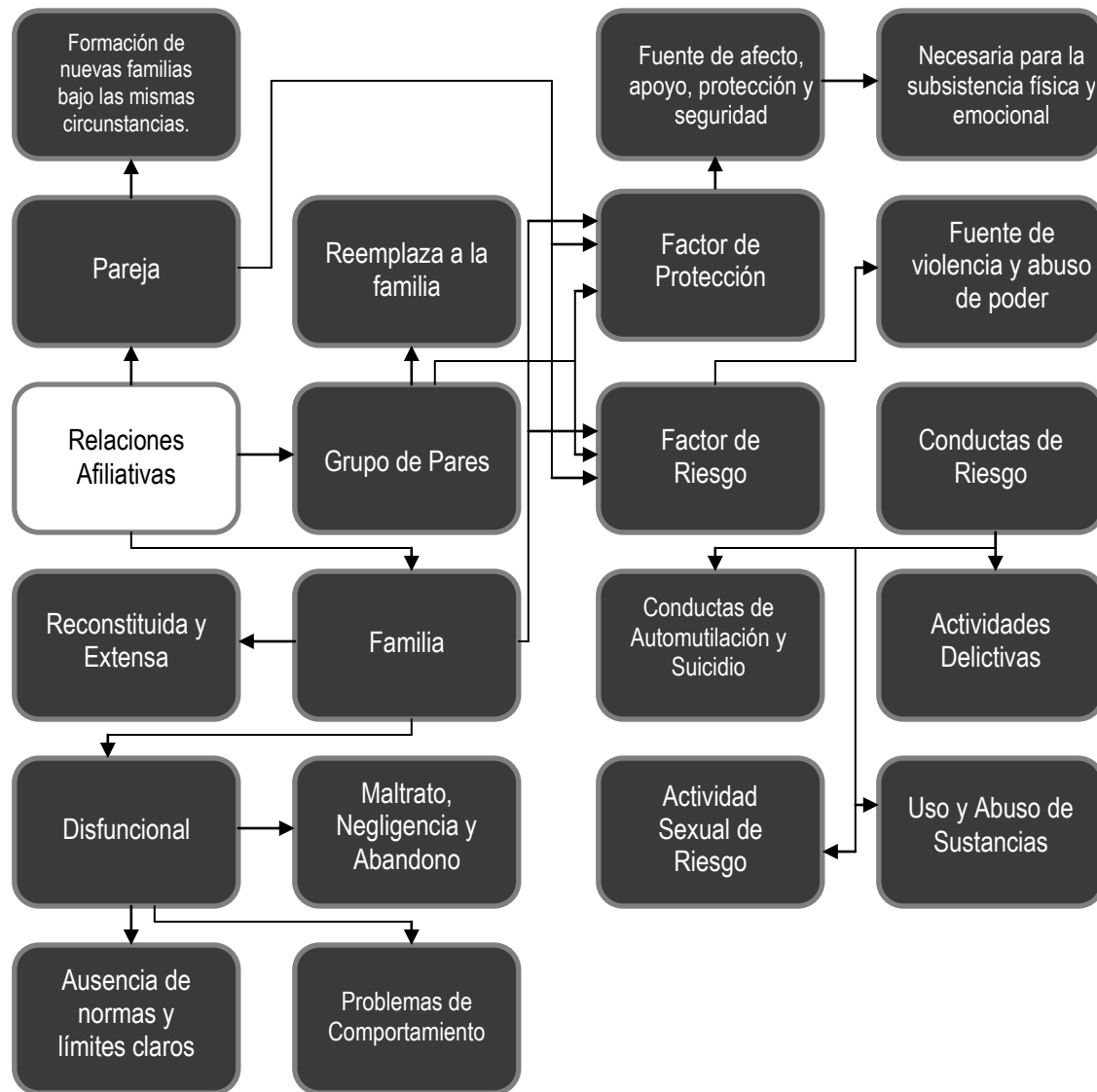


Figura 17. Resumen de las características de las relaciones afiliativas del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

### Características Psicosociales

Las características psicosociales como parte del perfil del menor o joven en situación de calle (ver Figura 18), también pueden explicarse mediante el Modelo Cognitivo-Conductual. Estas características forman parte de los contextos macrosocial, cultural, laboral/académico, intra e interpersonal y del entorno físico inmediato y extenso de las personas. No sólo se refieren a aspectos propios del individuo. Como tal, de acuerdo con la teoría cognitivo-conductual, para modificar el comportamiento disfuncional tomando en cuenta las características y necesidades de los consumidores del tratamiento y de la sociedad a la que pertenecen, es fundamental incluir en la formulación clínica información sobre los recursos ambientales y del contexto dentro del cual se mueve el ser humano dado que no se puede entender el comportamiento independientemente de los factores contextuales y ambientales en los que se produce (V. Caballo, 1998; Gomar et al., 2010). Sin esta comprensión integral es imposible inducir cambios efectivos y obtener mejorías mediante tratamientos que acerquen a los individuos a los niveles normativos de

funcionamiento, para reducir el riesgo de daño, desadaptación o problemas percibidos en relación consigo mismo o con los demás. En consecuencia, al describir las características psicosociales del menor y joven en situación de calle se hará referencia tanto al entorno en el que éste se desarrolla como a su propia personalidad. Todo ello debido a que el análisis de un problema es producto de múltiples componentes que dan pie al surgimiento y mantenimiento del mismo. En orden de identificar las causas, la naturaleza y propiedades de tal problemática, es necesario considerar cada elemento dentro de su contexto particular.

Las características psicosociales, tomadas como un todo, determinan a los seres humanos puesto que comprenden su personalidad y sus roles sociales, incluyendo la experiencia de su actividad en un medio social dado y su relación con éste (Diliguenski et al., 1985).

El comportamiento de los seres humanos deviene de sus atributos estables y las condiciones de su medio social. Es sin duda entonces que la personalidad es un factor crucial en la determinación de la forma en que nos conducimos, entre otras razones porque los atributos personales preceden y dirigen los patrones de conducta que los individuos muestran en diversas situaciones (Díaz-Loving & Rivera, 2010). Por lo cual, la personalidad es una variable exclusiva de cada individuo que lo diferencia del resto, determinando los modelos de comportamiento, las interacciones de los estados de ánimo, sus actitudes, motivos y métodos de tal forma que hace que cada persona responda de manera distinta ante una misma situación. Es un conjunto único y perdurable de características que pueden cambiar en respuesta a diferentes situaciones. Son rasgos psicológicos internos inherentes a la persona que determinan la forma en que ésta se comporta ante las distintas situaciones que se le presentan (Sánchez-Aneas, 2008).

Entonces, la personalidad está conformada por propiedades englobadas en cierto número de subestructuras:

- Biológica como la edad, el sexo, la salud física, incluyendo el estado nutricional, y mental.
- Cognitivo-emocional como la memoria, los pensamientos, las sensaciones, las percepciones y los sentimientos.
- Experiencia social que involucra los conocimientos, hábitos, habilidades y costumbres adquiridos por el hombre teniendo, así, gran importancia para su caracterización social; y
- Orientación que comprende los deseos, intereses, inclinaciones, ideales, actitudes, creencias y convicciones.

En consecuencia, la personalidad se define como el conjunto establecido de hábitos, actitudes, rasgos e ideas de un individuo organizados externamente en roles y estatus específicos y generales e internamente entorno al concepto del yo y a las ideas, valores y propósitos que están relacionados con las motivaciones, los roles y el estatus. Incluye la interacción social puesto que sólo a partir de ésta es que surge y se desarrolla la personalidad (Young, 1969, 1974; Picornell, 2006). Por consiguiente, la personalidad del menor es resultante de la interacción biológica, psicológica y social establecida en el contexto familiar y social en que nace y vive. Esto es, la personalidad y, con ello, su conducta manifiesta se desarrollan a raíz del proceso de socialización, en la que el niño asimila las actitudes, valores y costumbres de la sociedad (Sánchez-Aneas, 2008).

La cuestión social de las características psicosociales se centra principalmente en la relación que el individuo establece con su entorno. Debido a ello se aboca a aspectos como la calidad y estructura del funcionamiento familiar, de los grupos de contacto y de la



pareja, la ideología y los sistemas de creencias, representaciones y normas vigentes en la estructura social de la cual la persona forma parte, los procesos de socialización y la percepción que los individuos tienen de sí y de sus sistemas de vida, entre otros (Álvoro et al., 2003; Avendano, Valenzuela, Correa, Almonte & Sepulveda, 1988; M. Jiménez & Silva, 2006; UNICEF, 2004; Zubeidat, Fernández, Ortega, Vallejo & Sierra, 2009).

Tal y como puede constatarse, las características psicosociales conforman la parte medular de la teoría cognitivo conductual porque son justamente éstas las que se abordan directamente para modificar esquemas y patrones cognitivos, conductuales y afectivos disfuncionales promoviendo, de esta forma, el bienestar biopsicosocial del individuo.

De acuerdo con la literatura revisada (Alor-Luna, 1999; Barr-Dinn, 1995; Barreiro et al., 2004; J. Bautista, 2007; Capuzzi & Gross, 2008; Cueli, 1980; Espínola et al., 1989; Estefanía, 2005; Flores et al., 2009; García-López, 2000; Gomezjara et al., 1995; Gurrola, 1998; ISNA, 2006; Llorens et al., 2005; Lucchini, 1996; P. Martínez et al., 2007; Menín, 2003; T. Rodríguez et al., 2007; Y. Rodríguez & López, 2009; Trinidad, 1998; UNICEF, 2006a; UNICEF & DIF, 1996, 1999; Volpi, 2002), se ha encontrado que los menores y jóvenes en situación de calle presentan las siguientes características psicosociales: agresividad, altos niveles de ansiedad y estrés, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, déficit de autocontrol, baja orientación al logro, impulsividad, baja autoestima, autovaloración y autoconcepto, depresión, retraimiento, sentimientos de minusvalía y desconfianza frente a los demás. Dentro del trastorno depresivo, se ha encontrado que el 71.4% presenta sintomatología depresiva (Dubaniewicz, 1997). La carencia de autoestima los hace violentos (P. Murrieta, 2008), adoptando, así, una actitud defensiva frente a las personas; y los hace propensos a cometer suicidio y a automutilarse (Eroles et al., 2001). En su mayoría, tienen un coeficiente intelectual (CI) normal (L. Aptekar, 1989a; Santiago, 2005). En contraste, Rodríguez-Gabarrón (1993) señala que pueden presentar retraso mental o inmadurez en su desarrollo intelectual como resultado de privación psicosocial, educacional y nutricional. Adquieren destrezas y una gran capacidad de sobrevivencia y resiliencia durante su vida sin un hogar (L. Aptekar, 1989b; Castro-Cavero, 2008; Cornejo, 1999; DIF, 2006; EDNICA et al., 2010; Educación sin Fronteras, 2007; D. Fernández, 1995; Fletes, 1999; Granada & Alvarado, 2010; Gurrola, 1998; B. Gutiérrez, 1992; Jones, 2009; Liebel & Martínez, 2009; Matus & Piña, 2001; Ovidio-López, 1990; Palomas, 1999; Pierre, 1996; T. Sullivan, 2002; Thomas, 2007; Trinidad, 1998). Tienen niveles de desarrollo numérico conceptual mayores que el resto de sus pares porque manejan transacciones monetarias desde muy pequeños (Mercado, 1991), y poseen un alto nivel de creatividad.

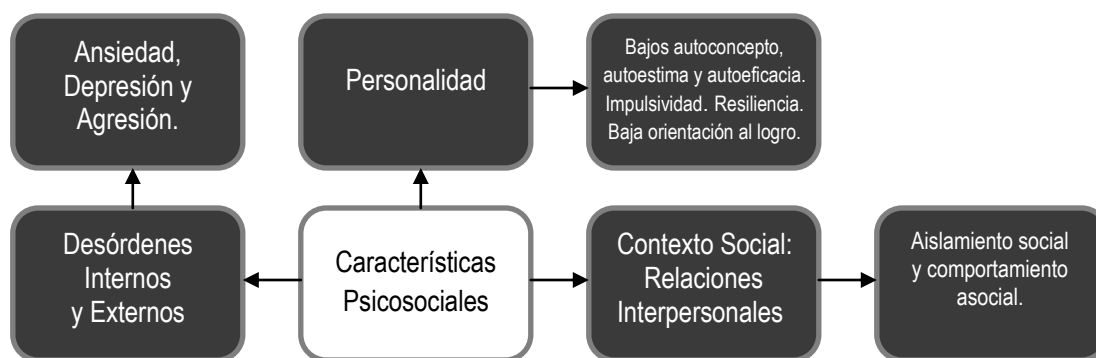


Figura 18. Resumen de las características psicosociales del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

Como puede verse (ver Figura 19), las circunstancias en las que se desenvuelve la vida cotidiana de estos menores y jóvenes restringen e interfieren con su desarrollo

escolar, laboral, social y cultural. Así como también afectan su salud y formas de convivencia e interacción.

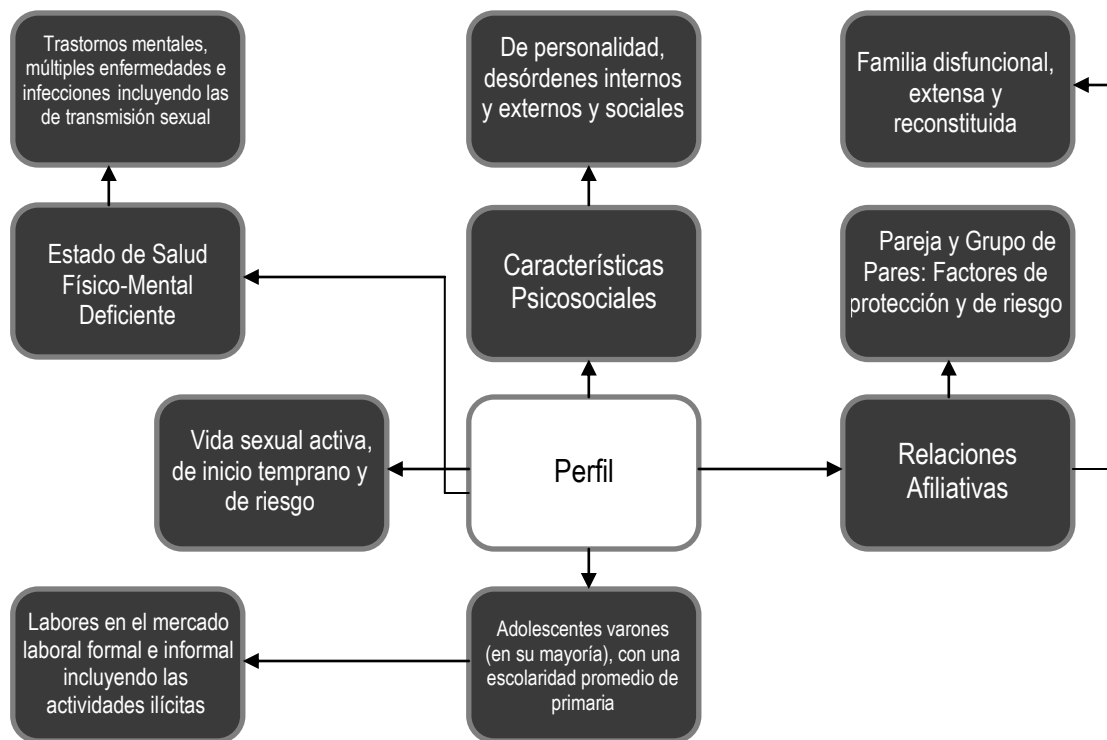


Figura 19. Resumen del perfil del menor o joven en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada.

Dado que las características psicossociales comprenden aspectos de diversa índole, resulta imposible querer pretender abarcar todas en un mismo estudio. Por ello, para fines de esta investigación tan sólo se abordarán las características psicossociales de regulación emocional, asertividad, ansiedad, depresión y bienestar subjetivo. Nuevamente, se hace énfasis en que, como parte del diagnóstico de la problemática de la población en situación de calle siguiendo un enfoque cognitivo-conductual, se hablará sobre estas características psicossociales específicas aludiendo al contexto en el que se producen o surgen porque sólo así se pueden proponer tratamientos efectivos de intervención que promuevan el establecimiento, mantenimiento y adquisición de patrones conductuales funcionales y adaptativos.

La herencia genética y los factores ambientales influyen en la evolución y desarrollo de una persona durante toda su vida iniciándose en el momento del nacimiento y pasando por la infancia, adolescencia, adultez y, finalmente, por la senectud. La influencia genética determina biológicamente al individuo y lo predispone a ciertos aspectos en particular. El ambiente que lo rodea, abarca, según la etapa de desarrollo en la que se encuentre, a diferentes ámbitos. Cada uno de éstos ejercerá distinto peso en su ciclo vital. Así, la etapa de la infancia y la adolescencia se ve afectada por la educación recibida por la familia, la escuela y el grupo de amigos teniendo mayor importancia el núcleo familiar durante la niñez y el grupo de pares en la adolescencia (Sánchez-Aneas, 2008). Razón por la cual, el entorno se manifiesta desde el primer instante de vida con influencias ambientales químicas prenatales, factores críticos postnatales, experiencias sensoriales constantes y cambiantes, y con eventos traumáticos físicos y psicológicos. Entonces, el ambiente hace referencia a las condiciones físicas, sociales y económicas de un lugar, una sociedad y una determinada época.

Hablando propiamente de las características psicosociales de asertividad, regulación emocional, ansiedad y depresión tenemos que, tanto las conductas asertivas como el manejo y control de emociones son características que se aprenden durante el desarrollo del menor siendo los modelos en primera instancia los cuidadores primarios y posteriormente el grupo de pares. Por consiguiente, el niño o adolescente se ve influenciado por los ámbitos en los que se desenvuelve y que determinan su funcionamiento y adaptación social. Los patrones conductuales aprendidos en dichos entornos se ven determinados, a su vez, por la comunidad de origen del pequeño ya que tanto en el ámbito familiar como en el escolar se reproducen los hábitos, costumbres y comportamientos imperantes en la comunidad. Entonces, las habilidades sociales que el pequeño aprenda o carezca y las estrategias de regulación emocional que use, constituyen un reflejo de su sociocultura porque el efecto del ambiente sobre el infante es decisivo, determinando su desarrollo a lo largo de su ciclo vital de forma tal que, la ausencia de ciertos tipos de estimulación durante los periodos críticos, suelen tener efectos duraderos (Sánchez-Aneas, 2008) que repercuten en su bienestar biopsicosocial. El primer ambiente en que se desenvuelve el menor es el útero. Las enfermedades, desnutrición, consumo de sustancias químicas y el estrés de la madre, pueden impedir que el pequeño alcance su pleno potencial genético. Los bebés normales adquieren destrezas motoras, perceptivas, sociales, intelectuales y de lenguaje, aproximadamente en el mismo orden. La herencia y el ambiente preparan físicamente a los organismos para el aprendizaje de conductas particulares y, si se les ofrecen las mínimas oportunidades y una estimulación básica, estas aptitudes no se estimularán. Las privaciones sociales y sensoriales extremas conducen a deficiencias perceptivas, intelectuales y sociales que, en algunos casos, son irreversibles. Muchas de las primeras prácticas de cuidado infantil afectan el desarrollo posterior del infante. Conforme va creciendo, el cuidado que se le da contribuye a su competencia social, autoconcepto, autoestima, autoeficacia, regulación emocional, habilidades de afrontamiento y de solución de problemas. Consecuentemente, los problemas de falta de asertividad pueden ser el resultado de factores de aprendizaje presentes en el contexto en el que se producen (V. Caballo, 1998).

Referente a la ansiedad y la depresión, el padecimiento de tales desórdenes se asocia a desenvolverse en un contexto inestable, constantemente crítico y abusivo pues toda forma de adversidad ambiental ya sea física, sexual o psicológica, y los eventos estresantes, conllevan a la presencia de una mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Biglan, Brennan, Foster & Holder, 2005; De la Garza, 2007; Frye & Goodman, 2000; Jewkes et al., 2010; Kauffman, 2005; S. Thompson et al., 2011). Por ende, el padecimiento de ansiedad y depresión no sólo comprende al menor en cuanto a su personalidad y dotación genética, sino también sus entornos en los que se desenvuelve: comunidad de origen, escuela o trabajo, institución de residencia, y la sociedad y cultura de la cual forma parte. Esto se debe a que el padecimiento de sintomatología ansiosa y depresiva es influenciado por factores ambientales, incluyendo aquellos relacionados a la familia y a su comunidad de origen. Por ejemplo, como parte de los factores familiares, los trastornos mentales que presenten los cuidadores primarios, específicamente la madre, inciden en la capacidad fisiológica del infante para regular el estrés. Así mismo, las prácticas de crianza y los estilos de apego repercuten en el desarrollo socioemocional del niño dificultando su adquisición de habilidades de manejo y control de emociones negativas como la ansiedad y la depresión (Rockhill, 2010). En cuanto a factores ambientales, pueden ocurrir varias situaciones y si las personas no discriminan esos cambios. Esto es, si se mantuvieran las mismas conductas de eventos anteriores, encontrarían dificultades en las relaciones interpersonales. Cada ambiente físico posee variables (p. ej.: color, ruido, iluminación, humedad) que, cuando llegan al extremo, pueden alterar el comportamiento de los individuos. Adicionalmente, los eventos suscitados en cada entorno están inmersos en una determinada cultura que modela

muchas conductas que pueden volverse normativas. Aunque existan pautas generales para el desempeño interpersonal, semejantes en diferentes contextos culturales, cada grupo social termina por formular algunas normas particulares típicas. Así, gran parte de los principios que regulan la forma en que las personas se comportan, sus hábitos y valores en grupo, provienen de la subcultura del pequeño grupo al que pertenecen: familia, contexto escolar o vecindad (Castanyer, 2009; Roca, 2007). Como tal, las condiciones ambientales influirán en los patrones conductuales imperantes en cada entorno de los cuales el menor forma parte directa o indirectamente. En consecuencia, estas condiciones llevarán al aprendizaje y adquisición o deficiencia de habilidades y al padecimiento o no de sintomatología ansiosa y depresiva.

Por último, la presencia de trastornos como la ansiedad y la depresión, la ausencia de asertividad y el poseer estrategias de regulación emocional disfuncionales repercuten en tal bienestar aminorándolo. Igualmente, los ambientes familiar, escolar, comunal e institucional influyen en la percepción de bienestar de modo tal que si el niño o joven considera agradable el entorno en el que se desenvuelve, éste contribuirá a incrementar el bienestar percibido. En caso contrario, lo deteriorará aún más. Es así como todos los factores que influyen en la conducta humana y ésta, están interrelacionados entre sí afectando el bienestar biopsicosocial del menor.

A continuación se hablará de manera general de las características psicosociales con el fin de proporcionar un panorama al respecto.

### *Regulación Emocional*

Una emoción es un sistema psicológico que evalúa causas internas o externas relacionadas al contexto en términos de su significado para la satisfacción de motivos personales (Holodynski & Friedlmeier, 2006). Cumple varias funciones como por ejemplo: constituye un medio de comunicación interpersonal sobre el estado interno e intenciones conductuales de los seres humanos, es relevante para la toma de decisiones pues ayuda a comprender aquello que es importante en la vida de los individuos y permite un mejor afrontamiento de las demandas ambientales (Vingerhoves, Nyklícek & Denollet, 2008). Aunado a lo anterior, desencadena reacciones expresivas y corporales que son adaptativas y específicas a la circunstancia. No obstante, puede inhibir e interferir con el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Macklem, 2008). Adicionalmente, es determinada culturalmente y comprende dos aspectos: forma y función. La forma se centra en los indicadores usados para identificar una emoción y la función en la capacidad adaptativa de ésta para la actividad humana. Por tanto, una emoción es un sistema organizado conformado, a su vez, por cuatro subsistemas (Holodynski & Friedlmeier, 2006):

- Sistema evaluativo.- Se refiere a la evaluación de las metas, resultados y consecuencias de una conducta dentro de un entorno en particular. Las acciones reales o imaginadas son comparadas con expectativas concernientes a los resultados y consecuencias reales o imaginados de dichas acciones. También, se evalúan los aspectos relevantes de los fines alcanzados. Por ejemplo, el impedimento de llevar a cabo una determinada conducta genera frustración porque la meta bloqueada dificulta la obtención de satisfacción o alivio de una preocupación en particular.
- Sistema motor.- Contiene tanto los procesos expresivos (p.ej.: llorar para pedir ayuda) como diferentes tendencias a la acción (p.ej.: la huida). De manera conjunta, se les llama reacciones expresivas que inician la conducta de afrontamiento que tiene como objetivo transformar la relación individuo-ambiente a

una que satisfaga las metas personales (p. ej.: el huir para escapar de una zona peligrosa).

- Sistema de regulación corporal.- Comprende las reacciones corporales desencadenadas por el sistema nervioso autónomo y por los procesos endócrinos involuntarios. Ajusta las funciones fisiológicas como la tasa cardiaca o la frecuencia respiratoria a cambios en la relación individuo-ambiente.
- Sistema sentimental.- Conformado por las sensaciones internas perceptibles que acompañan a una emoción. Por ejemplo, al enfrentarse a un perro salvaje que muestra su hocico, el individuo empieza a sudar, a respirar agitadamente y se le eriza su piel. Los sentimientos no pueden medirse objetivamente y únicamente pueden ser evaluados mediante la introspección. Monitorean la regulación de emociones al dirigir la atención a la causa de la emoción. Las reacciones expresivas son transformadas en acciones de afrontamiento adaptativas situacionalmente. Además, de ser necesario, se hacen reajustes al proceso entero de la transformación persona-ambiente. Es este monitoreo continuo que permite que la emoción funcione integralmente como un sistema.

Por otra parte, las emociones tienen características distintivas que permiten identificarlas como tal. De acuerdo con Kring y Sloan (2010), una emoción tiene los rasgos siguientes (ver Figura 20):

- Situaciones antecedentes.- Desencadenante de la emoción. Ésta comienza con una situación psicológicamente relevante que puede ser externa (p. ej.: presenciar un accidente automovilístico) o interna (p. ej.: anticipar una confrontación necesaria). Como tal, las emociones ocurren en respuesta a estímulos internos o externos que son significativos para la supervivencia del individuo, su bienestar o la consecución de sus metas personales.
- Atención.- Para que ocurra una respuesta emocional es necesario que el individuo atienda a la situación interna o externa que se le presenta. J. Gross (2007) menciona que para que el suceso llame la atención de una persona, debe de ser importante para sus objetivos individuales.
- Evaluación.- Una vez que la atención se centra en una situación, ésta es evaluada en términos de la relación que guarda con las metas personales. Dichas metas dependen de los valores, las normas y patrones culturales de la sociedad a la que pertenece el individuo, así como de su personalidad y desarrollo. Por tanto, las metas pueden ser (J. Gross, 2007): duraderas (p.ej.: permanecer vivo) o temporales (p.ej.: que gane el equipo de fútbol), centrales a nuestra persona (p.ej.: ser un buen estudiante) o periféricas (p.ej.: abrir un bote de jugo), conscientes y complejas (p.ej.: planear venganza contra un compañero de clases desagradable) o inconscientes y simples (p.ej.: esquivar un golpe), y universales (p.ej.: establecer relaciones interpersonales) o idiosincrásicas (p.ej.: coleccionar estampas). Sea cual sea la meta y el suceso experimentado, es el significado que tiene para el individuo lo que conlleva a una reacción emocional y dicho significado cambia a lo largo del tiempo dependiendo de cambios en el evento mismo o en la importancia que éste tenga para el individuo.
- Respuesta emocional.- Cuando una determinada circunstancia es atendida y evaluada como relevante para las metas de la persona, comienza un proceso de respuesta emocional que implica un conjunto de tendencias cognitivas, conductuales y fisiológicas.
- Maleabilidad.- Una respuesta emocional sigue un curso transitorio y temporal dependiendo de la situación porque ésta es influida por el contexto sociocultural del que se forma parte, y dependiendo de la importancia relativa que el individuo le

otorga al suceso en cuestión y de sus objetivos personales. Por ende, es posible un proceso de regulación emocional. Una emoción comienza con la evaluación de determinadas señales que desencadenan una respuesta emocional. Una vez que esta reacción es inducida, puede ser modulada de varias maneras pues el transcurso emocional es flexible y adaptable a las circunstancias presentes. De ahí que el proceso de regulación emocional incrementa, disminuye o mantiene la emoción suscitada dependiendo de los objetivos personales.

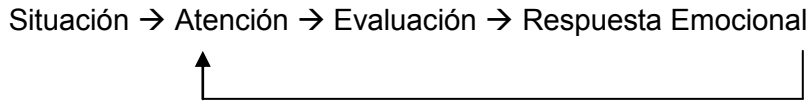


Figura 20. Rasgos característicos de las emociones según J. Gross (2007) y Kring y Sloan (2010).

La regulación emocional consiste en un conjunto de procesos responsables del monitoreo, evaluación y modificación de reacciones emocionales que posibilitan cumplir objetivos y metas personales. Se refiere a procesos cognitivos y conductuales que inciden en la ocurrencia, intensidad, duración y expresión de una emoción (J. Gross, 2007). Estos procesos pueden ser voluntarios o automáticos e intrínsecos (autoregulación) o extrínsecos (cuando un individuo regula las emociones de otro; como, por ejemplo, cuando un padre calma el llanto de su hijo) (Kring & Sloan, 2010).

La enseñanza del manejo y control de las emociones en los infantes y adolescentes depende de factores tanto internos como externos. Dentro de los factores internos, se encuentran el temperamento y personalidad del niño. Los factores externos comprenden las prácticas de crianza, el entorno familiar, las relaciones con el grupo de pares y los hermanos y las expectativas de la cultura en la cual se desenvuelve el menor. Debido a ello, desde el primer año de vida, los menores aprenden a expresar emociones mediante los referentes sociales dado que la regulación emocional se adquiere mediante el aprendizaje social. Aunado a lo anterior, los infantes están predispuestos a las señales que emiten las personas que los rodean referentes a cómo y cuándo expresar una emoción. Consecuentemente, aprenden de sus cuidadores primarios, de su grupo de pares y de su comunidad a cómo expresar y modular sus emociones de una manera socialmente aceptable (Caycedo, Gutiérrez, Ascencio & Delgado, 2005; Gnaulti, 2008; Macklem, 2008; Patton et al., 2008); es decir, tomando en cuenta el momento y lugar apropiados porque la expresión de emociones está regida por la sociocultura de la cual los pequeños forman parte. Los padres directamente enseñan, selectivamente refuerzan y claramente demuestran cómo manejar las emociones al interactuar con sus hijos. Es el primer ámbito social en el que el menor aprende a expresar, manejar y controlar sus emociones usando diversas estrategias de regulación emocional que han sido enseñadas por sus cuidadores primarios. Posteriormente, durante los años escolares, son los pares los que continúan con esta enseñanza tomando en cuenta las normas culturales implementadas. Como resultado, los referentes sociales inciden en la forma en la que los menores interpretan y evalúan sus sentimientos, aprenden estrategias para manejar y controlar sus emociones, se sienten competentes y autoeficaces en dicho control y adquieren expectativas culturales y de género relacionadas al proceso de regulación emocional (J. Gross, 2007).

Entonces, la regulación emoción consiste en una serie de estrategias mediante las cuales los individuos aprenden a confrontar exitosamente las emociones que experimenten. Esto implica (Macklem, 2008):

- a. Afrontar estímulos ambientales que desencadenan una emoción en particular.
- b. Manejar la intensidad de la emoción experimentada.

- c. Aprender las habilidades necesarias para regresar a un estado de equilibrio dentro de un periodo de tiempo cultural y razonablemente aceptable.
- d. Controlar los pensamientos y conductas asociados a la emoción.

J. Gross (1998) elaboró un modelo de regulación emocional denominado Modelo del Proceso de Regulación Emocional en el que se distinguen cinco procesos que influyen en el manejo y control de las emociones dependiendo del momento en el que ejercen su impacto en el surgimiento o aparición de una emoción: antes o después de la respuesta (centrado en el antecedente o en el consecuente respectivamente) (ver Figura 21). Los procesos dirigidos al antecedente son usados antes de la activación completa de las respuestas emocionales conductuales y fisiológicas. En consecuencia, conllevan una serie de estrategias que modifican la situación que causa ansiedad al cambiar la manera en la que los estímulos son evaluados o dirigiendo la atención hacia otro suceso. Mientras que los focalizados en el consecuente comprenden las conductas llevadas a cabo una vez que la respuesta emocional integral ha sido desencadenada. Por consiguiente, comprenden estrategias que son usadas después de la reacción emocional suscitada de tal manera que ésta tiene que regresar a un estado de equilibrio. Para ello, se tienen que controlar cogniciones, conductas y sentimientos. El objetivo es cambiar la emoción una vez que ha sido experimentada.

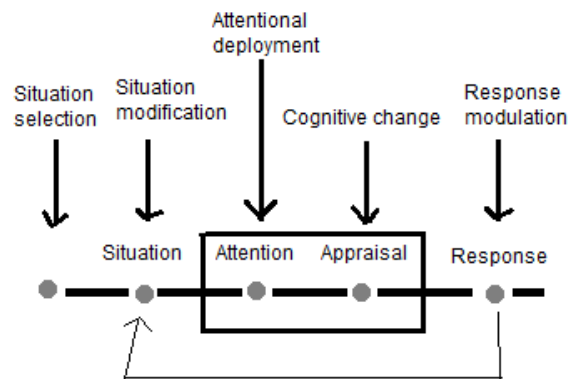


Figura 21. Desarrollo lineal del proceso de regulación emoción según el Modelo elaborado por J. Gross (1998).

Los cinco procesos de regulación emocional son (J. Gross, 2007; J. Gross & Thompson, 2007):

1. Elección de la situación (*Situation Selection*).- Se refiere a cuando el individuo tiene que elegir el participar o no en una circunstancia que tiene el potencial de generar una emoción. Así, de esta manera, incrementa o disminuye la probabilidad de que se produzca dicha emoción. Debido a que las personas suelen predecir el tipo de experiencia emocional que tendrán al involucrarse en una determinada situación, suelen sobreestimar las respuestas negativas y positivas que puedan suscitarse. Por ende, conlleva al padecimiento de trastornos mentales, conductuales y del estado de ánimo. En resumen, consiste en tomar acciones que faciliten la probabilidad o no de terminar en una situación de la cual se espera obtener emociones deseables o indeseables. Si se sabe que una situación va a ser desfavorable y que generará, entonces, una reacción negativa como lo es el enojo, existe la opción de evitar esa situación en medida de lo posible.
2. Modificación de la situación (*Situation Modification*).- Una vez que un evento es seleccionado, se busca modificar el impacto emocional del mismo. Por consiguiente, se refiere a los esfuerzos del individuo por inducir un cambio en la situación de tal modo que se altere el impacto emocional que ésta genera. Por

ejemplo: girar la cabeza o mantener una postura corporal distante para denotar lejanía, expresar tristeza para provocar empatía o enojo para ejercer dominio, etc. Puede ser ineficaz cuando previene la exposición a situaciones sociales temidas, conduce a un uso disfuncional de los recursos cognitivos disponibles, dirige la atención al procesamiento de información y aumenta el automonitoreo y la autoatención negativos.

3. Despliegue de la atención (*Attentional Deployment*).- Se redirige la atención dentro de una circunstancia en particular para ejercer influencia sobre las emociones inducidas sin producir cambios en la relación individuo-ambiente. La persona decide qué aspectos atender de una situación determinada.
4. Cambio cognitivo (*Cognitive Change*).- Una vez que la persona focaliza la atención a un aspecto particular de una situación generadora de emociones, evalúa dicho suceso en términos de la importancia que tiene para la consecución de sus metas individuales. Se evalúa el significado de un determinado evento para producir cambios en la respuesta emocional que genera. Por ende, implica modificar tanto las evaluaciones relacionadas a la situación como las asociadas a la acción emotiva desencadenada ante dicha situación.

Los primeros cuatro procesos son aquellos centrados en el antecedente pues actúan antes de la aparición de la reacción emocional integral.

5. Modulación de la respuesta (*response modulation*).- Cuando el individuo busca influir directamente en las reacciones conductuales, fisiológicas y cognitivas ligadas a la emoción suscitada mediante dos procesos:
  - a. Inhibición expresiva.- Acciones que buscan suprimir la conducta emocional expresiva en curso.
  - b. Evitación emocional.- Acciones dirigidas a inhibir la experiencia emocional por sí misma.

Como tal, es el único proceso que se centra en el consecuente.

Cada proceso dentro de la regulación emocional comprende una serie de estrategias (ver Figura 22) que pueden ser adaptativas o no en el manejo y control de emociones. Dichas estrategias son inefectivas cuando no reducen la emoción negativa y repercuten en el bienestar del individuo.

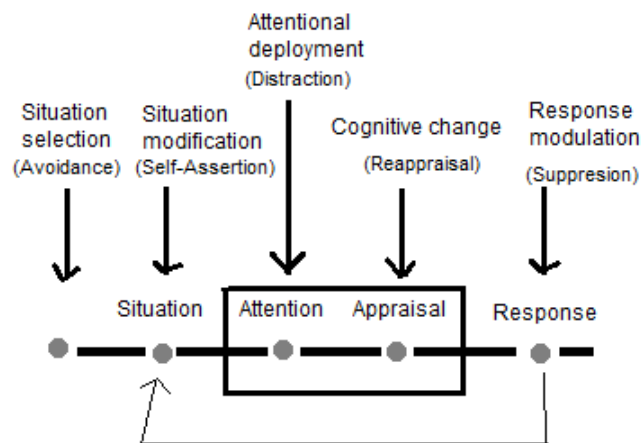


Figura 22. Entre paréntesis se pueden observar algunos ejemplos de estrategias de regulación emocional relacionadas al proceso que influye en el manejo y control de emociones de acuerdo con J. Gross (2007).



Algunos ejemplos de estrategias dependiendo del proceso del que provienen son las siguientes (J. Gross, 2007; Macklem, 2008):

#### Elección de la situación

Evitación.- Limita la exposición a eventos desencadenantes de emociones negativas. En el caso de diversos trastornos de ansiedad, el uso de la elección de la situación para regular las emociones puede ser problemático porque la evitación continua de eventos variados mantiene el miedo patológico, repercute negativamente en el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. La evitación también previene la habituación o la disminución natural del miedo que comúnmente ocurre cuando los individuos confrontan sucesos temidos de manera repetida y permanecen en ellos por largo tiempo. Adicionalmente, interfiere en el aprendizaje de que es poco usual que se presenten eventos desagradables (p.ej.: ser ridiculizado en una reunión social). Debido a ello, los individuos experimentan un incremento de emociones negativas como consecuencia de la ansiedad y afectación que acompañan a la evitación situacional. La evitación situacional comúnmente toma la forma de retraimiento social que constituye una estrategia disfuncional para el manejo de emociones y es el elemento central para el tratamiento psicosocial de la depresión. Como resultado, esta estrategia conduce a centrarse en pensamientos y sentimientos negativos, a padecer estrés y ansiedad y a presentar conductas socialmente inadecuadas.

#### Modificación de la situación

Si no es posible la evitación completa de una circunstancia particular, las personas emplean tácticas asociadas a la modificación de la situación para regular las emociones negativas. Algunos ejemplos de estrategias dirigidas a cambiar la situación experimentada son:

- Usar objetos que disminuyen la ansiedad en situaciones temidas como talismanes, piedras, pastillas, etc. A largo plazo, el individuo jamás aprende que el suceso mismo no constituye un riesgo porque la seguridad y el éxito se atribuyen a la presencia del objeto en cuestión.
- Consumir drogas para influir en las respuestas fisiológicas como la tensión muscular (ansiolíticos) o hiperreactividad simpática (betabloqueadores).
- El ejercicio y la relajación también constituyen formas de disminuir los aspectos fisiológicos de una emoción negativa. Además, influyen en la experiencia de una emoción adversa al igual que el uso y abuso de sustancias y los alimentos.
- Otra forma común de modulación de la respuesta involucra la regulación de la conducta expresiva con el fin de que la expresión de la emoción sea ajustada al medio cultural en el cual se está presentando. De tal forma que hay conductas que tienen que ser moduladas en ciertos contextos con la finalidad de mostrar mayor adaptación. Mientras que en otras ocasiones, esas mismas conductas pueden ayudar a cumplir ciertas metas. Por ejemplo: ocultar los verdaderos sentimientos.

#### Despliegue de la atención

Puede tomar varias formas que incluyen el retraimiento físico de la atención (p. ej.: cubrirse los ojos o taparse los oídos), la redirección interna de la atención (mediante la distracción o la concentración) y la respuesta a la redirección de otros de nuestra atención.

- Distracción: El individuo enfoca su atención en diferentes aspectos de la situación o la dirige lejos de ésta. Implica cambiar el foco interno como cuando los individuos

invocan pensamientos o recuerdos que son inconsistentes con el estado emocional indeseable o cuando un actor recuerda un incidente emocional para poder expresar esa emoción de forma convincente. Si ya se ha reconocido el estímulo causante de la emoción, como alguna situación que cause enojo, existe la opción de cambiar la atención a otro aspecto de la situación que sea menos nocivo. No obstante, al usar esta estrategia los individuos son incapaces de modificar pensamientos ansiosos o de hacer frente a los problemas que se les presenten.

- **Concentración:** La atención se dirige hacia las características emocionales de una situación. Tiene dos formas de regular las emociones que resultan disfuncionales pues incrementan los efectos de ansiedad y depresión a largo plazo.
  - **Rumiación.-** Cuando la atención es repetidamente dirigida a los sentimientos y sus consecuencias, se llama rumiación. En esta estrategia, el ser humano se centra en pensamientos y sentimientos asociados con eventos pasados y constantemente atiende sentimientos relacionados con eventos aversivos, evaluando negativamente, además, las posibles consecuencias. Todo ello conduce a síntomas depresivos más graves y crónicos.
  - **Preocupación.-** Cuando el individuo anticipa eventos desagradables futuros pudiendo conducir al incremento en la ansiedad y al deterioro en el procesamiento de emociones negativas.

### Cambio cognitivo

**Reevaluación:** Permite la modificación de la secuencia emocional completa, incluyendo el experimentar emociones más positivas y menos negativas sin repercusiones fisiológicas, cognitivas o interpersonales significativas. Esto es posible porque se cambia la manera en la que se evalúa un determinado suceso con el fin de alterar su impacto emocional. Los cuidadores primarios influyen en la manera en la que los menores evalúan situaciones emocionalmente relevantes al:

- a. Proporcionar información sobre tales circunstancias.
- b. Explicar porque el niño u otras personas presentes en el suceso experimentan la emoción en cuestión.
- c. Señalar las normas socioculturales para la expresión adecuada de las emociones (p. ej.: los niños grandes no hacen berrinches cuando hay visitas).

### Modulación de la respuesta

**Inhibición:** Cambia el aspecto conductual de las reacciones emocionales sin reducir la experiencia de la emoción negativa. Requiere que el individuo maneje continuamente las reacciones emocionales consumiendo, así, los recursos cognitivos disponibles para el manejo y control de las emociones. Así mismo, conduce a una sensación de discrepancia entre la experiencia interna y externa pudiendo llevar a experimentar sentimientos negativos acerca de sí mismo y al retraimiento social, lo cual inhibe el establecimiento de relaciones interpersonales. En resumen, el uso de esta estrategia incrementa los síntomas de ansiedad y de depresión y disminuye el apoyo social y la autoeficacia percibida.

Las estrategias de evitación, inhibición, concentración y distracción interfieren con las habilidades de solución de problemas.

Por otra parte, las estrategias que se implementan durante el proceso de desarrollo de una emoción son más efectivas que aquellas que se usan cuando la reacción emocional ha sido completamente desencadenada porque es más difícil manejar y controlar una respuesta emocional integral que el inicio de la misma.

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, la regulación emocional puede ser funcional para la adaptación social del individuo a su entorno, o disfuncional al contribuir al desarrollo y mantenimiento de desórdenes psiquiátricos y trastornos conductuales (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kring & Sloan, 2010), repercutiendo, así, en el bienestar biopsicosocial de la persona y dificultando, por ende, la adaptación a su ambiente circundante. Al no modificar la reacción emocional de forma esperada (p. ej.: disminuir el afecto negativo) o al ser los costos a largo plazo (p. ej.: disminuye el rendimiento laboral, el funcionamiento social y la vitalidad) mayores que los beneficios a corto plazo (p. ej.: alivio inmediato para reducir la ansiedad), la regulación emocional es disfuncional. Cuando es disfuncional, lleva al padecimiento de síntomas de ansiedad y de depresión, a la falta de control conductual y al retraimiento social. Si la falta de regulación emocional es constante puede llevar al deterioro de las relaciones interpersonales, interfiere con la adquisición de habilidades y conduce al uso y abuso de sustancias y a realizar conductas de automutilación (J. Kim & Cicchetti, 2010; Macklem, 2008; Patton et al., 2008). Es adaptativa cuando se implementan las estrategias para el manejo y control de emociones de manera apropiada tomando en cuenta el evento, el contexto y el momento suscitado y cuando están en concordancia con las metas personales a largo plazo. Un adecuado manejo y control de emociones se ha asociado con la competencia social (Caycedo et al., 2005). Debido a ello, la regulación emocional funcional conlleva cuatro pasos: detenerse en una situación externa o interna en particular, percatarse de algo relevante en ésta, pensar qué tan controlable es la emoción que puede suscitarse y actuar conforme a las metas establecidas a largo plazo. En consecuencia, no se debe de responder inmediatamente al evento externo o interno presentado para evitar reacciones emocionales negativas como serían la evitación, la resistencia o la impulsividad. Así se podrá identificar con precisión la emoción que está siendo desencadenada, pudiendo entonces ejercer mayor control sobre la conducta porque se tiene más conciencia de la emoción generada. Adicionalmente, para que el control sea eficaz se debe de determinar qué tan controlable es el suceso interno o externo desencadenante de la reacción emocional. Por último, para que la regulación de emociones esté en concordancia con las metas personales, el individuo debe de estar consciente de sus objetivos a largo plazo y debe de tener la habilidad para determinar qué respuesta es la apropiada para éstos inhibiendo o manejando las conductas impulsivas o deseadas que se contraponen con las metas establecidas.

Referente a los menores y jóvenes en situación de calle, la literatura de investigación revisada señala que es un grupo social que se caracteriza por un manejo y control inadecuados de las emociones pues es común que sus reacciones emocionales sean disfuncionales, interfiriendo, así, en la adaptación a su ambiente circundante. Ante lo cual, exhiben patrones conductuales y emocionales que los llevan al rechazo y marginación sociales, limitando, de esta manera, sus oportunidades de obtener una mejor calidad de vida y de sentirse satisfechos consigo mismos. Es común que dentro de sus estrategias de regulación emocional se encuentren la evitación, la rumiación, la preocupación, la inhibición y el uso y abuso de sustancias; todas ellas no adaptativas y bastante inefectivas. Ello puede deberse a que aprendieron estrategias disfuncionales propias de sus entornos circundantes, o a que no aprendieron ni adquirieron las herramientas requeridas para un manejo y control apropiado de las emociones en su contexto familiar, escolar y comunal. Generalmente, provienen de ambientes familiares y comunales en donde hay presencia de maltrato y negligencia. En la escuela, suelen ser tratados agresivamente, con indiferencia e inclusive aislados socialmente. Como resultado, están inmersos en un mundo de inestabilidad que les priva de aprender conductas y estrategias efectivas de regulación emocional sobre todo ante reacciones emocionales adversas. Los menores que se crían en este tipo de entornos experimentan incertidumbre, miedo, caos y escasas oportunidades de sentirse seguros, reconocidos,

apoyados y queridos. Bajo estas circunstancias, los cuidadores primarios son incapaces de contribuir a conformar una estructura personal adecuada y de enseñar y modelar las habilidades socioemocionales necesarias para la competencia interpersonal. De igual manera, los niños y adolescentes que se desenvuelven en ambientes amenazantes y conflictivos como los descritos, experimentan constantes niveles de adrenalina e hipervigilancia. Las exposiciones continuas al estrés pueden alterar las respuestas biológicas y eventualmente generar deficiencias en las habilidades de los infantes para regular emociones efectivamente (J. Kim & Cicchetti, 2010).

Si abandonan su núcleo familiar, lidian con el estilo de vida callejero en el que también impera la inestabilidad, la inseguridad emocional, la falta de seguridad, la violencia, la carencia de vínculos afectivos sanos, el rechazo, la desatención, las inconsistencias, la negligencia, la incertidumbre, el miedo y la falta de control entre otros. Como resultado, exhiben patrones conductuales y emocionales disfuncionales que limitan sus oportunidades de adquirir y aprender conductas adaptativas y socialmente adecuadas, de controlar sus impulsos y sus reacciones emocionales adversas y de llevar una forma de vida diferente. En consecuencia, no adquieren las habilidades necesarias para manejar tales emociones negativas y recurren a estrategias de regulación como el uso de violencia, el consumo de sustancias y la realización de conductas de automutilación, entre otras. Entonces se encuentran en estado más o menos permanente de caos físico y psicológico del cual difícilmente podrán salir sin asistencia profesional.

Por otra parte, al dejar su nicho familiar pueden haber sido recogidos por una institución asistencial en donde tienen que lidiar con sentimientos de dolor, pérdida y abandono. Adicionalmente, bajo estas circunstancias les puede ser difícil formar lazos interpersonales y puede suscitarse el hecho de que sean maltratados por el personal institucional que conduce a una mayor inestabilidad y al padecimiento de un gran rango de problemas emocionales y conductuales.

Por ende, cuando los niños y adolescentes son expuestos repetidamente a dichos entornos caóticos, se afecta su estructura personal porque la estabilidad es un factor clave para el desarrollo emocional del menor (Duval & Vincent, 2009; J. Kim & Cicchetti, 2010). Sin la oportunidad de tener una relación consistente y cariñosa que satisfaga las necesidades y promueva la formación de una estructura personal sólida, se reducen las oportunidades de obtener una mejor calidad de vida porque se repercute en su habilidad para manejar emociones, sobre todo las negativas, deteriorando así, su bienestar biopsicosocial.

A manera de resumen, puede decirse que un pobre manejo y control de emociones conlleva a presentar inestabilidad emocional y sintomatología ansiosa y depresiva, impide el aprendizaje y la adquisición de habilidades sociales competentes y funcionales, repercute en la capacidad del menor para establecer relaciones interpersonales positivas pues no promueve el tener atributos prosociales como la empatía y la toma de perspectiva que son necesarios para la competencia social, conduce a que su conducta sea impulsiva, disruptiva y agresiva, a que los niños y adolescentes sean más vulnerables al estrés, a llevar a cabo estrategias de afrontamiento no adaptativas como el consumo de sustancias tóxicas, y al rechazo y aislamiento sociales. Todo ello exacerba los síntomas de ansiedad y depresión deteriorando aún más su bienestar biopsicosocial y conduciendo eventualmente al rechazo y aislamiento sociales que, a su vez, aumentan la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (J. Kim & Cicchetti, 2010).

A pesar de que es una realidad abrumadora, en México casi no hay investigaciones psicosociales destinadas a abordar el proceso de regulación emocional en la población infantil y adolescente y sobre todo en aquella en situación de calle. Lo que es más, hasta donde se ha revisado, no se ha estudiado el problema de la regulación

emocional en esta población por lo que se desconoce la problemática en cuestión, y a nivel internacional son pocos los trabajos que la han abordado en dicho grupo social. Aunado a lo anterior, las habilidades de regulación emocional son esenciales en el desarrollo socioemocional de los niños al promover el progreso cognitivo y del lenguaje (Caycedo et al., 2005). Tomando en cuenta las repercusiones que un pobre manejo y control de emociones tienen en el bienestar biopsicosocial de los individuos, resalta la necesidad de efectuar estudios al respecto que proporcionen una concepción confiable y actualizada del fenómeno y mediante los cuales se puedan elaborar estrategias efectivas de intervención basadas en la terapia cognitivo-conductual.

### *Asertividad*

Las habilidades sociales engloban un conjunto de conductas, de pensamientos y emociones que contribuyen a establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias procurando los derechos personales y de los demás (Grijalvo & Pellejero, 2008; Roca, 2007). Dentro de las habilidades sociales, se encuentra la asertividad; un concepto que ha ido tomando interés dentro de la población debido a la gran proliferación de literatura cotidiana existente sobre el tema. El término surgió originalmente en Estados Unidos en el contexto clínico de la psicología a fines de la década de 1940 y principios de 1950.

Es un constructo que engloba un conjunto de habilidades sociales como serían: 1) la defensa de los derechos e intereses, 2) el iniciar, mantener y terminar conversaciones en las relaciones interpersonales o tomar la iniciativa en las interacciones con otros, 3) la iniciativa para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, 4) el resistir la presión grupal o individual, 5) el liderazgo, dirección e influencia de otros, 6) la declinación y aceptación de peticiones, 7) la manifestación y recepción de cumplidos, 8) el manejo de la crítica positiva y negativa, 9) el expresar deseos, pensamientos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, 10) el disculparse y 11) el solicitar cambio de conducta, entre otras. Todo ello de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2004).

Empero, la capacidad de ser asertivos o socialmente competentes no se hereda, no es algo innato o inamovible. Es algo que se va aprendiendo a lo largo de la vida (Rivera, Flores-Galaz, Euán & Castañeda 2010) por imitación y refuerzo mediante lo que han transmitido los modelos de comportamiento (Castanyer, 2009, 2008) y que depende de la cultura en la que se vive (Díaz-Guerrero, 2007). Como tal, se trata de un conjunto de comportamientos interpersonales, de capacidades o destrezas sociales específicas que son adquiridas y que son necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva. Consecuentemente, las características principales de los individuos asertivos son las siguientes:

- Usa el lenguaje de sentimientos.
- Habla de sí mismo y expresa sus percepciones.
- Usa el lenguaje de apertura.
- Acepta y da cumplidos.
- Utiliza un lenguaje claro y apropiado.
- Cuando expresa desacuerdo lo hace con respeto.
- Pide clarificación.
- Pregunta por qué.
- Expresa desacuerdo activo.

- Habla por sus derechos.
- Es persistente.
- Evita justificación de cada opinión.
- Se manifiesta libremente tal como es.
- Se comunica fácilmente con todos.
- Se siente libre de expresarse.
- Está orientado positivamente en la vida.
- Juzga respetable tener limitaciones.
- Tiene alta autoestima.
- Se respeta a sí misma.
- Es dueño de su tiempo y de su vida.
- Acepta o rechaza libremente peticiones poco razonables.
- Es emocionalmente libre para expresar sus pensamientos y sentimientos.
- No dice “no” cuando quiere decir “sí”, ni “sí” cuando quiere decir “no”.
- Reconoce tanto sus áreas fuertes como sus áreas de oportunidad para seguir creciendo como persona.
- Reconoce, acepta y respeta sus derechos básicos y los de los demás.
- Tiene una gran autoconfianza para la toma de decisiones.
- Sabe elogiar y reconocer el trabajo de los demás.
- Es sensible a los distintos contextos y procura responder.

De igual manera, la asertividad comprende tres dimensiones: la personal, la situacional y la cultural. De igual manera incluye diversos componentes conductuales, cognitivos y psicofisiológicos.

Respecto de las dimensiones, están interrelacionadas de tal manera que el comportamiento social depende de la combinación armoniosa de éstas.

- *Dimensión personal.*- Está constituida por el repertorio del individuo en sus componentes comportamental, cognitivo-afectivo y fisiológico. Incluye también características sociales como edad, sexo, estatura, estado de salud, peso, formación académica y apariencia física, entre otros rasgos. Esas características indican diferencias en las expectativas y normas culturalmente establecidas, que orientan la evaluación de la asertividad y de la competencia de un individuo en las relaciones interpersonales.
- *Dimensión situacional.*- El carácter situacional de la asertividad se refiere a la suma de las características del sistema de comportamientos durante la duración de un encuentro social. Ese “sistema de comportamientos” incluye: a) los objetivos y la estructura de objetivos o propósitos, b) las reglas sociales y las normas explícitas (organizadas en códigos, como los regimientos) e implícitas (aquellas inferidas del comportamiento relativamente estandarizado de un grupo o comunidad) que definen los comportamientos adecuados, permitidos y prohibidos, c) los roles formales e informales asociados con la posición del individuo, d) el repertorio de elementos necesarios para alcanzar los objetivos (p. ej., acciones o contenidos verbales y no verbales), e) las secuencias de interacción razonablemente estandarizadas para la consecución de los objetivos o realización de la actividad, f) los conceptos compartidos en aquel ambiente, y g) el contexto físico de la acción.
- *Dimensión cultural.*- Constituida por las creencias, valores y reglas que afectan las conductas de las personas. Algunos desempeños sociales pueden ser ampliamente generalizados para diferentes culturas, mientras que otros son más específicos. Es posible pensar en un rol conductual situacionalmente contextualizado, razonablemente concurrente y significativo en las relaciones

interpersonales, y en patrones más generales, transculturales, como por ejemplo, las personas responden a los saludos que les son dirigidos, agradecen elogios o se defienden al ser ofendidas injustamente.

Referente a los componentes, tradicionalmente se ha establecido la distinción entre elementos conductuales, cognitivos y psicofisiológicos. El componente conductual de la conducta asertiva es su ejecución: cómo se hace, qué movimientos o verbalizaciones trae consigo. El componente cognitivo es lo que se piensa; por ejemplo, pensamientos del tipo “mejor no digo nada para evitar llevarme mal con los demás”. Por último, el componente psicofisiológico se refiere a las respuestas emocionales que acompañan a las conductas sociales, como, por ejemplo, la emoción de ponerse nervioso o alterarse frente a una audiencia. Una adecuada conceptualización de la conducta asertiva implica la especificación de los tres componentes antes mencionados.

Los elementos conductuales más aceptados son los siguientes (Castanyer, 2009; Z. Del Prette & A. Del Prette, 2002; Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2002, 2004; T. Gamble & W. Gamble, 2005; Grijalvo & Pellejero, 2008; Kelly, 2000; Roca, 2007):

- Iniciar, establecer, mantener y terminar conversaciones.
- Hablar en público.
- Expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Defensa de los propios derechos.
- Pedir favores.
- Aceptar y declinar peticiones.
- Expresar y aceptar cumplidos.
- Expresión de pensamientos, sentimientos y opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- Disculparse o admitir ignorancia.
- Petición de cambios en la conducta del otro.
- Manejo de la crítica positiva y negativa.
- Dar y recibir retroalimentación positiva y negativa.

Todo ello de manera clara, honesta y oportuna respetando al mismo tiempo los derechos de los demás. Las habilidades requeridas varían según las situaciones, las personas con quienes se interactúa o los objetivos personales que se pretenden alcanzar en cada interacción.

Los principales componentes cognitivos de la asertividad son: los conocimientos previos (sobre la cultura y el ambiente, sobre los roles sociales y sobre sí mismo), las expectativas y creencias (planes y metas, valores, patrón de realización, estereotipos, autoconcepto, autoeficacia/desamparo y estilos de atribución) y las estrategias y habilidades de procesamiento (decodificación, resolución de problemas, autoobservación, autoinstrucción y empatía).

Finalmente, a pesar del enorme volumen de trabajos sobre la asertividad, muy pocos estudios han empleado variables fisiológicas, siendo los componentes más investigados los siguientes (Z. Del Prette & A. Del Prette, 2002):

1. La tasa cardiaca.- Es la principal variable fisiológica que se ha empleado en los estudios sobre las habilidades sociales. Empero, no se han encontrado resultados consistentes que apoyen su inclusión como variable importante en el estudio de la asertividad. Frecuentemente se ha medido por medio de la pletismografía de pulso, consistente en la detección indirecta de los cambios de volumen que tienen lugar en cada latido del corazón en los órganos periféricos.

2. La presión sanguínea.- Una de sus mediciones indirectas se realiza por medio del esfigmomanómetro, conocido popularmente como el instrumento empleado para medir la “tensión arterial”. Se ha encontrado que la presión sanguínea no parece ser una medida particularmente útil de la activación relacionada con la asertividad para la investigación con escenas de representación de papeles. No obstante, este elemento fisiológico puede ser de interés para investigar hipótesis que señalan a los hipertensos como menos asertivos.
3. El flujo sanguíneo.- La medición del flujo sanguíneo representa la circulación de la sangre producida por las contracciones del corazón. Existen dos tipos de medición: el volumen de sangre y el pulso del volumen de sangre o volumen del pulso. Esta última respuesta representa los cambios en la afluencia de sangre a un miembro por efecto de las contracciones cardiacas.
4. Las respuestas electrodermales.- Reflejan la actividad de las glándulas sudoríparas. De las posibles medidas de las respuestas electrodermales, la que parece más adecuada para la investigación dentro del campo de las habilidades sociales es la conductancia de la piel, teniendo en cuenta que la conductancia (de la piel) es un método mejor que la resistencia y que se puede obtener exosomáticamente.
5. La respuesta electromiográfica.- Es el registro de la actividad eléctrica asociada con la contracción muscular o, más específicamente, que precede a la actividad muscular. El registro de esta respuesta en el músculo frontal podría dar una idea de la relajación/activación de un individuo.
6. Respiración.- La medida de la respiración se compone fundamentalmente por dos parámetros: la profundidad de la respiración y la tasa respiratoria, combinadas en ocasiones para obtener el volumen de aire inspirado por minuto. La función respiratoria está controlada por el sistema nervioso central mediante la médula y los núcleos del tronco del encéfalo, siendo igualmente alterada por los estados emocionales.

En resumen, el comportamiento está conformado por componentes conductuales verbales y no verbales, cognitivos y fisiológicos, los cuales, en conjunto, contribuyen a los juicios globales de la asertividad.

#### Asertividad y No Asertividad

La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. No obstante, no existen individuos completamente asertivos pues las personas desarrollan y presentan tendencias hacia la agresividad, la pasividad o la asertividad dependiendo de las personas implicadas en la interacción, la situación que se esté viviendo y el tipo de relación que se tenga con las mismas.

Por consiguiente, existen tres estilos de respuesta o conductas, entendiendo éstas como un conjunto de emociones, cogniciones y conductas: pasividad, asertividad y agresión. La pasividad se refiere a confinar los actos dentro de ciertos límites estrechos. Por ejemplo, alguien le pide que lo acompañe cuando usted no quiere. Con todo, va, pero en el fondo está resentido por haberlo hecho. La asertividad se refiere a una forma de comportamiento en la cual se defienden los propios derechos sin perjudicar los derechos de los demás, como por ejemplo, una respuesta asertiva a una invitación indeseada sería: “Le agradezco su invitación, pero tengo que rechazarla”. En el comportamiento agresivo se desdeñan los derechos elementales de los demás con una actitud grosera o irrespetuosa. Por ejemplo, la respuesta agresiva a una invitación sería: “Nunca iría con usted. Desaparezca”.

A continuación se describirán de manera general las características principales



que se observa en cada estilo de respuesta.

La pasividad se ha definido usualmente como el acto de permitir que los derechos personales sean negados y de someterse a los deseos de los demás, anulando así, la libre expresión de los sentimientos, pensamientos y creencias y, al mismo tiempo, permitiendo a los demás que las violen (Roca, 2007). Es la forma de expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que al no responder a los requerimientos de la situación interpersonal que se enfrenta, permite que se violen los derechos de la persona.

En este estilo de conducta, el mensaje total que se comunica es: Yo no cuento – puedes aprovecharte de mí. Mis sentimientos no importan –solamente los tuyos. Mis pensamientos no son importantes –los tuyos son los únicos que merecen la pena ser oídos. Yo no soy nadie –tu eres superior. El objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos.

La persona pasiva tiene ciertas dificultades para comunicarse con los demás en situaciones sociales. Es tímida, muestra altos niveles de ansiedad, permite que otros escojan por ella misma, no alcanza sus metas deseadas y sus reacciones indican que está mal y que la otra persona está bien. Emplea estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas y es más vulnerable a las situaciones de acoso. Así mismo, espera a que las cosas se arreglen solas y a que los demás interpreten correctamente lo que ella quiere. Tienen expectativas poco realistas: “Le debería de agradar a todos”, “Nunca debo de cometer errores”, etc. Por último, son muy autocríticos y etiquetan equivocadamente el comportamiento agresivo y asertivo.

Algunos ejemplos de conducta pasiva son:

- Tener dificultad para rechazar una petición.
- Dejar que otros abusen de uno.
- No poder expresar con libertad los sentimientos.
- Sentir miedo al hablar en público.
- Apenarse ante situaciones comunes.
- Sentirse víctima.
- No atreverse a reclamar algo legítimo.
- Posponer el enfrentamiento de situaciones humanas en donde es necesario aliviar conflictos.
- Padecer porque se da más de lo que se recibe.
- Dar demasiada importancia al “qué dirán”, o a la aprobación de otros.
- Condicionar la autoestima personal a la aceptación de otro, aun cuando vaya en perjuicio de uno mismo.
- Experimentar inseguridad en situaciones sociales.

Las razones que de manera aislada o en forma conjunta provocan la pasividad son: la falta de control emocional, el predominio del temor, la timidez y la ansiedad, la falta de habilidades de interacción social y la ignorancia de los derechos que como persona se tienen (T. Gamble & W. Gamble, 2005).

Por último, el comportamiento pasivo provoca una serie de efectos claramente negativos a corto y largo plazo deteriorando la satisfacción y la comunicación en la relación humana. Como consecuencias principales que, a la larga, tiene la conducta pasiva en la persona que la realiza, tenemos las siguientes (Castanyer, 2009):

- Frustración, insatisfacción y tensión.
- Falta de respeto por parte de las demás personas.

- Riesgo de exposiciones agresivas posteriores produciendo después sentimientos de culpa.
- Sentimientos de inferioridad, de culpa, ansiedad y depresión.
- Autoevaluación inadecuada y negativa.
- Ansiedad interpersonal excesiva.
- Aislamiento, soledad.
- Incomprensión, menosprecio y rechazo.
- Falta de enriquecimiento de la experiencia social.
- Dependencia perjudicial hacia las personas asfixiando oportunidades para crecer como persona.
- Deterioro de la satisfacción y la comunicación en la relación humana.
- Deterioro de la autoestima, la seguridad y la autoconfianza.

Lo que origina que el individuo, en lugar de resolver el conflicto, probablemente lo agrave más, que los demás abusen de él con mayor frecuencia y se acumule tensión que acabe por explotar en forma de agresión.

Además del estilo de respuesta pasivo, usualmente las personas manifiestan una conducta agresiva.

El comportamiento agresivo es otra práctica común y por demás innecesaria en las relaciones humanas. Se define como la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesto, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás (T. Moore, Quinter & Freeman, 2005). La gente agresiva se abre paso con la manipulación, la ira, la culpa y los reproches.

La meta usual del agresivo es la del dominio y la ganancia, forzando a la otra persona a que siempre pierda. Esta ventaja es impuesta con humillación, degradación y desprecio hacia el otro, de manera que lo debilite y pierda la posibilidad de expresarse y defenderse (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2002). Algunos aspectos de esta conducta se manifiestan de la siguiente manera:

- Mostrarse rígido o inflexible.
- Abusar de otros siendo insensible a sus necesidades. Solo importa lo propio.
- Querer tener siempre la razón.
- Emitir críticas constantes.
- Enojarse con facilidad.
- Actuar a la defensiva con frecuencia.
- No reconocer ni aceptar los derechos de los demás.
- Ver únicamente fallas en los demás.
- Reaccionar exageradamente.
- Sentirse fácilmente amenazado.
- Hacer bromas ridiculizando.

Las causas principales de la agresividad son (T. Gamble & W. Gamble, 2005): éxito previo al haber actuado agresivamente y falta de control emocional con predominio de inseguridad e irritación. Adicionalmente, se presentan errores en la forma de expresión, intolerancia a la frustración y falta de reconocimiento de los derechos de los demás.

Como en el caso de las personas pasivas, los agresivos sufren una serie de consecuencias debido a su forma de comportarse (Ostrov, Pilat & Crick, 2006):

- Insatisfacción y tensión.
- Aislamiento y soledad.
- Rechazo social.
- Violencia.
- Culpabilidad.
- Resentimiento.
- Agresión por parte de los demás y una interacción negativa cada vez más violenta.
- Deterioro en la salud física, moral y psicológica.
- Desintegración y rompimiento en las relaciones.
- Menos oportunidades del agresor de obtener y alcanzar sus metas deseadas.

El individuo agresivo provoca que se rompa el diálogo, se bloquea la creatividad de los demás y el grupo sólo se atreve a actuar cuando el agresor está presente. Por lo tanto, se genera un círculo vicioso en el que violencia genera mayor violencia conduciendo a resentimientos difíciles de manejar a largo plazo dentro de las relaciones interpersonales.

Muy común es también el estilo pasivo-agresivo: la persona callada y no asertiva en su comportamiento externo, pero con grandes dosis de resentimiento en sus pensamientos y creencias. Al no dominar una forma asertiva o agresiva para expresar estos pensamientos, las personas pasivo-agresivas utilizan métodos sutiles e indirectos: ironías, sarcasmos, indirectas, etc. Como tal, intentan que la otra persona se sienta mal, sin haber sido ellos, aparentemente, los culpables. Esto se debe a una falta de habilidad para afrontar las situaciones de otra forma.

Aunado a las características de ambos estilos, las personas no asertivas tienden a padecer con mayor frecuencia ansiedad y depresión (Roca 2007); trastornos que a su vez, inhiben e interfieren en el aprendizaje y la adquisición de conductas asertivas (Grijalvo & Pellejero, 2008).

Una vez descritas las dos conductas que denotan falta de asertividad, queda por ver el estilo de respuesta propiamente asertivo.

La asertividad funciona como mecanismo para alentar relaciones constructivas y respetuosas y como vehículo para propiciar un bienestar biopsicosocial tomando en consideración los derechos de los demás (Kimble et al., 2002; T. Moore et al., 2005). El mensaje básico es: Esto es lo que yo pienso. Esto es lo que yo siento. Así es como veo la situación. El mensaje expresa “quien es la persona” y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo. La meta central es la comunicación y el tener y conseguir respeto, pedir juego limpio y dejar abierto el camino para el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y derechos de dos personas.

La conducta asertiva también tendrá unas consecuencias en el entorno y la conducta de los demás (Castanyer, 2009; Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2002):

- Ganar seguridad personal.
- Respeto a sí mismo.
- Manifestar la posición individual.
- Comunicación positiva, clara y no manipulativa con los demás.
- Ser justo y motivante para con los demás.
- Aclarar malentendidos.
- No negar a los demás como personas y no negar sus derechos.
- Tener relaciones más íntimas y significativas.
- Que los demás se sientan respetados y valorados.

- Integrarse mejor al grupo.
- Mayor adaptación social.
- Mayor percepción de autoeficacia al adquirir un repertorio de habilidades para hacer frente a situaciones conflictivas.
- Disminución de la ansiedad.
- Ayudar a los demás para que también se expresen adecuadamente.
- Terminar relaciones dañinas o promover su mejoría cuando sea posible.

Finalmente, como resumen, se presentan las características principales de cada estilo de comportamiento en la Tabla 4.

**Tabla 4.**  
***Diferencias entre el comportamiento asertivo, pasivo y agresivo***

<b>Asertividad</b>	<b>Pasividad</b>	<b>Agresividad</b>
Emocionalmente honesto en la expresión de sentimientos negativos. Expresa sentimientos negativos controlando la forma de expresión. Trata de alcanzar los objetivos, conservando lo más posible la relación.	Emocionalmente inhibido en la expresión de sentimientos negativos. Cuando expresa sentimientos negativos, lo hace de manera inapropiada. Muy rara vez alcanza los objetivos y suele sacrificarlos para mantener la relación.	Emocionalmente honesto en la expresión de sentimientos negativos. Expresa sentimientos negativos de forma inapropiada. Alcanza los objetivos, la mayoría de las veces perjudicando la relación.
Persevera en los objetivos y evalúa el propio comportamiento. Consigue estar en desacuerdo con el grupo. Defiende los propios derechos, respetando los ajenos. Se valora sin referirse al otro. Realiza las propias elecciones, considerando opiniones ajenas cuando es necesario.	No persevera, recriminándose a sí mismo y a los otros. Casi siempre concuerda con el grupo. No defiende los propios derechos, respeta los ajenos. Se devalúa. Indeciso en sus elecciones, sometiéndose a opiniones ajenas.	Persevera sin evaluar las consecuencias. Consigue estar en desacuerdo con el grupo. Defiende los propios derechos, sin respetar los ajenos. Se valora hiriendo al otro. Realiza elecciones para sí y para otros.
Genera, en relación a sí, sentimientos de respeto. Se siente satisfecho consigo mismo.	Genera, en relación a sí, sentimientos de pena, irritación o desprecio. Se siente mal consigo mismo.	Genera, en relación a sí, sentimientos de rabia y venganza. Se puede sentir bien o mal consigo mismo.
Produce una imagen positiva de sí mismo. Usa con frecuencia expresiones afirmativas (“sí”, “no”, “quiero”, “vamos a hacer”) incluyendo el pronombre yo o nosotros.	Produce una imagen negativa de sí mismo. Usa expresiones dudosas (“tal vez”, “creo que”, “quien sabe”), rara vez incluyendo el pronombre yo.	Produce una imagen negativa de sí mismo. Usa expresiones imperativas (“hágalo así”, “usted no debe”, “yo quiero así”) incluyendo el pronombre yo.
Mantiene contacto visual con el interlocutor, habla fluidamente, en tono audible, con gestos firmes y postura apropiada.	Evita contacto visual, con perturbaciones en el habla y tono “de queja”, gestos vacilantes o “nerviosos” y postura sumisa.	Mantiene contacto visual intimidador con habla fluida, en un tono arriba de lo necesario, gestos amenazadores y postura autoritaria.

*Nota.* Tomado de Z. Del Prette y A. Del Prette (2002, p. 33).

En el caso de los menores, es a partir de los años de la niñez media que los infantes empiezan a adquirir habilidades asertivas que les permiten interactuar más eficazmente en las diversas situaciones sociales (Flores-Galaz, Góngora, Cortés & Reyes, 2004). Por lo que la asertividad se aprende gradualmente a medida que los niños intervienen en situaciones en las que deben defender sus derechos y opiniones.

La contextualización de la asertividad, desde el modelo propuesto por Flores-Galaz y Díaz-Loving (2002), concuerda con la idea de que existen tres contextos ambientales para su aprendizaje.

Primero, el familiar, reconociendo que la familia es el mayor agente de socialización en nuestra sociedad y constituye para el niño el primer ambiente significativo. La familia, principalmente el subsistema de la pareja y de los padres, es el

agente socializador responsable de la adquisición de conocimientos y estrategias cognoscitivas, reglas de comportamiento y motivación. Es la primera instancia en la que el niño practica y somete a prueba el comportamiento social. Si los padres proporcionan los cuidados necesarios y promueven el desarrollo social sano en sus hijos, los menores tendrán mayores oportunidades de ajustarse adecuadamente a su ambiente social (Anooshian, 2003). En caso contrario, serán víctimas de aislamiento y rechazo sociales. Adicionalmente, si crecen en un contexto de violencia, aprenderán el uso de la violencia como medio de relacionarse con los demás conduciendo, así, a la exclusión social.

Segundo, el contexto escolar, reconociendo que cuando un niño entra a la escuela amplía su mundo social y junto con ellos sus posibilidades de continuar el aprendizaje de habilidades sociales en una gama de nuevas posibilidades de relación con adultos y con niños mayores y más pequeños que él.

Y, tercero, el grupo de pares, ya que le proporciona muchas oportunidades de aprender normas sociales y las claves para diferenciar entre comportamientos adecuados e inadecuados en el ámbito social.

En México, para el contexto familiar, la fuerza de la premisa sociocultural de la obediencia y el respeto a la autoridad prevalecen. En consecuencia, los niños asumen un estilo no asertivo que se relaciona con la obediencia afiliativa. No obstante, cuando se trata de situaciones que implican defender algún derecho económico ya sea con amigos o desconocidos, se hace uso del estilo asertivo (Flores-Galaz et al., 2004).

Referente a los menores y jóvenes en situación de calle, a nivel mundial se ha encontrado que se caracterizan por ser inasertivos con una mayor tendencia hacia la agresividad que a la pasividad. Empero, en México, dentro de su grupo de pares el estilo conductual adoptado es inminentemente pasivo. Ello resultado de que al menos en nuestra cultura es muy importante el estilo de vida afiliativo pues las relaciones que se establecen con otros individuos constituyen una fuente de satisfacción, por lo que preferimos cambiar que exigir nuestros derechos con tal de conseguir la aprobación social y pertenecer al grupo al que se desea (Díaz-Guerrero, 2007). El que predomine la agresividad puede deberse a los patrones conductuales aprendidos dentro de su núcleo familiar, dado que provienen de ambientes familiares caracterizados por violencia, negligencia y abandono. Dichos patrones son reforzados por el entorno escolar, en donde sufren rechazo, marginación y exclusión sociales aunado a maltrato físico y psicológico por sus compañeros escolares y, en ocasiones, por el profesorado. Aunado a lo anterior, también son reforzados por el entorno comunal, en donde imperan altos niveles de violencia pues hay presencia de drogadicción y alcoholismo, venta de drogas, pandillas, prostitución, actividades delictivas y ausencia de normas, límites claros, seguridad y protección por las autoridades, entre otros. Así mismo, una vez en la calle se insertan a un mundo de mayor desamparo y riesgo porque quedan a merced de otros menores, jóvenes y adultos en las mismas circunstancias, lo que los convierte en víctimas potenciales de la explotación laboral y sexual comercial sin la protección de una familia, de las autoridades y de la sociedad en general. Ante lo cual, padecen y aprenden el uso de la violencia para poder sobrevivir y formar parte de la cultura callejera en la cual se encuentran inmiscuidos. En consecuencia, son confrontativos imperando comportamientos como asocial, introvertido, violento, evasivo e inaccesible. Razón por la cual, al ingresar a una organización asistencial tienen dificultades para seguir las normas y reglas implementadas por lo que terminan por abandonar la institución y regresar a la calle limitando, así, sus oportunidades de obtener una mejor calidad de vida. De igual manera, el padecimiento de sintomatología ansiosa y depresiva inhibe e interfiere en la adquisición de conductas asertivas y, en este grupo social, de acuerdo con la literatura de investigación revisada, predomina la presencia de ansiedad y depresión que llevan a que su conducta sea agresiva, disruptiva, disfuncional e impulsiva. Aunado a lo anterior, la

presencia de sintomatología ansiosa y depresiva suele derivarse de un pobre manejo y control de emociones ante todo negativas que no permite el aprendizaje de habilidades sociales adaptativas y contribuye a la incompetencia social. Por ende, la falta de regulación emocional repercute en la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales funcionales conduciendo, de esta manera, al rechazo social, que a su vez, incrementa la sintomatología ansiosa y depresiva y favorece un mal manejo de emociones. De ahí que sea una población eminentemente inasertiva.

Es importante resaltar que en México, hasta donde se ha revisado, no se han realizado investigaciones psicosociales que aborden la asertividad en la población infantil y adolescente en situación de calle y menos en el grupo femenino. Como tal, se carece de conocimientos al respecto y los existentes datan de estudios hechos a nivel internacional en donde también destaca la escasez de trabajos al respecto. Por tanto, la información presentada debe de tomarse con cautela.

En el caso de la población femenina en situación de calle, se observa que se caracterizan por no ser asertivas producto de diversos factores. Presentan sintomatología ansiosa y depresiva que se asocia con la falta de asertividad (Keenan et al., 2010). Proviene de familias en donde impera el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico y en donde se les educa y enseña a ser sumisas y abnegadas. Dentro de su núcleo familiar no se promueve ni propicia el que adquieran habilidades sociales que les permita defender sus derechos e intereses afrontando eficazmente las demandas de su entorno. El contexto comunal en el que se desenvuelven presenta condiciones negativas y adversas para su desarrollo pues promueve el sometimiento, la falta de poder de decisión y la realización de conductas socialmente inaceptables. En la escuela suelen ser víctimas de desatención, violencia y negligencia que las puede llevar a ser agresivas o pasivas. Dentro de su grupo de pares suelen apegarse a las normas y reglas implementadas por el mismo padeciendo maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico siendo, de esta manera, pasivas. También, pueden llegar a ser confrontativas y agresivas para defenderse de los posibles abusos del que son objeto por otros menores y jóvenes en las mismas circunstancias, las autoridades y personas adultas que las rodean. Además, son desconfiadas, hostiles y rechazantes si llegan a permanecer en una institución asistencial por lo que pueden llegar a no acoplarse a los lineamientos institucionales y optan por abandonar la organización regresando al estilo de vida callejero. Ante lo cual se restringen sus oportunidades de salir de éste y de obtener una mejor calidad de vida. Finalmente, en sus relaciones de pareja, suelen llegar a padecer violencia física y psicológica. Consecuentemente, se encuentran inmersas en un mundo de violencia del cual difícilmente podrán salir si no se les proporcionan las habilidades y herramientas necesarias para ello. Aunado a lo anterior, una vez que abandonan su nicho familiar, se vuelven dependientes tanto de su grupo de pares como de su pareja coartando, así, sus oportunidades de ejercer conductas asertivas y conduciendo, por ende, a que sean pasivas. Como puede observarse, en las menores y jóvenes en situación de calle predominará el estilo pasivo, agresivo o pasivo-agresivo dependiendo de la situación en la que se encuentren y de las personas involucradas.

Por otra parte, las condiciones en las que se desenvuelven las hacen adquirir habilidades de sobrevivencia que les permiten afrontar las circunstancias adversas de su ambiente. Debido a ello, cuentan con herramientas que, de ser canalizadas funcionalmente, pueden llegar a convertirse en capacidades que promuevan la adaptación positiva a su entorno.

En resumen, enseñar a estas niñas y jóvenes a ser competentes socialmente es una manera de prevenir la desadaptación social y, con ello, el deterioro biopsicosocial. Como las relaciones interpersonales en la infancia y la adolescencia son uno de los factores más importantes a la hora de predecir el ajuste social del individuo, los programas de entrenamiento asertivo son muy efectivos (Grijalvo & Pellejero, 2008).

Adicionalmente, la implementación de estrategias que promueven el aprendizaje de habilidades asertivas son esenciales para el adecuado desarrollo de la integridad físico-psicológica de las menores y jóvenes en situación de calle (R. Lopes, 2011), promoviendo, así, una mejor calidad y satisfacción con la vida.

### *Ansiedad*

La ansiedad constituye una respuesta fisiológica, conductual y cognitiva caracterizada por un estado de alerta y activación generalizado, que se integra mediante un conjunto de reacciones defensivas innatas en el repertorio conductual del ser humano. Como mecanismo de vigilancia del organismo sirve para alertar al menor de posibles peligros y, consecuentemente, desempeña un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Por consiguiente, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Rockhill et al., 2010). No obstante, puede convertirse en una reacción desadaptativa si se experimenta en exceso conduciendo, eventualmente, al padecimiento de un trastorno de ansiedad (Chavira, Garland, Yeh, McCabe & Hough, 2009; S. Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010).

Los trastornos de ansiedad (p. ej.: ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobia específica, fobia social, ansiedad de separación y obsesivo compulsivo), son los desórdenes mentales más prevalentes en la infancia y adolescencia (Hoff-Esbjörn, Hoeyer, Dyrborg, Leth & Kendall, 2010; Ishikawa, Sato & Sasagawa, 2009; Lewis, Byrd & Ollendick, 2012; Pahla, Barrett & Gulloc, 2012; Zarei, Rostami, Farhanian, Granmaye-pour & Sadeghian, 2011). A pesar de ello, no son diagnosticados a tiempo ni tomados en consideración porque los niños ansiosos no ocasionan problemas (Vigil et al., 2009). Así mismo, tienden a aparecer en edades tempranas, aproximadamente entre los 8 y 10 años de edad (Cho et al., 2009; Frank-Briggs, 2010). De hecho, el 75% de todos los casos de trastornos de ansiedad empiezan en la niñez y la adolescencia (Fox, Halpern & Forsyth, 2008). Adicionalmente, son estables a través del tiempo, presentando un curso crónico que tiende a persistir en la adultez en caso de no ser atendidos (Simon & Bogels, 2009) con grandes probabilidades de recaídas cuando se proporciona el tratamiento inadecuado, siendo el más efectivo en este tipo de padecimientos, la terapia cognitivo-conductual (Ehrenreich & Santucci, 2009; Simos, 2008). Empero, los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad en la infancia son muy poco precisos, por la ausencia de unos criterios clasificatorios estrictos básicamente compartidos y por el solapamiento de unos cuadros sobre otros (Echeburúa & De-Corral, 2009).

Los menores y jóvenes en situación de calle conforman un grupo social que, de acuerdo con la literatura de investigación revisada, es eminentemente ansioso siendo esta característica más prevalente en las mujeres que en los varones. Aunado a lo anterior, generalmente presentan diversos trastornos de ansiedad siendo el más común el trastorno por estrés postraumático. Como resultado, presentan mayores tendencias hacia la agresión, la impulsividad y hacia reacciones emocionales extremas como serían los estallidos de ira o de llanto. Al carecer de habilidades o al no saber usar las ya existentes en su repertorio conductual de manera eficaz, recurren a la realización de conductas de riesgo como método de control y manejo de su ansiedad. Por ende, consumen drogas y alcohol, llevan a cabo conductas de automutilación, participan en pleitos con mayor frecuencia, se involucran en actividades sexuales de riesgo, realizan actos delictivos, tienen problemas con las autoridades y forman parte de pandillas, entre otros. De ahí que sean marginados y excluidos socialmente. De igual manera, las organizaciones asistenciales no cuentan con la estructura y equipo necesarios para atender sus demandas y poder dotarlos de habilidades que les permitan aprender a regular y controlar

su ansiedad. En consecuencia, abandonan la institución o ésta misma los expulsa al no saber manejar tales circunstancias quedando a merced de la vida callejera que incrementa la sintomatología ansiosa y con ello las repercusiones a su integridad físico-psicológica. Consecuentemente, si no se les atiende se perpetúa su estilo de vida y formas de regular su ansiedad que no sólo afectan su calidad de vida sino que también se convierten en problema social y económico pues aumentan los índices de violencia e inseguridad, de drogadicción y alcoholismo, de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no deseados y los costos dentro del área de salud para hacer frente a problemáticas que se pudieron haber prevenido de ser abordados temprana y eficazmente.

Referente a diferencias por sexo, se ha observado a nivel internacional que hay una mayor prevalencia de ansiedad y sus respectivos trastornos en las niñas que en los niños como también ocurre en la vida adulta (Derdikman-Eiron et al., 2011; Kahneman et al., 1999; Landman-Peeters et al., 2005; Lubman, Allen, Rogers, Cementon & Bonomo, 2007) y en la población femenina en situación de calle. Un hecho de esta naturaleza no puede ser sino resultado de una interacción entre variables biológicas y culturales. Desde una perspectiva biológica, las respuestas de ansiedad favorecen la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para protegerse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de los hijos. Aunado a lo anterior, los cambios hormonales como el incremento en los estrógenos y la progesterona durante el ciclo menstrual, la menopausia, la pubertad, el embarazo y el post-parto por ejemplo, aumentan la probabilidad de padecer ansiedad y depresión. Y desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas, induciendo respuestas de miedo ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor, como propias de su sexo (Kahneman et al., 1999; Mellon & Moutavelis, 2007). Al menos en nuestra cultura, a las mujeres se les permite externalizar sus sentimientos y, de hecho, se consideran más vulnerables, por lo que se les permite llorar y manifestar sus temores y ansiedades. Lo femenino se asocia con la expresividad, la fragilidad, la debilidad y lo sentimental. Mientras que en los niños se desapruueba severamente toda demostración de interés de tipo femenino pues es un signo de falta de virilidad que, en el hombre, es el valor hasta de la temeridad, la agresividad, la brusquedad y el no rajarse (Díaz-Guerrero, 2007). Razón por la cual, los varones ocultan sus miedos y preocupaciones dado que esto los hace menos masculinos. Es así como los menores crecen con una ideología referente a cómo deben de comportarse y de reaccionar ante determinadas situaciones. Empero, hasta donde se ha revisado, no existen estudios que aborden la ansiedad, sus repercusiones y que atiendan tal problemática en dicho grupo social en nuestro país, y, a nivel internacional, resalta la escasez de investigaciones sobre tal temática. Con lo cual, se perpetúa una pobre calidad de vida y se acrecentan los problemas de diversa índole que ello conlleva.

La ansiedad y sus diversos trastornos tienen un curso de desarrollo común (Rockhill et al., 2010): 1) exposición a un estímulo ansioso, 2) aumento en la ansiedad acompañado de pensamientos catastróficos, y 3) conductas de evitación o huida que producen alivio inmediato de la ansiedad. Para los menores y jóvenes, existen diversos estímulos que pueden conducir a la aparición de una reacción ansiosa. Por ejemplo: los acontecimientos estresantes (separación, divorcio, padres con conductas criminales y problemas legales, violencia intrafamiliar, falta de comunicación y de apoyo intrafamiliar, etc), los factores personales (temperamento del niño, recursos con los que cuenta, personalidad, autoeficacia, autoconcepto, etc.), y los factores sociales y culturales como el rechazo social, la falta de apoyo social, el fracaso escolar, la presión escolar y familiar, el nivel socioeconómico de los cuidadores primarios, el estilo educativo de los padres, la



violencia comunal, la falta de recursos en la comunidad de origen, la situación política del país, etc. Como resultado, existen varios factores que hacen que un menor o joven en situación de calle sea más propenso o vulnerable a padecer ansiedad. Dentro de los cuales destacan: el haber sido víctimas de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, de negligencia y desatención en su nicho familiar, escolar y/o comunal, las familias reconstituidas, el que los cuidadores primarios cambien de pareja con frecuencia y estén involucrados con personas que realizan conductas criminales, el uso y abuso de sustancias en la familia, dentro de su grupo de pares y en su comunidad de origen, el formar parte de grupos de riesgo<sup>3</sup> (p. ej.: aquéllos que consumen drogas, realizan conductas delictivas, etc.), la falta de atención y de recursos de las instituciones asistenciales, la carencia de habilidades y capacidades para un adecuado manejo y control de emociones, el rechazo y aislamiento sociales y el nivel socioeconómico bajo, entre otros (Kennedy, Bybee, Sullivan & Greeson, 2009; Pallet et al., 2012; Tonmyr et al., 2011). Un nivel socioeconómico bajo constituye un factor desencadenante de síntomas ansiosos porque estas familias viven en estrés crónico como consecuencia de la adversidad social que enfrentan (Costello, Compton, Keeler & Angold, 2003; Najman et al., 2010), que las lleva a ser disfuncionales caracterizadas por la presencia de negligencia, desatención y abandono; características típicas en aquellas familias con bajos recursos socioeconómicos. Es importante mencionar que la falta de apoyo social constituye un factor que conlleva a padecer ansiedad más frecuentemente en las mujeres que en los varones (Landman-Peeters et al., 2005).

Aunado a lo anterior, si los infantes y adolescentes no reciben la atención adecuada, tales trastornos tienden a tener efectos a corto y largo plazo en su desarrollo socioemocional. Dentro de las consecuencias a corto plazo se encuentran la carencia y falta de apoyo social y de redes sociales efectivas, la incapacidad para establecer relaciones interpersonales funcionales, el tener un bajo aprovechamiento académico, el ausentismo y deserción escolares, el rechazo y aislamiento sociales, el sufrir violencia física y psicológica, el ser perpetradores de violencia, el tener un autoestima y autoconcepto devaluados, el volverse agresivos, hostiles e intolerantes, la falta de atención y concentración, la disminución en las habilidades de razonamiento, una baja autoeficacia, la carencia de habilidades de solución de problemas, la inadaptación social, la dependencia excesiva en otras personas, la falta de recursos para enfrentar situaciones estresantes y la inexistencia de regulación emocional, entre otros (Coplan, Findlay & Schneider, 2010; Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005; Vigil-Colet et al., 2009). Los efectos adversos a largo plazo incluyen el deterioro en los ámbitos escolar, laboral, familiar y social, el desempleo, la depresión, el realizar conductas delictivas y antisociales, el presentar trastornos conductuales, la ideación e intentos suicidas y el uso y abuso de sustancias (Douglas et al., 2010; Essau, 2009). También el detrimento en la calidad de vida y el funcionamiento interpersonal, junto con la necesidad de recibir atención y cuidados de la salud, constituyen una carga para la sociedad vía los costos que generan directa e indirectamente (Simon & Bögels, 2009; N. Slesnick & Kang, 2008).

Por otra parte, los desórdenes ansiosos comúnmente tienen elevadas tasas de comorbilidad pudiendo presentarse junto con otros trastornos de ansiedad u otros trastornos mentales o del estado de ánimo (Frank, Matza, Revicki & Chung, 2005; Kennedy, 2009; Levy, Hunt & Heriot, 2007). Por ejemplo, en todos los trastornos de ansiedad, hay un número significativo de pacientes (en torno al 30-50%) que están

---

<sup>3</sup>Para fines de esta investigación, se define como grupos de riesgo a aquéllos que realizan conductas de riesgo como serían el uso y abuso de sustancias, las actividades delictivas (p. ej.: vandalismo, robar, vender droga, prostituirse, dañar la propiedad pública y privada, etc.) y la conducta sexual de riesgo (p. ej.: el tener múltiples parejas sexual, no usar métodos anticonceptivos, el tener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y/o el alcohol, etc.), entre otras.

aquejados asimismo de depresión (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Merikangas, 2001). Los niños y adolescentes diagnosticados con depresión se encuentran aquejados con frecuencia de trastornos de ansiedad. En conjunto, más del 50% de menores aquejados de depresión también lo están de uno o más trastornos de ansiedad, y en estos casos, los síntomas son más graves y el grado de incapacidad mayor (Echeburúa & De-Corral, 2009). Por tanto, la ansiedad y la depresión están relacionadas pues la ansiedad comúnmente precede a la depresión (Macklem, 2008; Snyder et al., 2009). Algunos de los síntomas de ansiedad y depresión que se presentan conjuntamente son los siguientes (Reid, Salmon & Lovibond, 2006): miedo a tener pensamientos negativos o a hacer algo malo, paranoia, tendencia a la perfección, presentar altos niveles de estrés, tensión, nerviosismo, miedo o ansiedad, avergonzarse fácilmente, preocupaciones, sospechas o quejas recurrentes, soledad, llanto continuo, sentimiento de no ser querido, de minusvalía o de inferioridad, sentimiento exagerado de culpa, tristeza o depresión. Bajo estas circunstancias las repercusiones en el bienestar biopsicosocial del individuo son mayores al igual que el deterioro en su calidad de vida. Adicionalmente, los niños y adolescentes con trastornos comórbidos están en mayor riesgo de padecer desórdenes psiquiátricos más severos (Levy et al., 2007), de consumir drogas y alcohol en mayor grado y de realizar conductas de riesgo que incluyen la automutilación, la actividad sexual sin protección y el uso de sustancias vía intravenosa (Lubman et al., 2007).

En resumen, los menores y jóvenes en situación de calle que padecen ansiedad (Macklem, 2008):

- Exhiben emociones de forma extrema no acordes o demasiado exageradas para la situación vivida.
- Exhiben emociones con mayor frecuencia.
- Tienen dificultades para disminuir emociones negativas.
- Tienen dificultades para regular emociones y regresar a un estado de equilibrio.
- Tienen dificultades para inhibir la expresión de emociones sobre todo negativas.
- Tienen dificultades para comprender las experiencias emocionales tanto de ellos mismos como de las personas que los rodean.
- Experimentan emociones negativas con mayor frecuencia.
- Tienen un pobre control emocional y de impulsos.
- Tienen una visión negativa de sí mismos, del futuro y del mundo.
- Afrontan emociones negativas usando como estrategias de regulación emocional la agresión y la evitación.
- No conciben que es posible modificar sus experiencias emocionales.

Como puede observarse, la ansiedad y sus respectivos trastornos tienen efectos perjudiciales a corto y largo plazo si no se les atiende de manera apropiada. Ante lo cual, destaca la necesidad de proponer e implementar estrategias efectivas de intervención acordes a las características y necesidades de los grupos sociales bajo estudio que proporcionen una atención integral de la problemática y que contribuyan a disminuir gradualmente la problemática.

Se sabe que la ansiedad inhibe e interfiere en la adquisición de conductas asertivas (Castanyer, 2009; Roca, 2007) y que la falta de asertividad lleva al padecimiento de sintomatología ansiosa (Crawford & Manassis, 2011), que a su vez generalmente es resultado de un pobre manejo y control de emociones (J. Gross, 2007; Vingerhoes et al., 2008). Por consiguiente, los menores y jóvenes en situación de calle al no ser asertivos se vuelven más ansiosos pues carecen de un repertorio conductual apropiado que les permita afrontar las demandas de su entorno. Al presentar sintomatología ansiosa tienen mayores dificultades para adquirir habilidades sociales mediante las cuales se puedan

adaptar adecuadamente a su ambiente, y dentro de su núcleo familiar, comunal y en su grupo de pares no aprendieron estrategias efectivas de regulación emocional que los lleva a un mal manejo de emociones sobre todo negativas experimentando, así, una mayor ansiedad y mayores dificultades de desenvolverse asertivamente en su entorno circundante. Razón por la cual, están inmiscuidos en un círculo vicioso de ansiedad-falta de asertividad-pobre regulación emocional del cual difícilmente puedan salir si no se les proporciona la atención psicosocial debida que les permita aprender estrategias efectivas de manejo de la ansiedad y adquirir conductas asertivas para evitar la aparición de sintomatología ansiosa posibilitando, así, una mejor calidad de vida y un mayor bienestar biopsicosocial.

### *Depresión*

La depresión constituye uno de los desórdenes psicológicos más prevalentes asociados a un gran deterioro social, laboral y/o escolar y personal que conduce a una muerte temprana (Abela & Hankin, 2008). Lo que es más, es uno de los factores de riesgo más asociados al suicidio.

En la población infantil y adolescente, está aumentando considerablemente. Para la edad de 14 años, por lo menos el 9% de los niños y adolescentes han experimentado un episodio de depresión severa y, actualmente, es uno de los trastornos más prevalentes en la población adolescente (Essau, 2009). Sin embargo, toda investigación referente a la depresión se ha centrado en adultos sin considerar que existen importantes diferencias cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas entre ambos subgrupos: adultos y menores de edad. Además, a nivel mundial más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no reciben el diagnóstico y mucho menos el tratamiento adecuado (Acosta-Hernández et al., 2011).

Referente a la población en situación de calle, a nivel mundial constituye uno de los desórdenes más comunes al igual que la ansiedad. No obstante, hasta donde se ha revisado, casi no hay investigaciones psicosociales dirigidas a atender dicha problemática en este grupo.

La depresión se define como un estado de ánimo transitorio compuesto de un conjunto de síntomas y signos. Es un trastorno clínico definido por nosologías oficiales. En los niños y adolescentes, se asocia con un riesgo mayor de presentar ansiedad, trastornos de conducta, desórdenes alimenticios y abuso de sustancias. Los criterios propuestos para clasificar la depresión de los adultos son aplicables a niños y adolescentes. Las clasificaciones más usuales son (V. Caballo & Smith, 2005):

- Primaria versus secundaria. La depresión bien es el trastorno principal o bien es consecuencia de un problema médico (p. ej.: enfermedad de Cushing), o psicológico (p. ej.: drogadicción).
- Unipolar versus bipolar. Sólo episodios depresivos o episodios depresivos más episodios (hipo)maníacos. Conviene señalar que en la niñez se presentan pocos casos de manía y de trastornos bipolares.
- Depresión mayor versus distimia. Se refiere a si cumple los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta versión (DSM-IV-TR) para el trastorno o bien el estado de ánimo es irritable (y/o disfórico), durante al menos un año, acompañado de otros síntomas depresivos, pero sin llegar a reunir los criterios diagnósticos. En la infancia existe una prevalencia mayor de distimia.

- Endógena versus exógena. La causa desencadenante es interna (p. ej.: déficit funcional de noradrenalina), o bien se produce como reacción a un evento negativo claramente identificable (p. ej.: una ruptura amorosa).

Internacionalmente han prevalecido los criterios DSM de la depresión, aplicables a los niños con ligeras matizaciones y los especificados por Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz en 1973. Ambos criterios son muy similares entre sí, radicando la mayor diferencia, en la sustitución de la ideación autodespreciativa por la anhedonia como síntoma principal. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años adquiere relevancia el sistema cognitivo y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal (V. Caballo & Smith, 2005).

A continuación se presentan los síntomas de un episodio depresivo de acuerdo con el DSM IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002) y posteriormente aquéllos establecidos por Weinberg et al. (1973).

#### Síntomas principales

1. Estado de ánimo irritable o deprimido (disforia):
  - a. Estado de ánimo irritable o inestable: ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, y sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.
  - b. Estado de ánimo triste, desesperanzado, desanimado, “como en un pozo”.
  - c. Estado de ánimo “pasota”, insensible o ansioso.
  - d. Quejas de molestias y dolores físicos.
2. Disminución del interés o del placer en las actividades (anhedonia):
  - a. Disminución del interés por las aficiones, pérdida de interés general.
  - b. Disminución o pérdida de la capacidad para disfrutar actividades que anteriormente fueron placenteras.
  - c. Aislamiento social.
  - d. Abandono de los pasatiempos y entretenimientos; por ejemplo, un niño al que le gustaba el fútbol pone excusas para no practicarlo.

#### Síntomas secundarios

3. Pérdida de apetito y fracaso en lograr los aumentos de peso esperables:
  - a. Disminución del apetito, esfuerzos para comer.
  - b. Fracaso en la consecución del peso apropiado o pérdida de peso.
  - c. O, con menos frecuencia, aumento del apetito, preferencias alimentarias (p. ej.: dulces).
  - d. O, con menos frecuencia, ganancia de peso.
4. Alteraciones del sueño:
  - a. Insomnio medio.
  - b. Insomnio tardío.
  - c. Insomnio inicial.
  - d. O, con menos frecuencia, hipersomnias.
5. Alteraciones psicomotoras:
  - a. Agitación motora observable, como por ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto.
  - b. Enlentecimiento motor observable, como, por ejemplo, habla y movimientos corporales enlentecidos, aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido o mutismo.

6. Pérdida de energía, cansancio y fatiga:
  - a. Fatiga persistente sin hacer ejercicio físico.
  - b. Requerimiento de grandes esfuerzos para realizar pequeños trabajos.
  - c. Eficacia reducida para la realización de tareas; por ejemplo, el niño se queja de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
  - a. Evaluación negativa no realista de la propia valía, interpretación de acontecimientos cotidianos neutros o triviales como prueba de defectos personales.
  - b. Preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados, sentimiento exagerado de responsabilidad con respecto a las adversidades.
  - c. Los sentimientos de inutilidad o de culpa pueden tener proporciones delirantes.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones:
  - a. Facilidad para distraerse, falta de concentración y de memoria.
  - b. Dificultad para pensar y para funcionar intelectualmente del mismo modo que antes.
  - c. Disminución del rendimiento académico.
  - d. Indecisión.
9. Pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas de suicidio
  - a. Creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese.
  - b. Pensamientos transitorios (1 ó 2 minutos) pero recurrentes (una o dos veces a la semana), sobre el hecho de suicidarse.
  - c. Planes específicos para cometer suicidio (p. ej.: comprar una pistola, fijar el lugar y el momento en el que se sabe que se encontrará solo).
  - d. Tentativas de suicidio.

Los síntomas, excepto las cogniciones y las conductas suicidas, han de presentarse prácticamente a diario, al menos durante catorce días consecutivos. Para constatar la presencia de un síntoma es suficiente el informe del niño, excepto en la agitación o el enlentecimiento psicomotores que tienen que resultar tan graves como para ser observables por los demás y no constituir únicamente una sensación subjetiva. Los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa, provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad. Se excluye el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios de un episodio mixto (maniaco y depresivo), si se deben a ideas delirantes o alucinaciones congruentes con el estado de ánimo (p. ej.: pérdida significativa de peso ocasionada por una drástica reducción de la ingesta asociada a la idea delirante de que la comida está envenenada), a los efectos de una droga (p. ej.: intoxicación por alcohol), de un medicamento (p. ej.: corticoides), de una enfermedad (p. ej.: hipotiroidismo), o si se explican mejor por la presencia de duelo (p. ej.: inicio y remisión de síntomas de intensidad leve en los dos meses inmediatamente posteriores a la pérdida de un ser querido).

Síntoma de la depresión infantil (Weinberg et al., 1973)

Síntomas principales

1. Estado de ánimo disfórico (melancolía)
  - a. Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.

- b. Cambios en el estado de ánimo, malhumor.
  - c. Irritabilidad, se enfada fácilmente.
  - d. Hipersensibilidad, llora fácilmente.
  - e. Negativismo, resulta difícil de complacer.
2. Ideación autodespreciativa
- a. Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo).
  - b. Ideas de persecución.
  - c. Deseos de muerte.
  - d. Deseo de huir, de escaparse de casa.
  - e. Tentativas de suicidio.

#### Síntomas secundarios

3. Conducta agresiva (agitación)
- a. Dificultades en las relaciones interpersonales.
  - b. Facilidad para riñas y pendencias.
  - c. Poco respeto a la autoridad.
  - d. Beligerancia, hostilidad, agitación.
  - e. Discusión, peleas excesivas o ira súbita.
4. Alteraciones del sueño
- a. Insomnio inicial.
  - b. Sueño inquieto.
  - c. Insomnio tardío.
  - d. Difícil despertar por la mañana.
5. Cambios en el rendimiento escolar
- a. Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa memoria.
  - b. Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
  - c. Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares.
6. Socialización disminuida
- a. Menor participación en grupo.
  - b. Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable.
  - c. Retraimiento social.
  - d. Pérdida de los intereses sociales habituales.
7. Cambio de actitud hacia la escuela
- a. Pérdida de placer en actividades escolares.
  - b. Negativa o rechazo a ir a la escuela.
8. Quejas somáticas
- a. Cefalalgias no migrañosas.
  - b. Algias abdominales.
  - c. Mialgas.
  - d. Otras preocupaciones o quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual
- a. Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares.
  - b. Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.
10. Cambios en el apetito y/o peso habituales.

De acuerdo a la literatura de investigación revisada, se ha encontrado que los menores y jóvenes en situación de calle presentan, de los síntomas mencionados, cambios en el apetito, alteraciones de sueño, quejas somáticas, cansancio y fatiga, alteraciones en el estado de ánimo, agresividad, aislamiento social, disminución en actividades placenteras, falta de concentración y de toma de decisiones, ideación e

intentos suicidas, sentimientos de culpa y de minusvalía, bajo aprovechamiento y rendimiento escolares, hostilidad y sentimientos de inutilidad, entre otros.

Existen diversos factores de riesgo personales, familiares, sociales y ambientales asociados a presentar depresión (Au, Lau & Lee, 2009; Frye & Goodman, 2000; George, Herman & Ostrander, 2006; Guibord, Bell, Romano & Rouillard, 2011; Irwin, LaGory, Ritchey & Fitzpatrick, 2008; S. Thompson et al., 2011), por lo que el padecimiento de dicho trastorno es multifactorial (Appleton, 2008; Sander & McCarty, 2005). Los factores individuales incluyen variables como desórdenes psiquiátricos, conductuales, afectivos y del estado de ánimo, autoconcepto y autoestima devaluados (J. Chun & Springer, 2005a), falta de competencia social y de habilidades de solución de problemas, baja autoeficacia percibida, bajo rendimiento y aprovechamiento escolares, conflictos legales, uso y abuso de sustancias, sesgos cognitivos, creencias irracionales, pensamientos catastróficos y deficiencias de habilidades interpersonales, entre otros. Dentro de los familiares, están los conflictos y la violencia intrafamiliar, la falta de comunicación y apoyo, el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, el uso y abuso de sustancias y la negligencia emocional, educativa y física, principalmente. De igual manera, si los familiares padecen depresión, es común que los hijos también la presenten (Leschied, Chiodo, Whitehead & Hurley, 2005). Como tal, el estado de salud mental de los progenitores incide en el padecimiento de diversos desórdenes en el menor (Tonmyr et al., 2011). En cuanto a los factores sociales, se ha encontrado que el aislamiento y rechazo por el grupo de pares (Zimmer-Gembeck, Hunter & Pronk, 2007), el maltrato físico y psicológico por los compañeros escolares, la asociación con grupos de riesgo (p. ej.: realizan actividades delictivas, conductas sexuales de riesgo, consumen drogas y alcohol, etc.), la falta de aprobación social y la carencia de redes sociales de apoyo funcionales (Pelkonen, Marttunen & Aro, 2003; Rodríguez-Espínola, 2010; Wan-Ning, Whitbeck & Hoyt, 2000), incrementan la probabilidad de presentar depresión. Finalmente, como factores ambientales se tienen la pobreza (Hatcher, Rayens, Peden & Hall, 2008; Joy & Hudes, 2010; Najman et al., 2010; Patton et al., 2008; Ssewamala, Neilands, Waldfogel & Ismayilova, 2012), el hacinamiento, la exclusión y marginación sociales, el uso y abuso de sustancias en la comunidad de origen, el vandalismo, la falta de seguridad y protección, la presencia de pandillas, la violencia, la carencia de oportunidades laborales y educativas y la falta de recursos y de espacios recreativos, etc.

Tal y como se puede observar en las características descritas a lo largo de todo el estudio, el menor o joven en situación de calle forma parte de un grupo social altamente vulnerable al padecimiento de depresión porque los distintos ámbitos en los que se desenvuelve son disfuncionales y adversos para su desarrollo y a nivel individual carece de un repertorio conductual apropiado que le permita adquirir habilidades de competencia social, afrontar eficazmente las demandas del entorno y adaptarse adecuadamente a éste. Así mismo, los factores asociados al padecimiento de sintomatología depresiva están presentes durante el crecimiento del niño o adolescente en situación de calle pues son propios de su contexto familiar, escolar, laboral, comunal y personal. Como resultado, es una población con una gran vulnerabilidad a presentar depresión. A pesar de ello, hasta donde se ha revisado, al menos en nuestro país no hay estudios que proporcionen diagnósticos y evaluaciones confiables e intervenciones destinadas a atender tal padecimiento ni en la población varonil ni mucho menos en la femenil.

Por otra parte, al ser la depresión un trastorno que repercute en el bienestar biopsicosocial de las personas aminorando, así, su calidad de vida, conlleva una serie de consecuencias a corto y largo plazo, entre las cuales se encuentran las siguientes (Abela & Hankin, 2008; Acosta-Hernández et al., 2011; Crum et al., 2008; De la Garza, 2007; Kauffman, 2005; P. Rohde, Noell, Ochs & Seeley, 2001). A corto plazo, la depresión en

los menores y jóvenes repercute en su habilidad para desenvolverse adaptativamente en situaciones sociales comprometiendo, así, sus relaciones interpersonales. Por ejemplo, síntomas y conductas depresivas como fatiga, falta de motivación, retraimiento social y anhedonia conducen a que los niños y adolescentes se aíslen y eviten el contacto con su grupo de pares y con su familia, y a que establezcan amistades y relaciones amorosas superficiales. Adicionalmente, dado que presentan problemas de regulación emocional, pueden fomentar reacciones sociales aversivas conduciendo al rechazo por sus compañeros y a la existencia de conflictos intrafamiliares. Igualmente, otros síntomas de la depresión como el dudar de sí mismo y una baja autoestima llevan a que el menor dedique gran su tiempo en conseguir la aprobación de los demás ocasionando, de este modo, que las personas significativas se fastidien y, como tal, se alejen del niño o adolescente. También, la depresión aumenta la ideación e intentos suicidas, la probabilidad de abandonar el hogar, el consumo de drogas y alcohol, la actividad sexual de riesgo, el contagio por infecciones de transmisión sexual y la victimización física y psicológica por el grupo de pares.

Posteriormente, a largo plazo, lleva al deterioro de los ámbitos social, laboral, escolar y familiar. Se dificulta el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales funcionales perdiendo, de esta manera, el apoyo social, se altera la dinámica familiar y disminuye el rendimiento y aprovechamiento escolares. De igual manera, repercute en el propio individuo porque tiene un bajo autoconcepto, pierde interés por actividades que antes eran de su agrado, reduce sus aspiraciones académicas, carece de iniciativa y tenacidad, disminuyen sus ingresos, presenta matrimonio y maternidad o paternidad precoces, tiende a tener perspectivas negativas acerca de sí mismo, de las personas que lo rodean y del futuro, considera que no es digno de ser amado y respetado, es demasiado crítico consigo mismo, tiene bajos niveles de conducta prosocial, consume drogas y alcohol y presenta ideación e intentos suicidas. Además, se percibe a sí mismo como poco eficaz y carente de habilidades sociales y de solución de problemas. Ante lo cual, considera que no puede cambiar su entorno. Piensa que sus fracasos se deben a características de sí mismo que son estables y no cambiables. Responde de forma no adaptativa al estrés y sus estrategias y estilos de enfrentamiento son negativos no orientados al problema y/o a la emoción. Consecuentemente, las personas que padecen depresión tienden a percibir las demandas ambientales como no solucionables y, por consiguiente, las evaden o responden a ellas de manera impulsiva y descuidada. Por ende, es común que presenten indefensión aprendida al considerar que no pueden cambiar su entorno y que los resultados siempre serán los mismos hagan lo que hagan. Dichas circunstancias los lleva a presentar mayor ansiedad y estrés que a su vez deterioran sus habilidades para enfrentar adaptativamente las situaciones estresantes o conflictivas. En consecuencia, tienen dificultades para aprender y adquirir patrones conductuales asertivos y para comportarse de esta manera.

Como puede observarse, tales efectos del padecimiento de depresión están presentes en la población infantil y adolescente en situación de calle. Desafortunadamente, se carecen de estrategias y programas de intervención efectivos que contribuyan a disminuir gradualmente la problemática y que atiendan al grupo social en cuestión para poder proporcionarle una mejor calidad de vida. Aunado a lo anterior, muchas veces las instituciones asistenciales no cuentan con los recursos suficientes para brindar la ayuda terapéutica necesaria. Como resultado, el problema crece día con día sobrepasando la capacidad del gobierno y de la sociedad misma de solucionarlo.

Referente a diferencias por sexo, las mujeres padecen depresión en una proporción dos veces mayor que los varones (A. Abdel-Khaleck, 2009; A. Abdel-Khaleck & Eid, 2011; Derdikman-Eiron et al., 2011; Kahneman et al., 1999; Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012). Lo que es más, es la primer causa de incapacidad en la población femenina (Noble, 2005). Usualmente se presenta durante la menarca en la



adolescencia y tiende a persistir hasta la adultez. Por lo tanto, las niñas y adolescentes están en gran riesgo de presentar desórdenes depresivos durante su infancia-adolescencia. Adicionalmente, responden al estrés de forma tal que incrementan los síntomas depresivos como, por ejemplo, reflexionar repetidamente sobre sus problemas. Existen varios factores biológicos y psicosociales que predisponen o incrementan la vulnerabilidad de la mujer al padecimiento de depresión. Referente a los factores fisiológicos, determinados procesos biológicos aumentan la probabilidad de presentar sintomatología depresiva. Éstos incluyen alteraciones en el control endocrino del sistema reproductivo, fluctuaciones hormonales relacionadas al ciclo de reproducción y una sensibilidad extrema a dichas fluctuaciones en los sistemas cerebrales que median los estados depresivos. En cuanto a factores psicosociales, incluyen las prácticas de socialización implementadas concernientes al poder y el control, la victimización, el manejo de sentimientos, los roles sexuales atribuibles a ambos sexos y las diferencias biológicas ligadas al ciclo de desarrollo. Así mismo, las niñas experimentan más desafíos y retos que los niños durante la adolescencia temprana y los eventos estresantes ejercen un mayor impacto en ellas. También, sus estilos de afrontamiento son menos efectivos y más disfuncionales en comparación con los que emplean los varones (Essau, 2009; Kahneman et al., 1999). En el caso de la población femenina en situación de calle, se observa el mismo patrón de prevalencia referente a mayor sintomatología depresiva que en los varones. Empero, en México, hasta donde se ha revisado, no existen investigaciones psicosociales que proporcionen información actual, confiable y válida al respecto y los estudios hechos a nivel internacional son limitados. Aunado a lo anterior, casi no se han propuesto estrategias y programas de intervención destinados a atender dicho grupo social y sus respectivas problemáticas pues la mayoría se ha centrado en varones.

Por otro lado, como ya se mencionó con anterioridad, la ansiedad y la depresión suelen presentarse de manera conjunta (Appleton, 2008; Avenevoli et al., 2001; Fernando et al., 2011). De hecho, esta comorbilidad es más frecuente en las niñas que en los niños (Frank et al., 2005). De igual manera, el deterioro biopsicosocial es más severo cuando ambos trastornos están presentes. De ahí que la calidad de vida se aminora considerablemente en comparación con aquellos individuos que padecen ansiedad o depresión en forma aislada.

Como puede observarse, la población infantil y adolescente en situación de calle comúnmente se desenvuelve en medios que favorecen la aparición de sintomatología depresiva. Una vez que presentan dicho trastorno, su integridad física y psicológica se ve afectada por las posibles consecuencias asociadas a la depresión. Si a lo anterior, al menos hasta donde se ha revisado, se le añade el que la depresión suele acompañarse de la ansiedad, no se tiene información actualizada, confiable y válida que proporcione un panorama sobre la magnitud del fenómeno en dicho grupo social, se carecen de estrategias y programas de intervención efectivos y las instituciones asistenciales no cuentan con los recursos suficientes para brindar una atención integral, se tiene que la problemática crece día con día constituyendo un asunto de índole social, económico y político ya que afecta a la sociedad dadas las repercusiones asociadas, los costos vía directa e indirecta que genera y porque refleja la incapacidad del gobierno de atender las demandas de la población.

En resumen, los menores y jóvenes en situación de calle que padecen depresión (Macklem, 2008):

- Exhiben emociones de forma extrema no acordes o demasiado exageradas para la situación vivida.
- Exhiben emociones con mayor frecuencia.

- Tienen dificultades para disminuir emociones negativas.
- Tienen dificultades para regular emociones y regresar a un estado de equilibrio.
- Tienen dificultades para inhibir la expresión de emociones sobre todo negativas.
- Tienen dificultades para comprender las experiencias emocionales tanto de ellos mismos como de las personas que los rodean.
- Experimentan emociones negativas con mayor frecuencia.
- Tienen un pobre control emocional y de impulsos.
- Tienen una visión negativa de sí mismos, del futuro y del mundo.
- Afrontan emociones negativas usando como estrategias de regulación emocional la agresión y la evitación.
- No conciben que es posible modificar sus experiencias emocionales.

Por último, a pesar de que la depresión comprende un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y emocionales, constituye un desorden eminentemente afectivo. Por consiguiente, como en el caso de la ansiedad, la depresión es un trastorno resultado de un pobre manejo y control de emociones negativas (J. Gross, 2007; Patton et al., 2008; Vingerhoes et al., 2008). De ahí que, el aprendizaje y adquisición de estrategias efectivas de regulación emocional sean centrales para la adaptación funcional del individuo a su entorno y para la prevención del padecimiento de sintomatología ansiosa y/o depresiva. Así mismo, la depresión repercute en la competencia social del individuo puesto que generalmente las personas deprimidas carecen de habilidades sociales que les permitan desenvolverse adecuadamente en su entorno porque al privarse de experiencias sociales y de participar en actividades recreativas como consecuencia de sus conductas de evitación, no adquieren ni aprenden las habilidades sociales críticas y necesarias para iniciar, establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Razón por la cual experimentan aislamiento y rechazo social. Adicionalmente, si deciden involucrarse en situaciones sociales suelen ser torpes y no se desenvuelven funcionalmente ya que sus cogniciones negativas, pensamientos catastróficos y sentimientos de baja autoeficacia percibida, entre otros, interfieren en su desempeño social al hacerlos pensar y creer que no tienen la capacidad ni las habilidades para adaptarse adecuadamente. Debido a ello, sus conductas son inefectivas y provocan el rechazo de quienes los rodean. Por ende, la depresión, como en el caso de la ansiedad, inhibe e interfiere en la adquisición y aprendizaje de habilidades asertivas (Deniz, Öztürk, Turan & Özyes, 2009).

Como puede observarse, la depresión y la ansiedad, trastornos comórbidos, tienen en común tanto los factores de riesgo como las posibles consecuencias, su relación con la falta de asertividad y de regulación emocional y un origen generalmente durante la infancia. De ahí que sea importante abordar ambos desórdenes en las intervenciones que se implementen para poder proporcionar una atención integral y lo más completa posible que mejore el bienestar biopsicosocial del individuo deprimido.

A manera de resumen, puede señalarse que el aprendizaje de habilidades asertivas y del manejo y control de emociones comienza generalmente durante la etapa infantil. La ansiedad y la depresión son los trastornos más prevalentes en la niñez y la adolescencia, teniendo, además, un inicio temprano comúnmente en la infancia. Como tal, inhiben e interfieren en la adquisición de conductas asertivas y estrategias efectivas de regulación emocional. La carencia de un repertorio conductual que permita la adaptación funcional al entorno, incrementa la ansiedad y la depresión; desórdenes que suelen presentarse conjuntamente repercutiendo aún más en la integridad físico-psicológica del individuo. Como puede observarse, la ansiedad, la depresión, la regulación emocional y la asertividad son variables que están altamente relacionadas entre sí de manera positiva (p. ej: al aumentar la ansiedad aumenta la depresión, al emplear estrategias efectivas de regulación emocional, incrementa la probabilidad de conducirse asertivamente y

viceversa, etc.) y negativa (p. ej.: al aumentar la ansiedad y/o la depresión disminuye la regulación emocional efectiva y las conductas asertivas).

Por otra parte, la falta de asertividad, la carencia de estrategias adaptativas de regulación emocional y el padecimiento de sintomatología ansiosa y/o depresiva conllevan una serie de repercusiones que se concretan en los siguientes puntos:

- Deterioro biopsicosocial.
- Autoconcepto y autoestima devaluados.
- Falta de competencia social y de habilidades de solución de problemas.
- Disminución de la autoeficacia percibida.
- Ideación e intentos suicidas.
- Agresividad, hostilidad, frustración, impulsividad y comportamiento asocial.
- Rompimiento y pérdida de relaciones interpersonales funcionales e incapacidad de establecer vínculos satisfactorios.
- Realización de conductas de riesgo (p. ej.: uso y abuso de sustancias, actividad sexual sin protección, conductas delictivas, etc.).
- Asociación con grupos de riesgo.
- Incremento en la sintomatología ansiosa y/o depresiva.
- Padecimiento de trastornos conductuales, afectivos y del estado de ánimo.
- Aislamiento, rechazo y exclusión sociales.
- Retraimiento social.
- Bajo rendimiento y aprovechamiento escolares.
- Victimización física y psicológica.
- Deserción escolar.
- Desempleo.

También el detrimento en la calidad de vida y el funcionamiento interpersonal, junto con la necesidad de recibir atención y cuidados de la salud, son una carga para el gobierno mediante los costos que generan directa e indirectamente. Aunado a lo anterior, la sociedad padece de violencia, inseguridad, propagación de infecciones de transmisión sexual, aumento de niños abandonados, formación de pandillas y atraso económico, social y cultural, entre otros.

Consecuentemente, las repercusiones de la inasertividad, falta de regulación emocional funcional, presencia de ansiedad y depresión son devastadoras y su curso es crónico por lo que tienden a persistir hasta la adultez afectando seriamente la integridad física y psicológica de los individuos y pudiendo conducir, eventualmente, a una muerte temprana.

Adicionalmente, la no asertividad, la carencia de estrategias de regulación emocional efectivas y el padecimiento de sintomatología ansiosa y depresiva, son características comunes en la población infantil y adolescente en situación de calle de acuerdo con la literatura de investigación revisada.

A pesar de que es una realidad abrumadora, a nivel mundial destaca la falta de investigaciones que aborden dichas variables en la población en situación de calle y las existentes presentan grandes variaciones en sus datos. Como resultado, hasta donde se ha revisado, no hay antecedentes teóricos actualizados, confiables y válidos al respecto. Además, casi no hay intervenciones destinadas a atender tales problemáticas en el grupo social en cuestión. Como resultado, el problema no sólo persiste, sino que crece día con día rebasando la capacidad de la sociedad de atender las demandas de la población. En México, hasta donde se ha revisado, no hay estudios sobre tales variables y las

intervenciones existentes comprenden aspectos como las conductas de riesgo, la sexualidad, la violencia, el autoconcepto y autoestima y la capacitación escolar y laboral principalmente. Por ende, se desconoce la situación actual del problema y se carecen de estrategias y programas de intervención para ello.

Hablando propiamente de las mujeres en situación de calle, hasta donde se ha revisado, no se tiene información sistematizada sobre la asertividad, regulación emocional, y sintomatología ansiosa y depresiva. Existen algunos datos en estudios generales sobre niños en situación de calle y sobre poblaciones marginales. Sin embargo, su problemática por no ser conocida ni detectada no es objeto de una atención adecuada. Ante lo cual, destaca la necesidad de efectuar investigaciones al respecto porque las niñas y adolescentes conforman el sector más vulnerable de los menores en situación de calle ya que son víctimas potenciales de explotación sexual y laboral, de maltrato físico y psicológico y de discriminación y censura en una proporción mayor que los niños. Así mismo, de acuerdo con la literatura de investigación revisada, padecen de ansiedad y depresión en una proporción mayor que los varones, emplean estrategias de regulación emocional inefectivas como por ejemplo, el consumo de drogas, la evitación, la agresión, la violencia y la inhibición, y sus oportunidades de aprender y adquirir habilidades asertivas son bastante limitadas pues se desenvuelven en ámbitos poco propicios para fomentar conductas asertivas porque usualmente se les enseña a ser sumisas, abnegadas, dependientes y a subvalorarse. Razón por la cual si no se efectúan estudios que aborden la problemática y si no se elaboran e implementan intervenciones para atenderla, se carece de conocimiento al respecto y se deteriora su bienestar reduciendo drásticamente sus posibilidades de obtener una mejor calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, en la presente investigación se estudiarán las variables de regulación emocional, asertividad, ansiedad y depresión en las menores y jóvenes en situación de calle buscando promover, mediante la terapia cognitivo-conductual, el aprendizaje y adquisición de conductas asertivas y de estrategias para el manejo y control de emociones negativas como la ansiedad y la depresión, que les permita adaptarse a su entorno funcionalmente y mejorar su calidad de vida. De esta manera, las niñas y adolescentes se sentirán capaces, seguras y competentes para identificar, reconocer y expresar emociones tomando en cuenta el evento, el contexto y el momento suscitado y cuando estén en concordancia con sus metas personales a largo plazo, para regular síntomas de ansiedad y depresión de manera efectiva, y para interactuar de forma directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismas y a las demás personas durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales.

Finalmente, como parte de las características psicosociales, se hablará sobre el bienestar subjetivo que se ve afectado, como ya se mencionó anteriormente, por la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, la asertividad y la regulación emocional. Tanto los síntomas de ansiedad como de depresión, lo aminoran. Mientras que la asertividad y la regulación emocional eficaz lo incrementan. Igualmente, los distintos entornos en los que se desenvuelven los menores y jóvenes inciden en dicho bienestar puesto que la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo y la institución pueden funcionar como factores protectores contribuyendo a un mayor bienestar o como factores de riesgo repercutiéndolo negativamente.

### *Bienestar Subjetivo*

La evaluación del bienestar subjetivo es un importante aspecto a tomar en cuenta para la promoción de la salud. Cuando el estado de salud mental es deficiente, disminuye

el nivel de bienestar. Condiciones como el padecimiento de enfermedades e infecciones y trastornos mentales, características típicas del menor o joven en situación de calle, repercuten negativamente en la percepción de dicho bienestar (Hamdan-Mansour & Marmash, 2007). Por tanto, en toda investigación es importante tomar en consideración al bienestar subjetivo como variable de estudio por su relevancia para la salud y las posibles repercusiones a ésta cuando éste es deficiente.

El bienestar subjetivo es el grado en el que un individuo juzga de manera general la calidad de su vida como favorable y se siente satisfecho con la misma (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Diener & Ryan, 2009; Strack, Argyle & Schwarz, 1991). Está conformado por una dimensión cognitiva y una emocional. La dimensión cognitiva hace alusión al juicio que se hace referente a la satisfacción que se tiene con la vida. Por su parte, la emocional se refiere a experimentar sentimientos positivos y negativos. Un alto nivel de bienestar implica evaluar favorablemente la satisfacción personal y vivenciar emociones positivas con mayor frecuencia que las negativas (Eid & Larsen, 2008). Es uno de los factores necesarios para tener una mejor calidad de vida (Diener et al., 2003).

El bienestar subjetivo constituye un estado y no un rasgo del ser humano, dado que varía dependiendo de diversas variables como serían el entorno en el que se desenvuelve el individuo (Lepistö, Joronen, Astedt-Kurki, Luukkaala & Paavilainen, 2012), su sexo, su edad, su escolaridad, su nivel socioeconómico y la calidad y tamaño de su red social (Barreto, Giatti & Martínez, 2010; Cicognani, Albanesi & Zani, 2008; Escribà-Agüir et al., 2010; Lau & LI, 2011; Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005), entendiéndola ésta como la presencia de apoyo social, frecuencia de contacto social, intimidad entre miembros que integran la red y apoyo social percibido de amigos y familiares principalmente.

Cuando los ámbitos que rodean a las personas se caracterizan por la presencia de situaciones adversas (p.ej.: maltrato, negligencia, abandono, conflictos intrafamiliares, discordia y desintegración familiar, muerte o divorcio de los cuidadores primarios y dinámica intrafamiliar disfuncional), menguará el nivel de bienestar subjetivo percibido (Joronen & Astedt-Kurki, 2005; Lepistö et al., 2012).

El nivel socioeconómico y la satisfacción laboral se asocian con el bienestar subjetivo percibido. Esto es, cuando las personas poseen bienes materiales suficientes para la subsistencia y tienen éxito en su desempeño laboral, se sentirán más a gusto con sus condiciones de vida actuales y, de este modo, incrementará su bienestar subjetivo (Diener & Ryan, 2009). Un bajo nivel socioeconómico conduce a estados de ánimo negativos que disminuyen la satisfacción que se tiene con la vida. Cuando se tienen recursos suficientes para la subsistencia, se tiene acceso a servicios de salud de calidad, alimentos, vestimenta y vivienda adecuadas, y actividades recreativas y lúdicas. Por eso, los seres humanos experimentan mayor satisfacción con su vida. Aparte, la satisfacción material fomenta el bienestar cognitivo al acrecentar la sensación de autonomía y progreso como resultado de la posesión de bienes materiales (Eid & Larsen, 2008). Por ende, los individuos de un nivel socioeconómico medio o medio alto y alto, se sentirán más satisfechos con su vida que aquéllos con carencia de recursos (A. Eryilmaz, 2010; Levin, Currie & Muldoon, 2009; Pickett & Wilkinson, 2007).

Redes sociales confiables y amplias, se asocian con un alto bienestar subjetivo y viceversa. Cuando los individuos establecen vínculos funcionales con amigos y familiares incrementan su bienestar subjetivo y éste, a su vez, conduce a establecer relaciones interpersonales cercanas y duraderas (Diener & Ryan, 2009). Por ejemplo, cuando los niños y adolescentes mantienen comunicación con su familia y realizan actividades de manera conjunta, hay estabilidad y confianza familiar, los miembros familiares brindan cariño, apoyo, atención y supervisión, son comprensivos con actitudes permisivas y democráticas favoreciendo el diálogo, el entendimiento mutuo y contribuyendo a que los

hijos expresen abiertamente sus opiniones, pensamientos y sentimientos tanto positivos como negativos, los menores y jóvenes perciben sus condiciones de vida como favorables y agradables (A. Eryilmaz, 2012a; Rask, Stedt-Kurki, Paavilainen & Laippala, 2003; Yang, Wang, Li & Teng, 2008). De hecho, Rask et al. (2003) concluyeron en su estudio, que la familia es uno de los predictores más importantes e influyentes de la satisfacción que tiene un ser humano con las circunstancias presentes en su vida. Por otra parte, Dinisman, Montserrat y Casas (2012) encontraron que la estabilidad familiar es un factor imprescindible en el bienestar subjetivo. Los cambios en la estructura, el funcionamiento y la dinámica familiar inciden en el mismo negativamente. Por consiguiente, las poblaciones vulnerables, sobre todo los menores y jóvenes sin hogar, son las que presentan los índices más altos de inestabilidad familiar y, como tal, tienen probabilidades mayores de sentirse insatisfechos con sus condiciones de vida actuales.

El estatus social elevado se relaciona con experimentar sentimientos positivos con mayor frecuencia y, así, con un mayor bienestar. Aunado a lo anterior, a mayor edad y grado de escolaridad, mayor la satisfacción que se tiene con la vida. Habitualmente, las personas con un alto bienestar subjetivo provienen del grupo sociocultural mayoritario, tienen un estatus social alto, están casados y llevan una buena relación con sus familiares y amigos.

En cuanto a diferencias por sexo, se ha visto que en las mujeres, el tamaño de su red social, la calidad de apoyo recibido, la violencia física y psicológica en sus relaciones de pareja y la dinámica y funcionamientos familiares, inciden en su bienestar subjetivo. De forma tal que, si la calidad del apoyo social recibido es adecuada (p. ej.: tamaño de la red social, relaciones intrafamiliares cercanas, contacto y frecuencia de contacto con amistades, etc.), incrementa dicho bienestar, mientras que el maltrato en sus diversas vertientes lo aminora (Escribà-Agüir et al., 2010). Lo que es más, varios autores (A. Abdel-Khalek, 2009; Ayyash-Abdo, 2010; Levin et al., 2009), han encontrado que la población femenina presenta niveles más bajos de bienestar subjetivo que la masculina. En contraste, Derdikman-Eiron et al. (2011) señalan que los varones tienen niveles inferiores de bienestar subjetivo en comparación con las mujeres sobre todo cuando padecen síntomas de ansiedad y depresión.

Referente a características psicosociales, se ha visto que cuando las personas tienen un estado de salud físico-mental adecuado, son activas, de mente abierta, poseen un locus de control interno, una alta autoestima, autoconfianza y destrezas sociales, son optimistas y presentan habilidades de afrontamiento, se incrementa el nivel de bienestar subjetivo percibido (Ayyash-Abdo & Alamuddin, 2007; Cicognani et al., 2008; Nima, Archer & García, 2012). Adicionalmente, los logros y metas concretados se asocian con una mayor satisfacción vital (Rapaport et al., 2005), al igual que el tener un apego seguro (Yang et al., 2008).

Dentro de las características psicosociales relacionadas al bienestar subjetivo, también están la ansiedad, la depresión, la asertividad y la regulación emocional.

Se sabe que las personas con un estado de ánimo negativo tienden a recordar eventos desagradables con mayor frecuencia que aquéllas con un estado de ánimo positivo. Debido a ello, la recuperación selectiva de la información sobre determinados aspectos de la vida diaria, es un proceso que se ve influenciado por el estado de ánimo subyacente. De esta manera, cuando los seres humanos están de buen humor recordarán sucesos agradables y, así, la valoración de su calidad de vida será usualmente más positiva. En consecuencia, basan la evaluación de ésta conforme a las emociones que estén experimentando en el momento de emitir un juicio, por lo que emociones positivas inducen juicios favorables y emociones negativas juicios desfavorables referentes a su bienestar general. Consecuentemente, los sentimientos positivos acrecentan el bienestar y los negativos lo disminuyen (A. Eryilmaz, 2012b). Adicionalmente, los individuos satisfechos con su vida, presentan con menor frecuencia creencias irracionales y

dificultades cognitivas que aquéllos con un bajo nivel de bienestar. Además, el poseer un buen estado de salud se asocia con un mayor bienestar. Por ende, la sintomatología ansiosa y depresiva, que se caracterizan por la ausencia de salud físico-mental, la presencia de sentimientos negativos, creencias irracionales y cogniciones disfuncionales, llevarán a que las personas evalúen su bienestar global como inadecuado. De hecho, se ha encontrado que el bienestar subjetivo correlaciona negativamente con la depresión (A. Abdel-Khalek, 2009; A. Abdel-Khalek & Eid, 2011), y con la ansiedad (A. Abdel-Khalek, 2011; Derdikman-Eiron et al., 2011). Un bajo nivel de bienestar incrementa el riesgo de presentar depresión (Leimkühler, Heller & Paulus, 2007). Así mismo, la falta de regulación emocional, que propicia que los individuos se dejen dominar por sus emociones sobre todo negativas y que se relaciona con estrategias de afrontamiento inefectivas, afectará la percepción que se tenga de la calidad de vida. Todo ello como resultado de que el bienestar subjetivo percibido se asocia negativamente con un pobre manejo y control de emociones y con la carencia de habilidades de afrontamiento (Strack et al., 1991). Por otro lado, altos niveles de bienestar subjetivo percibido se relacionan con un repertorio conductual y social apropiado. Consecuentemente, el ser asertivo incrementa el nivel de bienestar subjetivo. La falta de habilidades sociales disminuirá la percepción de bienestar (Eid & Larsen, 2008) (ver Figura 23).

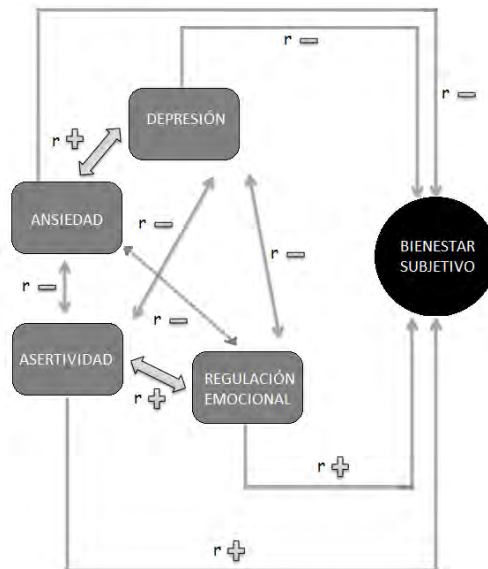


Figura 23. Representación gráfica de la relación que existe entre las variables psicosociales de estudio conforme a la literatura de investigación revisada.

La percepción positiva de bienestar subjetivo conlleva una serie de beneficios en diversas áreas que van desde el estado de salud y la longevidad hasta el desempeño y satisfacción laboral, el ingreso monetario y el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales cercanas. Cuando las personas se sienten satisfechas con su vida, incrementa la calidad de las relaciones familiares independientemente de la edad (Lau & Li, 2011). En contraste, los menores y jóvenes insatisfechos con sus condiciones de vida actuales, pueden presentar conducta agresiva, ansiedad, depresión, pensamiento e ideación suicida, actividad sexual de riesgo, uso y abuso de sustancias incluyendo el alcohol, desórdenes alimenticios y problemas de salud. Aparte, tienden a ser más victimizados física y psicológicamente, les cuesta trabajo adaptarse funcionalmente a los entornos en los que se desenvuelven, y tienen dificultades escolares presentando un bajo rendimiento y aprovechamiento académicos. Como resultado, se deteriora su estado de salud físico-mental (Escribà-Agüir et al., 2010). Entonces, los eventos positivos

promueven la satisfacción que se tiene con la vida. A diferencia de las experiencias negativas, que deterioran dicho bienestar y llevan al padecimiento de problemas internos y externos incluyendo las conductas de riesgo (Lepistö et al., 2012). Finalmente, el tener un nivel elevado de bienestar subjetivo no sólo beneficia a los individuos, pero a la sociedad también. Las personas que se sienten satisfechas con su vida, son más altruistas, se involucran en actividades prosociales, participan en eventos de caridad y para el desarrollo de la comunidad y son más tolerantes hacia el gobierno. Como tal, la promoción y preservación del bienestar subjetivo de los seres humanos puede contribuir a la conformación de una sociedad más estable, productiva y funcional (Diener & Ryan, 2009).

A manera de resumen, existen diversos factores que inciden en el bienestar subjetivo de una persona. Éstos pueden clasificarse en los siguientes rubros:

- Características sociales: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico e ingresos.
- Características relacionadas a la salud: Enfermedades e infecciones y trastornos mentales, uso y abuso de sustancias.
- Características de las relaciones afiliativas: Grupo de pares y familia.
- Características psicosociales: Autoestima, ansiedad, depresión y regulación emocional.

A pesar de la literatura de investigación creciente referente a la importancia de explorar el bienestar subjetivo en menores y jóvenes, de las repercusiones de la carencia de bienestar en la salud del individuo y de los beneficios de promover y mantener un adecuado nivel de bienestar subjetivo tanto a nivel personal como en la sociedad, poco se sabe acerca de la magnitud y dimensiones de éste en este subgrupo y más en aquéllos que son vulnerables. De hecho, a nivel mundial, hasta donde se ha revisado, no hay información sobre el bienestar subjetivo en la población en situación de calle.

Todo ello aunque los menores y jóvenes en situación de calle, por las circunstancias descritas anteriormente, carecen de bienestar. Pues, viven en un estado de abandono y pobreza o pobreza extrema sin acceso a servicios básicos como serían alimentos, vivienda digna, vestimenta, educación y recreación, provienen de ambientes familiares en donde impera el maltrato, la negligencia, los conflictos, la discordia, la carencia de recursos, la inseguridad e inestabilidad, tienen una escolaridad de máximo secundaria, se encuentran en una edad de mayor vulnerabilidad (rango de edad de entre 0 y 21 años aproximadamente), su grupo de pares constituye un factor de riesgo ya que participa en actividades delictivas, consume sustancias psicotrópicas, realiza conductas sexuales de riesgo y fomenta la violencia física y psicológica, su estado de salud físico-mental es precario, en su comunidad de origen existe la falta de normas y límites claros, de protección y seguridad y se observa la presencia de pandillas, prostitución, narcotráfico, drogadicción y alcoholismo, tienen una baja autoestima, carecen de habilidades sociales y de afrontamiento, y padecen ansiedad y depresión, entre otros. En el caso de la población femenina en situación de calle, la situación se agrava porque a todas estas características se le añade adicionalmente, el hecho de que son mujeres puesto que la literatura de investigación reporta que su nivel de bienestar es inferior al de los hombres.

En consecuencia, los menores y jóvenes en situación de calle que permanecen en una institución asistencial requieren de atención inmediata a sus condiciones de vida actuales para disminuir o aliviar las quejas que presenten actualmente y prevenir, así, la aparición de problemas posteriores más severos e incontrolables (Aarons et al., 2010), e incrementando, con ello, su bienestar. Por lo expuesto anteriormente, queda claro que es importante acrecentar el bienestar subjetivo mediante intervenciones cognitivo-



conductuales. Tales intervenciones pueden dirigirse a ayudar a los niños y jóvenes en situación de calle a juzgar sus circunstancias de vida actuales como más positivas y placenteras (p. ej.: cambiando sus creencias irracionales y cogniciones disfuncionales). Igualmente, pueden centrarse en incrementar la vivencia de emociones positivas (p. ej.: mediante el aprendizaje y adquisición de estrategias efectivas de regulación emocional) (Toghyani, Kalantari, Amiri & Molavi, 2011).

### Vida Institucional

Por último, a nivel mundial, al volverse cada vez más visibles los menores y jóvenes en situación de calle, comienzan a surgir organismos gubernamentales y no gubernamentales que se convierten en socios que brindan atención no sólo asistencial, sino integral compartiendo recursos y experiencias en un marco de respeto, democracia, pluralidad y no discriminación (DIF, 2006; DIF & MERCED, 2007; Oakley & Salazar, 1993; ONU, 1967; J. Pérez, 2009; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Saucedo & Taracena, 2011; UNESCO, 1995). Se entiende por asistencia en instituciones el cuidado que se presta en internados especiales patrocinados por las autoridades públicas o por ciudadanos particulares y dirigidos por un personal especialmente nombrado o asignado para esta labor a aquellos niños y adolescentes que por varias razones tengan que vivir separados de sus familias (ONU, 1967).

En México, las instituciones gubernamentales son aquéllas que se encuentran dentro de las políticas del Gobierno Federal y su presupuesto depende del mismo. Las no gubernamentales son asociaciones civiles o instituciones de asistencia privada que se sostienen mediante donativos del gobierno y de particulares. Algunas de ellas son manejadas por religiosos. Están constituidas conforme a la ley de la materia que con bienes de propiedad particular, ejecutan actos humanitarios de asistencia sin propósito de lucro y sin designar individualmente a sus beneficiarios (Carrasco, 1997; Curiel et al., 2010).

Los servicios brindados por las organizaciones asistenciales deberían de reflejar las necesidades y derechos de los menores y jóvenes (Veeran, 2004). No obstante, a pesar del surgimiento de instituciones de asistencia tanto pública como privada preocupadas por ofrecer alternativas a este complejo problema social, se ha encontrado que no han atendido con éxito el problema; situación que contribuye al crecimiento del grupo social en cuestión. Lo que es más, en México, el 52% de los menores en situación de calle declara haber recibido maltrato y el 9% indiferencia (A. Aguilar, 2005; P. Campos, 2001; COESNICA, 1992; Esponda, 1999).

Al menos en nuestro país, casi no hay instituciones que orienten a las familias y a los propios niños sobre cómo prevenir las condiciones de riesgo. Sus objetivos están determinados por la ideología del cuerpo fundador que actúa de acuerdo a su postura ante la problemática más que de acuerdo a las necesidades reales de los menores (Calderón-Gómez, 2003; Cordera et al., 2008; Curiel et al., 2010; R. Gutiérrez & Vega, 2009; A. Hernández, 2008; Liebel & Martínez, 2009; Minnicelli, 2004; Núñez, 1997; Pierre, 1996; Y. Rodríguez, 2003; Thomas, 2007; Trinidad, 1998). Intervienen en la vida de estos pequeños sobre la base de conocimientos imprecisos y arbitrarios. Los servicios que ofrecen son temporales, tienen poca difusión y son insuficientes para lograr abarcar a todos los menores y jóvenes en situación de calle y cubrir sus múltiples necesidades. De igual manera, los niños y adolescentes suelen transitar por las instituciones con el fin de obtener los satisfactores básicos (p. ej.: alimento, vestimenta y vivienda) (Medina-Mora et al., 1997; Turnbull-Plaza, Hernández & Reyes, 2009). Así mismo, carecen de programas basados en investigaciones, de planes de rehabilitación y de recursos para capacitar a su personal. Por ejemplo, muchos educadores de calle<sup>4</sup> se han formado en la práctica diaria

---

<sup>4</sup>Educador de calle: personas que trabajan con los niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle ya sea directamente en

con niños y jóvenes de la calle (B. Ramírez, 2006). Tampoco suelen trabajar coordinadas con otras instituciones. Ante lo cual, su impacto es modesto al no responder a la realidad, y no se pueden apreciar los beneficios de los programas implementados al carecer información sobre su seguimiento (Alor-Luna, 1999; Áviles & Escarpit, 2001; Children's Rights Network in México, 2005; Espínola et al., 1989; Espinosa-Yáñez, 1997; D. Fernández, 1995; Figa et al., 1995; García-Ugarte, 1989; Gervilla et al., 2000; J. Pérez, 2003). Adicionalmente, los esfuerzos aislados no coordinados se traducen en una duplicidad de funciones y de recursos (Barragán-Rodríguez, 2010; Fletes, 1994), ya que, por ejemplo, tal y como UNICEF y DIF (1996) constataron, la mayoría de las instituciones trabajan en los mismos sitios de reunión de los menores e incluso con la misma población. Aunado a lo anterior, los menores callejeros con problemas de adicción a drogas no cuentan con espacios de tratamiento especializados. La única opción son los llamados anexos que les privan de la libertad, carecen de personal profesional, usan la violencia como parte de su atención técnica y ofrecen un trato degradante (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007). Por otro lado, los programas implementados son destinados para favorecer a los niños de la calle y en menor medida atienden a las niñas y niños en la calle, a las niñas que son madres solteras y a los que hablan una lengua indígena (L. Vega et al., 2002).

Además, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha recibido un significativo número de quejas por abuso de niños y adolescentes en tutelares para menores y en casas de asistencia social. De hecho, Vázquez (2004) señala que en los últimos tres años fueron clausuradas cinco casas-hogar que funcionaban en aparente beneficio de esta población desprotegida pero que en realidad estarían siendo utilizadas con fines fraudulentos. Esta realidad es preocupante puesto que las instituciones constituyen una fuente de apoyo cuando la red de pares es frágil e inexistente (P. Murrieta, 2008).

Ante el fracaso de las instituciones para atender a los menores en situación de calle, Sidibe (2006) menciona que puede deberse a una incompatibilidad entre el sistema institucional y la cultura de los menores y jóvenes en situación de calle. Para dicho autor, la cultura de los infantes en situación de calle se caracteriza por el consumo de drogas, la ausencia de normas y reglas por seguir, la falta de límites establecidos y rebeldía frente a los patrones autoritarios y verticales de la sociedad, el involucramiento con varias parejas, la inexistencia de límites en su desplazamiento dado que viven en la calle, la búsqueda de placer y diversión para pasar el rato mediante actividades como bailar, jugar y escuchar música, la ejecución de labores sin un plan preestablecido, el rechazo de toda coerción externa, la libertad de escoger la compañía de otros miembros del grupo y de decidir cómo vestirse y la adquisición de estrategias de supervivencia. En consecuencia, forman parte de un espacio sociocultural que implica relaciones, lenguajes, valores, expectativas, normas, costumbres, necesidades, modos de ser y actuar no homogéneos (Álvarez-Ramírez, Saldaña, Muñoz & Portela, 2009; Barry et al., 2002; Cárdenas, 2010; Demetrio, 2006; Ennet et al., 1999; C. Fujimura, 2005; Garret et al., 2008; A. Hernández, 2006; Karabanow et al., 2007; S. Kim, 1998; Lawrence, 1995; Liebel & Martínez, 2009; Matus & Piña, 2001; P. Murrieta, 2010; Oliveira & Burke, 2009; OrduñaSantaCruz, 2004; L. Rew & Horner, 2003; Saini & Vakil, 2002; Sauri-Suárez, 2009; N. Slesnick, Bartle-Haring et al., 2008; Starling, 2009; Tarín & Navarro, 2006; E. Taracena, 2007, 2010; S. Thompson et al., 2006; K. Tyler, 2008; D. Werb et al., 2010). Mientras que las instituciones asistenciales se caracterizan por limitar el contacto del niño con el mundo exterior, imponer una rutina

---

la calle o como proveedores de servicios en los centros en los que estos niños y jóvenes acuden con el propósito de mejorar sus vidas (R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1992; B. Ramírez, 2006). Puede incluir a psicólogos, trabajadores sociales, médicos u otras personas con algún grado universitario (Medina-Mora et al., 1997).

diaria administrada formalmente, programar las actividades que se realizan sin fines recreativos y que buscan el logro de sus propios objetivos, uniformar su comportamiento y vestimenta, obligar a los niños a socializar y realizar actividades con el resto de los menores y la figura de una autoridad que impone un sistema de normas formales y explícitas mediante un cuerpo de funcionarios.

Como puede verse, el mayor obstáculo para los organismos de apoyo a los menores en situación de calle no reside solamente en la falta de recursos y de medios sino en la falta de comunicación y concertación entre ellos, lo que implica una multiplicación de esfuerzos tanto económicos como humanos. No existe una política uniforme y compartida. Cada organismo labora con su metodología y filosofía propia, independiente de los demás aun cuando su trabajo se realice con los mismos niños. Consecuentemente, el problema encontrará respuesta siempre y cuando las acciones emprendidas sean integrales y contemplen todos los aspectos y vertientes: las familias, la información "social", la población en riesgo de calle, los centros de apoyo y la prevención. No se debe luchar únicamente contra las consecuencias del problema sino atacar las causas mejorando y aumentando los programas de prevención. Ninguna política tendrá impacto si es esporádica, aislada y si se enfatiza únicamente un aspecto de la problemática. Se debe considerar que el problema no se puede resolver de la noche a la mañana, sino que requiere de un esfuerzo a largo plazo que involucre el compromiso de todos tanto en el ámbito privado como en el público para que, así, se aprovechen de mejor forma tanto la energía como los recursos destinados.

Con los antecedentes teóricos proporcionados anteriormente, se presentó un panorama general de las características propias de la población infanto-juvenil en situación de calle en América Latina conforme a la literatura de investigación revisada. A continuación se hablará de dicho fenómeno a nivel mundial para conocer cómo es el fenómeno en el resto del mundo y así hacer comparaciones respecto de semejanzas y diferencias con Latinoamérica.

### ***A Nivel Mundial***

En el resto del mundo, el fenómeno del menor o joven en situación de calle presenta semejanzas con América Latina en el perfil de dicha población (ver Cuadro 1). Empero, aunque las características son similares, no significa que se adopte la misma aproximación en la búsqueda de una solución (Vélis, 1995).

Referente a características psicosociales, se ha encontrado una variedad de datos en donde destaca la similitud con América Latina.

En Nigeria (Nwabah & Uko-aviomoh, 2006; Olley, 2006), se ha observado que los menores en situación de calle son agresivos, padecen soledad y tienen problemas conductuales. Mientras que en Indonesia (R. Gross, Landfried & Herman, 1996), tienen una gran habilidad para la sobrevivencia sobre todo cuando las condiciones son adversas, al igual que en Rusia (Balachova et al., 2008; C. Fujimura, 2005), en donde además, presentan habilidades de enfrentamiento, de solución de problemas y una orientación al logro positiva.

En la India (Me. Mathur, Rathore & Mo. Mathur, 2009; UNESCO, 1995), padecen baja autoestima, depresión y conducta antisocial; y altos niveles de angustia y ansiedad y tasas de suicidio en Pakistán (Towe et al., 2009).

En España (Cepero, 2006; E. González, 1996; E. Martínez, 1988; Olivan, 2002; Ortín, 2003; M. Sánchez, 1999), se ha visto que los niños en situación de calle tienen baja tolerancia a la frustración, altos niveles de estrés y ansiedad, bajo autoconcepto y autoestima, presentan labilidad afectiva con dificultad para verbalizar sus sentimientos y emociones, depresión, fatalismo, escasa deseabilidad social, baja aceptación de normas,

impulsividad, tendencia a la fantasía, hiperactividad, adoptan una actitud defensiva con las personas y no tienen expectativas a largo plazo. También tienen ideación suicida y presentan desórdenes de la conducta. Adicionalmente, no han desarrollado conciencia de responsabilidad o culpa alguna hacia sus actos (Melendro et al., 2000).

En Alemania (DIF, 2006), presentan depresión, miedo y son víctimas de aislamiento social.

En Estados Unidos, tienen una baja autoestima (Maxwell, 1992), que los lleva a consumir drogas deteriorando más la evaluación que tienen de sí mismos (Bass, 1994). Tienen un coeficiente intelectual normal ubicándose, por tanto, dentro del promedio (P. Rohde, Noell & Ochs, 1999). Padecen depresión, por lo menos tres de cada cinco (Bearsley-Smith, Bond, Littlefield & Thomas, 2008; Embry, Stoep, Evens, Ryan & Pollock, 2000; J. Ensign & Gittelsohn, 1998; R. Grant et al., 2007; K. Johnson, Whitbeck & Hoyt, 2005b; Menke, 1998; Rotheram-Borus et al., 2009; N. Slesnick & Prestopnik, 2005a; N. Slesnick et al., 2007; L. Whitbeck et al., 2007; K. Yoder, Longley, Whitbeck & Hoyt, 2008), y es más prevalente en mujeres que en hombres (Brunette & Drake, 1998; North, Eyrich, Pollio & Spitznagel, 2004; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; L. Whitbeck et al., 2000), y en menores con una orientación sexual homosexual que heterosexual (P. Rohde et al., 2001). Presentan conductas autodestructivas, desórdenes alimenticios, falta de motivación, retraimiento y deficiencias cognitivas y del lenguaje (Folsom et al., 2005). Son agresivos (Robert et al., 2005; P. Sullivan & Knutson, 2000), y más las mujeres (N. Slesnick & Prestopnik, 2005b; L. Weinreb et al., 2006). Resuelven conflictos de forma violenta (Cauce et al., 2000; Kipke, Simon, Montgomery, Unger e Iversen, 1997). Tienen tendencias e ideación suicidas (Merscham, van Leeuwen & McGuire, 2009; J. Noell & Ochs, 2001; N. Slesnick & Kang, 2008; N. Slesnick, Bartle-Haring et al., 2008; Walls, Potter & Van Leeuwen, 2009; Woods et al., 1998; K. Yoder, Whitbeck & Hoyt, 2008), puesto que por lo menos un 20% lo ha intentado (Bass, 1994), y es más común en las mujeres (Rotheram-Borus, 1993; K. Yoder, 1999). Presentan conductas de automutilación (Busen & Engebretson, 2008; O'Reilly, Taylor & Vostanis, 2009; Saewyc & Edinburgh, 2010), siendo más común esta práctica en homosexuales y bisexuales que en heterosexuales (K. Tyler et al., 2003). Carecen de habilidades de afrontamiento efectivas que los puede llevar a padecer síntomas disociativos (K. Tyler et al., 2004). Tienen ansiedad y estrés (Abdalian, 2004; J. Buckner & Bassuk, 1997; Leslie, Stein & Rotheram-Borus, 2002; R. Martínez, 2006; Schanzer, Domínguez, Schrouf & Caton, 2007; Youngblade & Mulvihill, 1998). Son impulsivos (R. Grant, 1990), tienen deficiencias en habilidades de lectoescritura y de aritmética (Barwick & Siegel, 1996; S. Thompson et al., 2004; B. Zima, Wells & Freeman, 1994), no tienen expectativas a largo plazo pues se centran en el presente dadas las condiciones en las que se desenvuelven (R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006; L. Rew, Fouladi & Yockey, 2002; L. Rew & Horner, 2003), y adquieren grandes capacidades de sobrevivencia que pueden traducirse en oportunidades para mejorar su calidad de vida (Gwadz et al., 2009; Jaffee & Gallop, 2007; L. Rew et al., 2001; S. Thompson, McManus, Lantry, Windson & Flynn, 2006; Wang, 2009; Williams, Lindsey, Kurtz & Jarvis, 2001): resiliencia, autosuficiencia, independencia, juicio crítico y la habilidad para adaptarse. Su estilo de afrontamiento se centra en la emoción. Ante lo cual, al lidiar con situaciones estresantes, recurren a estrategias como la evasión, el uso y abuso de sustancias, la ideación e intentos suicidas, el abandono del hogar, dormir y llorar, entre otras (J. Chun & Springer, 2005b).

En Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; E. Votta & Manion, 2003, 2004), padecen depresión, ideación e intentos suicidas, ansiedad, aislamiento social, presentan conducta antisocial y desórdenes de la conducta, y son hostiles, agresivos y violentos. Aunado a lo anterior, emplean mayoritariamente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, porque consumen drogas y alcohol para relajarse y escapar de las situaciones estresantes que viven (S. Kidd, 2003).

En Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998, 2000), tienen depresión, desórdenes de la conducta e intentos suicidas.

En Australia (Hier, Korboot & Schweitzer, 1990), padecen depresión, siendo más frecuente en las mujeres que en los varones. Son agresivos y hostiles.

En Rumania (Nicholas, 2011), presentan conductas de automutilación y adquieren grandes habilidades de sobrevivencia. Las conductas de automutilación sirven como mecanismo de afrontamiento de las circunstancias adversas que les rodean y como mecanismo de defensa ante las autoridades puesto que, al ver tales heridas y como creen que pueden estar infectados con alguna enfermedad, las autoridades y demás personas se alejan.

En Escocia (Coles et al., 2011), padecen depresión al igual que en Uganda (Ssewamala et al., 2012).

En Corea del Sur (J. Chun & Springer, 2005a; Hyun, Chung & Lee, 2005), tienen baja autoestima y autoeficacia percibida. La falta de autoestima conduce a presentar sintomatología depresiva.

En Ucrania (Kerfoot et al., 2007), son agresivos, presentan conductas antisociales, rechazan a las figuras de autoridad, tienen depresión e intentos suicidas (10% ha intentado suicidarse con pastillas), y por lo menos el 58%, experimenta sentimientos de desesperanza y el 53% tristeza.

En China (Liu, 2005), presentan desórdenes de la conducta, depresión y tienen ideación e intentos suicidas.

Adicionalmente, mundialmente se ha visto que emplean estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y no en el problema.

En cuanto a aspectos sociales y relacionados a la salud, se han reportado los datos siguientes respecto a prevalencia, edad, escolaridad, labores realizadas, sustancias consumidas y la salud físico-mental de los menores y jóvenes en situación de calle.

La mayoría son predominantemente hombres en India (DIF, 2006; UNESCO, 1995), Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), Rumania (Nicholas, 2011), Corea del Sur (J. Chun & Springer, 2005a), Uganda (Jacob, Smith, Hite & Cheng; 2004), Madagascar (Gössling et al., 2004), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Nigeria (Aderinto, 2000; Olley, 2006), Pakistán (Alia et al., 2004), Ruanda (Veale & Donà, 2003), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Ghana (Wutoh et al., 2006), España (Diez, 1978; M. Sánchez, 1999), Turquía (Altun, Yilmaz & Azmak, 1999), Australia (C. Martijn & Sharpe, 2006), Filipinas (UNESCO, 1995), Nepal (Worthman & Panter-Brick, 2008), Burkina Faso (DIF, 2006), Estados Unidos (Bousman et al., 2005; Caton et al., 2005; C. Hoffman, 2009; Irwin, LaGory, Ritchey & Fitzpatrick, 2008; Kidder, Wolitski, Campsmith & Nakamura, 2004; Tenner, Trevithick, Wagner & Burch, 1998; K. Yoder, Whitbeck & Hoyt, 2001), y Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; DeMatteo et al., 1999; S. Hwang et al., 2010). Tal suceso se ha asociado con factores socioculturales. A los hombres se les enseña a ser independientes desde pequeños. Mientras que a las niñas se les alienta a permanecer en el hogar. De igual manera, las familias se abstienen de enviar a sus hijas a la calle por temor a que sean abusadas sexualmente (Veale & Donà, 2003), y porque son más vulnerables que los varones respecto a sufrir percances y daño (Nicholas, 2011). No obstante, en Alemania, se ha observado que la población femenina callejera es la predominante (UNESCO, 1951); así como también en Estados Unidos (McCarthy & S. Thompson, 2010), y Australia (D. Rosenthal et al., 2007), de acuerdo a los resultados proporcionados por algunas investigaciones.

Referente al grupo étnico, se ha observado en países como Estados Unidos que predominan las minorías (afroamericanos, latinos, asiáticos, árabes y otras minorías) (Barkin, Balkrishnan, Manuel, Andersen & Gelberg, 2003; Bassuk et al., 1997; Coker et

al., 2009; Davey, 2004; Duval & Vincent, 2009; Galaif, Nyamathi & Stein, 1999; J. Greene et al., 1997; Milburn et al., 2005; Min-Park, Metraux, Brodbar & Cullhane, 2004; North & Smith, 1994; A. Nyamathi, Longshore, Galaif & Leake, 2004; N. Slesnick, Bartle-Haring & Gangamma, 2006; N. Slesnick et al., 2009; Wenzel et al., 2009; B. Zima, Bussing, Forness & Benjamin, 1997), las cuales tienen una probabilidad mayor de abandonar su hogar (S. Thompson & Pillai, 2006). En contraste, varios autores (Baer, Peterson & Wells, 2004; Nesmith, 2006; M. Taylor-Seehafer et al., 2007; Tenner et al., 1998; S. Thompson, Bender, Lewis & Watkins, 2008; S. Thompson et al., 2011; K. Tyler et al., 2001; Wan-Ning et al., 2000; L. Whitbeck et al., 2004; Woods et al., 1998), señalan que la población caucásica americana-europea es la mayoritaria.

El rango de edad a nivel mundial fluctúa entre los 10-15 años aproximadamente, pudiéndose extender hasta los 21 años de edad. En España (Martín-Barroso, 1984), por ejemplo, las edades van de 12-16 años. En Mongolia (Briller, 1997), entre los 8-14 años, y en Inglaterra (A. Moore, 2010), entre los 13-14 años de edad. Así mismo, en algunos lugares como Estados Unidos (S. Thompson et al., 2001), a mayor edad de permanencia en la calle, menor la probabilidad de regresar a su núcleo familiar, como en Australia (D. Rosenthal et al., 2007). Igualmente, a menor edad de abandono del hogar, es mayor la posibilidad de ser victimizado física y sexualmente en la calle (K. Tyler & Beal, 2010), y a mayor edad, mayor la probabilidad de dejar el seno familiar (Nesmith, 2006).

Sobre el grado de escolaridad, se tiene que en Myanmar (Harvey, 2005), Rumania (Nicholas, 2011), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Nigeria (Aderinto, 2000; Nwabah & Uko-aviomoh, 2006; Olley, 2006), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Ghana (Wutoh et al., 2006), Uganda (Jacob et al., 2004), Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Senegal, Camerún, Kenia, Sri Lanka y la India (UNESCO, 1995), Pakistán (Alia et al., 2004), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; S. Kidd, 2003; Robinson & Baron, 2007; E. Votta & Manion, 2003, 2004), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Estados Unidos (Masten et al., 1997; Rachlis, Wood, Zhang, Montaner & Kerr, 2009; Reganick, 1997; N. Slesnick, Kang, Bonomi & Prestopnik, 2008; Starling, 2009; Stewart et al., 2004; K. Tyler, 2009), Filipinas (T. Silva, 2002; UNESCO, 1995), Taiwán (Chou, Ho, C. Chen & W. Chen, 2006), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998, 2000; Lawrenson, 1997; Vostanis, Grattan, Cumella & Winchester, 1997), Australia (C. Martijn & Sharpe, 2006), y España (Cepero, 2005; Diez, 1978; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; M. Sánchez, 1999; Tarín & Navarro, 2006), tienen un nivel educativo bajo porque desertan del sistema escolar, fueron expulsados de ésta o simplemente no asisten. De hecho, en Estados Unidos (J. Buckner, Bassuk & Weinreb, 2001; S. Thompson et al., 2004), aquéllos que atienden irregularmente a la escuela y/o desertan, tienden menos a regresar a su hogar y a involucrarse más con menores y jóvenes que llevan a cabo conductas de riesgo. En los países en vías de desarrollo, es común que tengan primaria o primaria incompleta. En contraste, en los desarrollados usualmente llegan hasta la secundaria y el bachillerato pero éste, en su mayoría, no se finaliza. Por consiguiente, ingresan a la economía informal ante las dificultades de obtener un empleo bien remunerado y tienen mayores dificultades para vivir de forma independiente (T. Craig & Hodson, 1998, 2000; Nicholas, 2011; Robinson & Baron, 2007; M. Sánchez, 1999; Walters, 1999; Yates, MacKenzie, Pennbridge & Cohen, 1988; Ziesemar, Marcoux & Marwell, 1994). Por ejemplo, en Ucrania (Kerfoot et al., 2007), tan sólo el 35% acude a la escuela pero de manera irregular y con grandes ausentismos. Además, como en América Latina, presentan dificultades de aprendizaje observando irregularidades en habilidades como la lectoescritura y matemáticas, y falta de concentración producto del cansancio y el hambre que padecen. Aunado a lo anterior, la escuela no constituye una prioridad ya que es más importante satisfacer las necesidades básicas de alimento, vivienda y vestimenta principalmente. Dichas circunstancias se observan en Estados Unidos (Edwards, Torgerson & Sattem, 2009).

Del mismo modo, en Rumania (Nicholas, 2011), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), España (Martín-Barroso, 1984), y Estados Unidos (Aviles de Bradley, 2008; Nabors & Weist, 2002; C. Ringwalt et al., 1998; Shankar-Brown, 2007; Van-den-bree et al., 2009), se ha encontrado que, como en Latinoamérica, la escuela es incapaz de responder a las necesidades de los menores y jóvenes al carecer de infraestructura incluyendo a un profesorado que no responde a las exigencias demandadas. Por ende, los alumnos se aburren, tienen bajo rendimiento y ausentismo que los conduce al fracaso y/o deserción escolar. De hecho, por lo menos el 60% de los niños y adolescentes se aburre en la escuela. Adicionalmente, como las estadísticas (68%) señalan que aquéllos que llegan al tutelar de menores presentaron ausentismo escolar, si las escuelas reunieran las condiciones que deberían reunir, más del 50% de los problemas de conflictividad juvenil se evitarían. De igual manera, los menores tienen dificultades para ingresar al sistema escolar ante la falta de documentos oficiales como el acta de nacimiento y número de seguro social.

Como medio de supervivencia los infantes en situación de calle realizan las mismas actividades dentro del sector de economía informal que las reportadas anteriormente (p. ej.: mendicidad, venta ambulante, comerciantes, servicio doméstico, afanadores, etc.), en lugares tan diversos como la República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Australia (S. Booth, 2006), Rumania (Nicholas, 2011), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002), Madagascar (Gössling et al., 2004), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Filipinas (T. Silva, 2002; UNESCO, 1995), Nigeria, en donde las más comunes son la mendicidad y el ambulante (Aderinto, 2000; Morakinyo & Odejide, 2003; Nwabah & Uko-aviomoh, 2006; Olley, 2006), Pakistán (Alia et al., 2004; Towe et al., 2009), España (Cepero, 2006; Diez, 1978; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; M. Sánchez, 1999), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000), República Checa, Irak, Portugal, Dinamarca, Vietnam, Burkina Faso, Kenia y Alemania (DIF, 2006), India (Mondal et al., 2011; Saini & Vakil, 2002; Sharma, 2009), Indonesia (Irwanto, 2002), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Nepal (Panter-Brick, Todd & Baker, 1996; Worthman & Panter-Brick, 2008), Rusia (C. Fujimura, 2002, 2005), Estados Unidos (S. Mallet, Rosenthal, Myers, Milburn & Rotheram-Borus, 2004; Tevendale, Lightfoot & Slocum, 2009; Viorst et al., 2009; L. Whitbeck et al., 2005), y Canadá (Karabanow et al., 2007; S. Kidd, 2003; Tarasuk, Dachner, Poland & Gaets, 2009), siendo típicas las labores manuales como construcción y limpieza en varones y los empleos de servicios al cliente en las mujeres (Robinson & Baron, 2007).

Igualmente, predominan las actividades ilícitas como serían:

- α. La prostitución en Filipinas e India (UNESCO, 1995), Rumania (Nicholas, 2011), Camerún (Matchinda, 1999), Nigeria (Olley, 2006), en donde dicha actividad es más común en niños mayores que en jóvenes (19-24 años), Ghana (Wutoh et al., 2006), Uganda (Mitchell, Nyakake & Oling, 2007) Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Tanzania (K. Lalor, 2004), Kenia (K. Lalor, 2004), Pakistán (Towe et al., 2009), España (Cepero, 2005; Entrena, 2001; E. González, 1996; Melendro et al., 2000; Oliván, 2002), Alemania (DIF, 2006; UNESCO, 1951), Rusia (C. Fujimura, 2005), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), China (Liu, 2005), Estados Unidos (C. Auerswald, Sugano, Ellen & Klausner, 2006; Hyde, 2005; Molnar, Sanders et al., 2009; Shade, Kral, Booth & Watters, 1998; Stricof, Kennedy, Nattell, Weisfuse & Novick, 1991), que según Busen y Engebretson (2008) es más frecuente en los varones que en las mujeres, Burundi, Nepal, Tailandia, Portugal, Dinamarca e Inglaterra (DIF, 2006), y Canadá (DeMatteo et al., 1999; Karabanow et al., 2007; S. Kidd, 2003; Miller, Kerr, Fischer, Zhang y Wood, 2009; Shields et al., 2004; E. Votta & Manion, 2003; Worthington & MacLaurin, 2009), en donde por lo menos el 21.9% de la población

- ha participado en dicha actividad (E. Roy, Boivin, Haley & Lemire, 1998).
- β. El narcotráfico en Camerún (Matchinda, 1999), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Nigeria (Olley, 2006), España (Cepero, 2006; Diez, 1978; E. Martínez, 1988; Melendro et al., 2000; Olivan, 2002; M. Sánchez, 1999), Alemania (DIF, 2006; UNESCO, 1951), China (Liu, 2005), Rusia (C. Fujimura, 2005), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; S. Kidd, 2003; Karabanow et al., 2007; E. Votta & Manion, 2003), India (UNESCO, 1995), Kenia, Portugal, Inglaterra y Dinamarca (DIF, 2006), y Estados Unidos (Clements, Gleghorn, García, Katz y Marx, 1997; Hickler & Auerswald, 2009; Oliveira & Burke, 2009; S. Thompson et al., 2010; L. Whitbeck et al., 1997a).
  - χ. El robo en Uganda (Jacob et al., 2004), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Filipinas (UNESCO, 1995), Rumania (Nicholas, 2011), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002), Nigeria (Aderinto, 2000; Morakinyo & Odejide, 2003; Nwabah & Uko-aviomoh, 2006; Olley, 2006), España (Cepero, 2005; Diez, 1978; E. González, 1996; E. Martínez, 1988; Melendro et al., 2000; Olivan, 2002; M. Sánchez, 1999), en donde más del 50% comete asaltos (Martín-Barroso, 1984), Estados Unidos (Barry et al., 2002; Ferguson, 2007; S. Thompson et al., 2010; L. Whitbeck & Simons, 1993), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; Karabanow et al., 2007; Tarasuk et al., 2009; E. Votta & Manion, 2003, 2004), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), China (Liu, 2005), Australia (S. Booth, 2006; C. Martijn & Sharpe, 2006), India (Sharma, 2009), Italia y Francia (UNESCO, 1951), Kenia, Camerún, Portugal, Alemania, República Checa, Indonesia, Irak y Dinamarca (DIF, 2006), y Rusia (C. Fujimura, 2005), en donde, adicionalmente, a mayor tiempo en la calle, mayor la probabilidad de volverse delincuentes; situación que también se presenta en Estados Unidos (Chen, Thrane, Whitbeck & Johnson, 2006; K. Tyler & Beal, 2010), y Canadá (E. Votta & Manion, 2004).

De igual manera, las labores que realizan ponen en riesgo su integridad física y psicológica (Aderinto, 2000; Cepero, 2006; Gwadz et al., 2009; Me. Mathur et al., 2009; Swart-Kruger & Richter, 1997; Towe et al., 2009; L. Whitbeck et al., 2005), pues llevan a cabo trabajos bajo condiciones infrahumanas e insalubres, recurren a la realización de actividades ilícitas para su subsistencia o presentan una adicción a una o varias sustancias. Esta situación se ha observado en países como Estados Unidos en donde aquéllos sin un empleo fijo llevan a cabo prácticas de sexo recompensado con mayor frecuencia que los que tienen un trabajo estable (K. Tyler, 2009), e incurrir en delinquir con tal de poder obtener droga (Sanders et al., 2009).

Por otra parte, en distintos lugares como Ruanda, Lesotho, Rusia e Irak (DIF, 2006), se dedican, también, al tráfico de armas.

Respecto al trabajo infantil y adolescente en países desarrollados, es importante considerar que, de acuerdo con varios autores (J. Grundling & I. Grundling, 2005; Liebel & Martínez, 2009; Mendelievich, 1980), los menores no trabajan por necesidad vital ni por tradición, sino para obtener un ingreso suplementario; y los padres no presionan a sus hijos para que se coloquen durante los años en que deben de asistir obligatoriamente a la escuela.

En cuanto al uso y abuso de sustancias, el consumo de tabaco, alcohol y drogas es frecuente, siendo las más comunes los inhalantes, la marihuana y la cocaína en Madagascar (Gössling et al., 2004), Filipinas (Pogoy & De Guía, 2005), Pakistán (Towe et al., 2009), India (Mondal et al., 2011), en donde además son usuarios de drogas inyectables (Sharma, 2009), Nigeria (Morakinyo & Odejide, 2003; Nwabah & Uko-



aviomoh, 2006; Olley, 2006), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Turquía (Altun et al., 1999; Olgar, Dindar, Ertugrul, Omeroglu & Aydogan, 2008), y Estados Unidos (R. Booth & Zhang, 1997; C. De Rosa et al., 1999; Fisher, Wilson & Queen, 2001; Gleghorn, Marx, Vittinghoff & Katz, 1998; Kamieniecki, 2001; Kertesz & Weiner, 2009; MacReady, 2008; B. Marshall, Kerr, Qi, Montaner & Wood, 2010; J. Milby et al., 2010; Rauolt, Foucault & Brouqui, 2001; M. Robertson, Zlotnick & Westerfelt, 1997; M. Robertson et al., 2004; Rose, 2009; N. Slesnick, 2001; Stratigos et al., 1999; S. Wenzel, Tucker, Golinelli, Green & Zhou, 2010), en donde los hombres usan sustancias tóxicas en una proporción mayor que las mujeres (Stinton, 2007; K. Tyler, Whitbeck, Hoyt & Yoder, 2000), el 56.3% de la población infantil-adolescente en situación de calle consume drogas como marihuana, el 48% alcohol y el 33.8% múltiples sustancias tóxicas y, adicionalmente, el consumo vía intravenosa es muy frecuente, por lo menos en un 39% (C. De Rosa, Montgomery, Hyde, Iverson & Kipke, 2001; B. Marshall et al., 2009; Pfeifer & Oliver, 1997; M. Robertson et al., 1995; E. Roy, Boudreau, Leclerc, Boivin & Godin, 2007; J. Stein & Nyamathi, 2004), así como el uso de otro tipo de drogas como la heroína, el opio, el éxtasis, la piedra, el LSD, las anfetaminas y los alucinógenos.

Las drogas mencionadas anteriormente, inhalantes, marihuana y cocaína, son igualmente típicas en otros países como Camerún (DIF, 2006; UNESCO, 1995), Filipinas (T. Silva, 2002), Rumania (Entrena, 2001; Nicholas, 2011), en donde el 35% consume drogas (Entrena, 2001), España (Cepero, 2005; Diez, 1978; E. González, 1996; Oliven, 2002; M. Sánchez, 1999), en donde por lo menos el 81% usa drogas (Martín-Barroso, 1984), Uganda (Jacob et al., 2004), Ghana (Wutoh et al., 2006), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000; The Lancet, 2005; A. Moore, 2010), Taiwán (Chou et al., 2006), en donde aparte se consume éxtasis, ketamina y nuez de betel, Rusia (Balachova et al., 2008; C. Fujimura, 2005), en donde el 80% que acude a centros de salud requiere tratamiento para drogas, alcohol y tabaco, Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Senegal y Kenia (UNESCO, 1995), y Canadá (Albert, Saewyc, Smith & Mackay, 2008, Dachner & Tarasuk, 2002; DeMatteo et al., 1999; S. Hwang et al., 2010; Karabanow et al., 2007; S. Kidd, 2003; Martin, Lampinen & McGhee, 2006; Paquette, E. Roy, Petit & Boivin, 2010; E. Votta & Manion, 2003, 2004; D. Werb, Kerry, Lao, Montaner & Wood, 2008; Worthington & MacLaurin, 2009), en donde, en años recientes, ha empezado el consumo de la piedra o crack y el 54.7% se droga por lo menos dos veces por semana (E. Roy et al., 1998), aunado a que el consumo vía intravenosa es habitual (E. Votta & Manion, 2004). En Australia (S. Mallet, Rosenthal & Keys, 2005; C. Martijn & Sharpe, 2003; C. Martijn & Sharpe, 2006; E. Rice et al., 2005; D. Rosenthal et al., 2007, D. Rosenthal et al., 2008), además, es usual el uso y abuso de alcohol, heroína, cocaína y anfetaminas y el consumo vía intravenosa; y en Dinamarca (Nordentoft & Wandall-Holm, 2003), el beber alcohol y tomar sedantes. En Corea del Sur (Hyun et al., 2005), el 66.7% reporta consumir alcohol.

Al igual que en Latinoamérica, el consumo de drogas a nivel mundial en la población infantil y juvenil callejera, se ha asociado a la búsqueda de afecto y cariño, a la pertenencia a un grupo social en cuestión, a la evasión de la realidad y a la aparente satisfacción de necesidades básicas como el hambre y el frío.

Referente a su estado físico, se ha observado que prevalecen las mismas enfermedades e infecciones que las mencionadas anteriormente (gastrointestinales, respiratorias, dérmicas y bucodentales), en Nigeria (Olley, 2006), Rumania (Nicholas, 2011), Mongolia (Briller, 1997), Madagascar (Gössling et al., 2004), Filipinas (Pogoy & De Guía, 2005), Sudán (Kudrati et al., 2008), Pakistán (Towe et al., 2009), España (Cabrera et al., 2002; Cepero, 2006; Diez, 1978; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; Martín-Barroso, 1984; Oliven, 2002), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Rusia (C. Fujimura, 2005), Filipinas e India (DIF, 2006), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; S. Hwang, 2001; S. Hwang et al., 2010; Karabanow et al., 2007; E. Votta & Manion, 2003), Inglaterra (The Lancet, 2005), Turquía (Altun et al., 1999), y Estados Unidos (Buchanan et al., 2006; J.

Ensign, 2003; Geber, 1997; Haddad, Wilson, Ijaz, Marks & Moore, 2005; J. Milby, Schumacher, Wallace, Freedman & Vuchinich, 2005; Molnar et al., 1998; O'Connell, 2004). Así mismo, como consecuencia de la desnutrición, están por debajo de la norma en cuanto a talla, peso y estatura de acuerdo al estándar establecido por la National Center for Health Statistics (NCHS) en Mongolia (Briller, 1997), Nigeria (Aderinto, 2000), Pakistán (Alia et al., 2004), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; Tarasuk et al., 2009), Nepal (Panter-Brick et al., 1996), España (Olivan, 2002), Estados Unidos (Derrickson & Gans, 1995; Hamm & Holden, 1999; Youngblade & Mulvihill, 1998), India (DIF, 2006), Madagascar (Gössling et al., 2004), e Indonesia (R. Gross et al., 1996). En cuanto a su salud mental, se ha visto que padecen trastornos psicóticos, conductuales, de ansiedad y del estado de ánimo en Estados Unidos (Buchanan, Doblin, Sal & García, 2006; S. Thompson, Maccio, Desselle & Zittel-Palamara, 2007; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004; K. Tyler, Cauce & Whitbeck, 2004; K. Tyler, Melander & Almazan, 2010), siendo los más comunes los desórdenes de la conducta (Dumain, 2010; K. Yoder, Whitbeck et al., 2008; K. Yoder, Longley et al., 2008) sobre todo en varones (L. Whitbeck, Johnson, Hoyt & Cauce, 2004; L. Whitbeck et al., 2007), el trastorno por déficit de atención, el trastorno maniaco, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático (Busen & Engebretson, 2008; Chen et al., 2006; Folson et al., 2005; Merscham et al., 2009; O'Reilly et al., 2009; Saewyc & Edinburgh, 2010; Schanzer et al., 2007; N. Slesnick & Prestopnik, 2005a), el cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres (Brunette & Drake, 1998; K. Johnson et al., 2005b); y diversos trastornos mentales en España (Olivan, 2002), Alemania (Salkowa & Fichter, 2003), Pakistán (Towe et al., 2009), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000; The Lancet, 2005; A. Moore, 2010; Vostanis, Grattan & Curnella, 1998), Canadá (S. Hwang et al., 2010; E. Votta & Manion, 2003, 2004; Worthington & MacLaurin, 2009), y Australia (C. Martijn & Sharpe, 2003), en donde uno de los desórdenes más comunes es el trastorno por estrés postraumático como en Rusia (Balachova et al., 2008).

Igualmente, padecen infecciones de transmisión sexual en Cambodia (Harvey, 2005), Rumania (Nicholas, 2011), Madagascar (Gössling et al., 2004), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; DeMatteo et al., 1999; Harvey 2005; Karabanow et al., 2007; O'Connell, 2004; Shields et al., 2004; E. Votta & Manion, 2003; Worthington & MacLaurin, 2009), en donde el riesgo de contraer SIDA aumenta con la edad, Estados Unidos (C. Auerswald & Eyre, 2002; Desai & Rosenheck, 2004; J. Noell, Rohde, Seeley & Ochs, 2001; Steel & O'Keefe, 2001; Van Leeuwen, Rietmeijer, Le Roux, White & Petersen, 2002), en donde aparte hay una gran prevalencia de VIH o SIDA, gonorrea, clamidia, sífilis y Hepatitis B y C, Nigeria (Olley, 2006), en donde la más típica es la gonorrea, España (Cepero, 2005; Diez, 1978; Olivan, 2002), Irán (Fallah, Goudarzi, Karimi, Eslami, & Radmanesh, 2008), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Uganda (Mitchell et al., 2007), Ghana (Wutoh et al., 2006), Rusia (C. Fujimura, 2005), Pakistán (Towe et al., 2009), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000; A. Moore, 2010), Australia (Henning, Ryan, Sancí & Dunning, 2007; D. Rosenthal et al., 2008), en donde hay una gran prevalencia de Hepatitis C y clamidia, y Lesotho (DIF, 2006), país en donde la más usual es el SIDA al igual que en China (Liu, 2005).

Como en el caso de América Latina, al carecer de documentos de identificación y no estar registrados legalmente, los menores y jóvenes en situación de calle no tienen acceso a los servicios médicos; circunstancias que predominan en Australia (Henning et al., 2007), Rumania (Nicholas, 2011), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), India (Me. Mathur et al., 2009; Sharma, 2009), Estados Unidos (Averitt, 2003; Edwards et al., 2009; B. Marshall et al., 2010), España (Cabrerá et al., 2002; Diez, 1978; Lebrero & Quicios, 2005; M. Sánchez, 1999), Pakistán (Towe et al., 2009), Alemania (Salkowa & Fichter, 2003; UNESCO, 1951), Inglaterra (The Lancet, 2005), y Canadá (S. Hwang, 2001; O'Connell, 2004; Shields et al., 2004; Worthington & MacLaurin, 2009). Por ejemplo,

en Estados Unidos (Klein et al., 2000), el 50% de los menores de la calle y el 36% de los que están institucionalizados, no tienen acceso a los centros de salud. Adicionalmente, es normal que no asistan a centros de salud por miedo a ser agredidos, a no ser atendidos o rechazados. Tales sucesos se presentan en lugares como Canadá (Karabanow et al., 2007). Además, al menos en Estados Unidos (L. Rew & Horner, 2003), si llegan a recibir atención médica, ésta es deficiente y de baja calidad.

Otra área que presenta equivalencias en esta población, lo constituyen las características de su vida sexual. Se ha visto que los menores o jóvenes en situación de calle iniciaron su actividad sexual previo a su salida a la calle, que son sexualmente activos y cambian de pareja con gran frecuencia en Australia (D. Rosenthal et al., 2007), observándose un mayor número de parejas sexuales en las mujeres que en los hombres, Nigeria (Olley, 2006), Ghana (Wutoh et al., 2006), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Canadá (DeMatteo et al., 1999; Shields et al., 2004), en donde el 99.6% de la población es sexualmente activa (E. Roy et al., 1998), España (Cepero, 2006), y Estados Unidos (R. Booth, Zhang, & Kwiatkowski, 1999; Ennett et al., 1999; L. Rew, Grady, Whittaker & Bowman, 2008; M. Solorio et al., 2008; Tevendale et al., 2009), en donde una vez en la calle por lo menos el 39% son victimizados sexualmente (K. Tyler et al., 2010), y el tener múltiples parejas sexuales es más frecuente en mujeres que en hombres de acuerdo con algunos autores (Hollander, 2008; D. Rosenthal et al., 2007). En contraste, otros autores (M. Solorio, Milburn, Rotheram-Borus, Higgins & Gelberg, 2006), señalan que los varones suelen tener un mayor número de parejas sexuales en comparación con las mujeres.

Así mismo, en Estados Unidos (C. Auerswald, Sugano, Cruz & Ellen, 2005; Bailey, Camlin & Ennett, 1998; Carlson, Sugano, Millstein & Auerswald, 2006; L. Edinburgh & Saewyc, 2009; Ennett et al., 1999; Gelberg et al., 2008; J. Greene & Ringwalt, 1998; J. Greene et al., 1999; Obando et al., 2004; Saewyc & Edinburgh, 2010; K. Tyler & Johnson, 2006b; Warf et al., 2010), Canadá (Tarasuk et al., 2009; Worthington & MacLaurin, 2009), Alemania (DIF, 2006), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000), Uganda (Mitchell et al., 2007), Ghana (Wutoh et al., 2006), Rumania (Nicholas, 2011), Australia (S. Booth, 2006), y Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), intercambian sexo para satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestimenta y vivienda, siendo más prevalente dicha actividad en las mujeres que en los hombres y ejercida, en ocasiones, en forma involuntaria. Del mismo modo, carecen de información sobre su sexualidad y cómo cuidarse por lo que rara vez utilizan métodos anticonceptivos como el condón (C. Auerswald et al., 2006; Clements et al., 1997; R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006; Mitchell et al., 2007; Nicholas, 2011; Sobo, Zimet, Zimmerman & Cecil, 1997; P. Sullivan & Knutson, 2000), siendo más frecuente la falta del uso de condón en las mujeres que en los hombres (Hollander, 2008; Kilbourne, Herndon, Anderson, Wenzel & Gelberg, 2002; D. Rosenthal et al., 2007; N. Slesnick & Kang, 2008; M. Solorio et al., 2006; Tevendale et al., 2009). Aunado a lo anterior, con frecuencia sus clientes les exigen tener relaciones sexuales sin protección (Swart-Kruger & Richter, 1997). También, en Australia (Henning et al., 2007), es habitual que la población en situación de calle no sepa cómo cuidarse y evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Aparte de lo expuesto anteriormente, a nivel mundial, como resultado de una vida sexual activa y sin protección, tienden a convertirse en padres a edades tempranas.

Dentro de las características de la vida sexual, en Estados Unidos (Gwadz et al., 2009; Rotheram-Borus et al., 2009; K. Tyler, 2009; K. Tyler & Beal, 2010; Walls et al., 2009), aproximadamente el 48% de los menores en situación de calle son homosexuales, lesbianas y bisexuales, presentándose más en las mujeres que en los hombres, y el 52% heterosexuales. De hecho, los adolescentes que son homosexuales o lesbianas en comparación con sus contrapartes heterosexuales, sufren mayor victimización física y sexual en las calles (L. Whitbeck et al., 2005), y padecen trastornos mentales más veces.

Dentro de éstos, los más típicos son la depresión, en varones homosexuales, y el estrés postraumático y desórdenes de la conducta, en mujeres homosexuales. Tienen mayores probabilidades de tener ideación e intentos suicidas, sobre todo las lesbianas. Tienden a involucrarse más en prácticas de sexo recompensado y, en las mujeres con preferencia sexual homosexual, además, un mayor consumo de drogas y alcohol (L. Whitbeck et al., 2004). Del mismo modo, los varones homosexuales son los que tienen una baja autoeficacia percibida y tienden a usar en menor grado métodos anticonceptivos como el condón (M. Taylor-Seehafer et al., 2007).

En relación a las características de sus relaciones afiliativas, a nivel mundial se ha encontrado que los niños y adolescentes en situación de calle se unen a grupos como medio de seguridad, protección, supervivencia, afectividad, apoyo, soporte y reconocimiento social. Adicionalmente, el grupo de iguales reemplaza a la familia pues permite continuar con los procesos de socialización y creación de la identidad iniciado en los ámbitos familiar y escolar. Igualmente, se ha observado internacionalmente que los vínculos que establecen con su grupo de iguales son débiles e inconstantes. Lo que es más, la carencia de redes sociales de apoyo conduce a la realización de conductas de riesgo como el tener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y/o el alcohol, el tener múltiples parejas sexuales y el no usar métodos anticonceptivos, al menos en países como Estados Unidos (L. Rew et al., 2008).

En Canadá (Gallupe & Baron, 2009), la pérdida de relaciones afectivas importantes por muerte o separación llevan al consumo de drogas “suaves” como la marihuana.

En España (DIF, 2006; Melendro et al., 2000), es común que establezcan relaciones esporádicas con una o varias pandillas.

En Estados Unidos (K. Johnson et al., 2005a), las personas en situación de calle conforman sus redes sociales de diferente manera dependiendo de su sexo y su identidad sexual. Las mujeres tienden a tener a miembros familiares como parte de sus redes sociales instrumentales (las apoyan y ayudan), y emocionales (les brindan comprensión, afecto, etc.). Los hombres, por su lado, tienen a profesionales de la salud y amigos. A diferencia de los homosexuales, lesbianas o bisexuales que incluyen a personas en situación de calle en sus redes sociales instrumentales y emocionales. De igual manera, hay una jerarquía dentro del grupo en donde el líder dictamina la repartición de roles y actividades por realizar y cumplir además de las normas comportamentales (Oliveira & Burke, 2009). Del mismo modo, el grupo con el que se identifican los menores y jóvenes en situación de calle representa un recurso para el aprendizaje y adquisición de habilidades, la promoción de la salud, y la educación de valores y normas de comportamiento (L. Rew & Horner, 2003; M. Taylor-Seehafer et al., 2007).

En Rusia (C. Fujimura, 2005), su grupo de pares le permite el desarrollo de su identidad y autoconcepto, brinda protección y seguridad, y reemplaza a la familia.

Aunado a lo anterior, el grupo de pares puede constituir un factor de riesgo dado que es común que promueva la violencia física, incluida la sexual, y psicológica entre sus miembros, consuma drogas y alcohol, lleve a cabo actividades delictivas como robar, vender droga y prostituirse, y tenga una actividad sexual sin protección; y, por tanto, como requisito para pertenecer al grupo, cada miembro debe de participar en tales actividades. Esta situación se ha presentado en Estados Unidos (Adams, Gullota & Clancy, 1985; Barry et al., 2002; Boris, Heller, Sheperd & Zeanah, 2002; DiClemente et al., 1996; K. Johnson et al., 2005b; Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000; E. Rice et al., 2005; Rose, 2009; K. Tyler, 2008; Wan-Ning et al., 2000; S. Wenzel et al., 2010; L. Whitbeck & Simons, 1993), Nigeria (Nwabah & Uko-aviomoh, 2006), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Canadá (S. Kidd, 2003), y Uganda (Mitchell et al., 2007), en donde es normal que el grupo de pares no promueva el uso de métodos anticonceptivos. De hecho, están en contra de ello. En la India (Sharma, 2009), por ejemplo, empiezan a

consumir tabaco por presión de sus pares.

Referente a sus relaciones de pareja, se observa que son una fuente de apoyo, protección, seguridad y cariño pero también de violencia física, incluida la sexual, y psicológica.

Dentro de sus relaciones afiliativas, en Rumania (Nicholas, 2011), Madagascar (Gössling et al., 2004), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998; The Lancet, 2005; A. Moore, 2010), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), España, Francia, Alemania, República Checa, Dinamarca, Italia, Filipinas, India, Indonesia, Nepal, Vietnam y Holanda (DIF, 2006), Rusia (C. Fujimura, 2005), Australia (C. Martijn & Sharpe, 2006), Canadá (S. Kidd, 2003; E. Votta & Manion, 2003; Worthington & MacLaurin, 2009), y Estados Unidos (Chen et al., 2006; Hill, 2002; M. Kim et al., 2009; R. Johnson et al., 2006; Maxwell, 1992; Menke, 1998; Milburn et al., 2005; Nebitt et al., 2007; Nesmith, 2006; L. Rew et al., 2001; L. Rew et al., 2002; Robert et al., 2005; Rose, 2009; R. P. Sánchez et al., 2006; Shankar-Brown, 2007; Stewart et al., 2004; S. Thompson et al., 2004; S. Thompson et al., 2007; S. Thompson et al., 2011; L. Whitbeck et al., 1997a; L. Whitbeck et al., 2007; Williams et al., 2001; K. Yoder, 1999; K. Yoder et al., 2001), las familias de dicha población se caracterizan por ser disfuncionales dado que impera el maltrato físico, incluyendo el sexual, y psicológico, la negligencia y el abandono, y el uso y abuso de drogas en sus familiares. Del mismo modo, se observan diferencias por origen étnico. Por ejemplo, los afro-americanos reportan tener un mayor contacto con su familia nuclear y extensa que los blancos americanos, en donde el contacto familiar es ocasional o nulo.

Aunado a lo anterior, a nivel mundial, las familias de este grupo social son en su mayoría de un nivel socioeconómico medio-bajo o bajo, con una escolaridad promedio de 6 años en países en vías de desarrollo y con bachillerato en países desarrollados, y con empleos en los que los salarios no son suficientes para la manutención familiar. Cabe resaltar que en los países en vías de crecimiento, las familias suelen laborar dentro del sistema de economía informal y tienden a tener múltiples relaciones de pareja.

Por otra parte, hay una mayor prevalencia de menores y jóvenes en situación de calle cuando provienen de familias uniparentales y/o reconstituidas. En Estados Unidos (Bearsley-Smith et al., 1998; R. Grant, 1990; Hayes, 1989; Min-Park et al., 2004; Shankar-Brown, 2007; Tischler, Vostanis, Bellerby & Cumella, 2002; Wang, 2009; B. Zima et al., 1994), la mayoría de los niños y adolescentes sin hogar provienen de familias de madres solteras o reconstituidas. En Nepal (Worthman & Panter-Brick, 2008), los varones que provienen de familias con ambos progenitores tienen menos probabilidades de convertirse en un menor en situación de calle. En Ghana (Wutoh et al., 2006), suelen vivir con sus hermanos mayores o con sus madres. En Inglaterra (Lawrenson, 1997), provienen de familias reconstituidas en donde uno o ambos de los progenitores ha abandonado el núcleo familiar. En Nigeria (Olley, 2006), por lo menos un 32.5% ha sido criado por su madre y un 30.2% por otros parientes. En Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), las familias de los menores comienzan por la unión no matrimonial de un hombre y una mujer que posteriormente terminan por separarse y juntarse con nuevas parejas. Como resultado, los niños terminan por pertenecer a tres familias: la biológica, la de su madre y la de su padre.

En cuanto a su entorno comunal, se ha visto que mundialmente suelen provenir de lugares carentes de infraestructura y de recursos, oportunidades y servicios básicos, rodeados de violencia, pandillas, prostitución, uso y abuso de sustancias y otros problemas sociales.

Por último, a pesar de que los menores y jóvenes en situación de calle pueden responder favorablemente a las intervenciones, a nivel mundial, las instituciones

asistenciales se caracterizan por su falta de apoyo y de servicios brindados, su inaccesibilidad y ausencia de programas de seguimiento. De igual manera, las condiciones del entorno físico de tales organizaciones pueden exacerbar la gravedad de los padecimientos de los niños, tal y como ha ocurrido en Estados Unidos (Burg, 1994). Adicionalmente, existen problemas referentes a la insuficiencia de instituciones asistenciales como ocurre en Australia (S. Booth, 2006), Nigeria (Nwabah & Uko-aviomoh, 2006), y Corea del Sur (S. Kim, 1998). En Australia, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Rusia, Tailandia, Turquía y España, las organizaciones asistenciales carecen de infraestructura y sus programas de intervención no se coordinan entre sí, no abarcan la rehabilitación, carecen de servicios médicos adecuados, no aplican métodos uniformes, son usadas para satisfacer únicamente necesidades básicas, fueron elaborados para adultos y personas de la senectud, y requieren que los menores o jóvenes en situación de calle no consuman drogas y se apeguen a las normas implementadas (Altun et al., 1999; Baer et al., 2004; Balachova et al., 2008; Cheunwattana & Meksawat, 2002; J. Chun & Springer, 2005b; Clements et al., 1997; Cloke, Johnsen & May, 2007; J. Ensign & Gittelsohn, 1998; Geber, 1997; Hadland et al., 2009; Hamm & Holden, 1999; Hyde, 2005; R. Martínez, 2006; Meadows-Oliver, 2003; Oliveira & Burke, 2009; The Lancet, 2005; S. Thompson et al., 2006; Thrasher & Mowbray, 1995). Dichas circunstancias representan un cambio radical en la vida de estos individuos puesto que por largo tiempo han llevado su propio estilo de vida. Además, dentro de las instituciones, han sido víctimas de maltrato físico y psicológico, situación que se ha presentado en Rumania (Nicholas, 2011), Canadá (S. Kidd, 2003), y Estados Unidos (Duval & Vincent, 2009). Así mismo, no es fácil que la población callejera acuda a las organizaciones ya sea por desconfianza, vergüenza, falta de conocimiento o miedo a perder su independencia y aparente libertad (S. Booth, 2006; Brase, 2011; C. De Rosa et al., 1999; Figa et al., 1995; C. Fujimura, 2005; C. Hoffman, 2009; Hyde, 2005; Klein et al., 2000; Oliveira & Burke, 2009; L. Rew & Horner, 2003; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; Swart-Kruger & Richter, 1997; S. Thompson, McManus & Voss, 2006; Ulager et al., 2005), y porque la calle ofrece mayores beneficios a corto plazo como serían la posibilidad de obtener más recursos y ganancias (Ferguson, 2007), tal y como ocurre en Rusia (C. Fujimura, 2002). Todo ello dificulta aún más su compromiso con las organizaciones. La desconfianza puede ser consecuencia de experiencias de victimización tanto en los hogares como en la calle (Mounier & Andujo, 2003; K. Tyler & Cauce, 2002). Aunado a lo anterior, Fowler, Toro y Miles (2009) señalan que si se mantiene a los menores en instituciones hasta los 21 años pueden reducirse las consecuencias negativas asociadas al fenómeno del callejerismo.

Por consiguiente, la población en situación de calle aumenta inclusive en países desarrollados como Estados Unidos en donde existe la legislación para reducir el fenómeno en cuestión (Averitt, 2003; Garrett, Higa, Phares, Peterson, Wells & Baer, 2008; Hickler & Auerswald, 2009; N. Slesnick et al., 2007).

A pesar de ello, algunos estudios (Kisely et al., 2008; Lindsey, Kurtz, Jarvis, Williams & Nackerud, 2000; Nebbitt, House, Thompson & Pollio, 2007; Rotheram-Borus et al., 2006; S. Thompson & Pillai, 2006; Wang, 2009), revelan que las instituciones asistenciales inducen cambios positivos en el grupo social en cuestión al dotarlos de habilidades sociales, de comunicación e interpersonales, de actitudes y conductas positivas, al promover el uso de estrategias de enfrentamiento positivas y hacerlos más maduros, responsables y obedientes.

De las comparaciones hechas a nivel mundial respecto al fenómeno del callejerismo infantil, pueden observarse mayores similitudes referentes a su manifestación entre América Latina y África, porque en el continente africano el rango de edad, el grado de escolaridad, las actividades desempeñadas en el sector informal y las ilícitas, la función del grupo, la estructura familiar, la vida sexual, la relación con la pareja, el consumo de drogas y las enfermedades físicas en la población infantil callejera son las

mismas que en los países latinos. De igual forma, predominan los niños, como en Latinoamérica, por cuestiones culturales. En consecuencia, hay semejanzas en cuanto a características sociales, relacionadas a la salud, de la vida sexual y de las relaciones afiliativas. Finalmente, aunque será abordado en apartados posteriores, también son iguales los factores de riesgo y las consecuencias reportadas (Véliz, 1995).

En resumen (ver Cuadro I), la mayoría de los países clasificados como en vías de desarrollo y algunos como desarrollados (p. ej.: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, España, Alemania y Dinamarca, entre otros) presentan características sociales, relacionadas a la salud, psicosociales, de la vida sexual y de las relaciones afiliativas muy similares a las examinadas en América Latina. Se puede observar que predomina la población masculina, la etapa de la infancia-adolescencia, un bajo nivel educativo, comúnmente de primaria y pudiendo llegar hasta la secundaria, las actividades dentro del sector informal de economía, incluyendo ilícitas como la prostitución, la venta de drogas y la delincuencia, un estado de salud físico-mental precario, el consumo de drogas, principalmente inhalantes, y alcohol, las experiencias sexuales tempranas, habitualmente dentro del seno familiar, el tener encuentros sexuales frecuentes, un grupo de pares como fuente de apoyo, solidaridad, protección y riesgo, la carencia de vínculos familiares, el establecimiento de vínculos amorosos superficiales y transitorios, los problemas institucionales, y, finalmente, la presencia de ansiedad, depresión, agresión, conductas antisociales y habilidades de supervivencia dentro de las características psicosociales. A pesar de tal paralelismo, resaltan ciertas diferencias entre las que destacan: la realización de trabajos ilícitos poco comunes en América Latina como sería el tráfico de armas, la prevalencia de minorías étnicas, el consumo de drogas no típicas en Latinoamérica como la nuez de Betel, el hecho de que en países desarrollados no trabajan por necesidad sino por independizarse y que estos países cuentan con la infraestructura adecuada para atender al grupo social en cuestión.

Continente	Región	Países que comprende	Perfil			
			<i>Características psicosociales</i>	<i>Características sociales y relacionadas a la salud</i>	<i>Características de las relaciones afiliativas</i>	<i>Características de la vida sexual</i>
<b>América</b>	América del Norte	Estados Unidos y Canadá.	Depresión, agresividad y tendencias suicidas. Tienen una baja autoestima y carecen de habilidades de enfrentamiento efectivas. Presentan conductas de automutilación y deficiencias en habilidades para la lectoescritura y la aritmética. Adquieren grandes capacidades de sobrevivencia: resiliencia, independencia, juicio crítico y la habilidad para	Predominan los varones, las minorías étnicas (afroamericanos y latinos), bajo nivel educativo, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.). Llevan a cabo actividades ilícitas (prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen drogas: inhalantes,	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	Inicio de actividad sexual previo a la salida a la calle. Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados. Prácticas de sexo recompensado. Una vez en la calle son victimizados sexualmente. Un 48% son homosexuales, bisexuales o lesbianas.

			adaptarse.	<p>marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo vía intravenosa es muy común. En Canadá, además, piedra y crack, y en Estados Unidos, la heronía, el éxtasis, el opio, el LSD, la piedra, las anfetaminas y los alucinógenos. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas, mentales, de transmisión sexual y desnutrición. Tienen dificultades para acceder a los centros de salud porque carecen de documentos de identificación. Instituciones asistenciales no satisfacen las necesidades de la población demandante.</p>		
América Central	México, Guatemala, Belice, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Honduras y El Caribe.	Altos niveles de ansiedad y estrés, agresividad, baja tolerancia a la frustración, orientación al logro, autoconcepto, autoestima y autovaloración, presentan depresión, retraimiento, desconfianza y trastornos en la sexualidad. Adoptan una actitud violenta ante los demás,	Predominan los varones, bajo nivel educativo, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.). Llevan a cabo actividades ilícitas (prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen	Grupo de pares: fuente de protección, solidaridad, seguridad y afecto. Pareja: compañía, atención, protección, informales y violentas. Familia: disfuncional, maltrato físico y psicológico, negligencia emocional, educativa y física. Grupo de pares y	Inicio de actividad sexual previo a la salida a la calle. Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados, maternidad temprana, prácticas de sexo recompensado. Puede constituir una forma de expresar sentimientos y de búsqueda de	
América del Sur	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú, Ecuador, Uruguay,					



		Paraguay, Colombia, Venezuela, Guayana Francesa, Guyana, Surinam.	tienen una inteligencia normal, dificultades para organizar una visión del futuro, tendencia a cometer suicidio, una gran capacidad de sobrevivencia, niveles de desarrollo numérico conceptual mayores, alto nivel de creatividad, mayor experiencia y madurez.	drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas, mentales, de transmisión sexual y desnutrición. Realizan actividades en el sector informal. Tienen dificultades para acceder a los centros de salud porque carecen de documentos de identificación.	pareja: fuente de violencia, relaciones superficiales y por conveniencia. Luchas por el poder, el liderazgo y propensos a realizar conductas de riesgo.	afecto.
<b>Asia</b>	Asia del Norte	Rusia	Adquieren habilidades para la sobrevivencia, de enfrentamiento, de solución de problemas y tienen una orientación al logro.	Llevar a cabo actividades ilícitas (prostitución, narcotráfico, tráfico de armas y robo). Padecen enfermedades físicas, mentales y de transmisión sexual. Instituciones asistenciales no satisfacen las necesidades de la población demandante.	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	
	Asia Central	China, Corea del Norte y del Sur, Japón, Mongolia, Taiwán, Tailandia, Kasajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.	Presentan depresión, tienen baja autoestima y autoeficacia. Padecen desórdenes de la conducta y tienen ideación e intentos suicidas.	Bajo nivel educativo, se consumen inhalantes, éxtasis, ketamina y nuez de betel, además de marihuana, alcohol, cocaína y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades	

				<p>básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades de transmisión sexual. Llevan a cabo actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución.</p>	<p>ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.</p>	
	Asia del Sur	<p>India, Irán, Irak, Maldivas, Afganistán, Bangladesh, Bután, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Vietnam, Birmania, Camboya, Indonesia, Brunei, Filipinas, Indonesia, Malasia, Laos, Timor Oriental, Singapur.</p>	<p>Gran habilidad de supervivencia, baja autoestima, depresión y conducta antisocial. Altos niveles de angustia, ansiedad y agresividad. Tienen tendencias suicidas y una baja tolerancia a la frustración.</p>	<p>Predominan los varones, bajo nivel de escolaridad, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.) y la informal (venta ambulante, mendicidad, etc.), llevan a cabo actividades ilícitas (tráfico de armas, prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas, mentales, de transmisión sexual y desnutrición. Tienen dificultades para acceder a los centros de salud porque carecen de documentos de identificación.</p>	<p>Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.</p>	<p>Inicio de actividad sexual previo a la salida a la calle.</p>

<b>África</b>	África del Norte	Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Túnez, Sahara Occidental.		Padecen enfermedades físicas y de transmisión sexual.	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	
	África Central	Chad, República Democrática del Congo, Burundi, Ruanda, Angola, Camerún, Guinea Ecuatorial, República Centroafricana, Gabón, República del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Zambia, Kenia, Tanzania, Uganda, Yibuti, Eritrea, Etiopía, Somalia, Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Togo, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Níger, Nigeria,	Agresividad y presentan desórdenes conductuales.	Predominan los varones, bajo nivel de escolaridad, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.). Llevan a cabo actividades ilícitas (tráfico de armas, prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas, de transmisión sexual y desnutrición.	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	Inicio de actividad sexual previo a la salida a la calle. Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados.

		Senegal, Sierra Leona.				
	África del Sur	Angola, Botswana, Comoras, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mayotte, Mozambique, Namibia, Reunión, Santa Helena, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia, Zimbabwe.		Predominan los varones. Tienen un bajo nivel educativo. Realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.), llevan a cabo actividades ilícitas (tráfico de armas y prostitución). Consumen drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades de transmisión sexual.	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados. Prácticas de sexo recompensado.
<b>Europa</b>	Europa Occidental	Portugal, España, Francia, Andorra, Italia, Irlanda, Islandia, Reino Unido, Noruega, Suecia, Finlandia, Austria, Alemania, Bélgica, Ciudad del Vaticano, Grecia, Países Bajos, Dinamarca, San Marino, Suecia, Suiza, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco.	Baja autoconcepto, autoestima y tolerancia a la frustración, altos niveles de ansiedad y estrés, actitud defensiva hacia las personas, no tienen expectativas a largo plazo. Presentan depresión, ideación suicida, impulsividad y labilidad emocional.	Predominan los varones. En Alemania predominan las mujeres. Tienen un bajo nivel educativo, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.). Llevan a cabo actividades ilícitas (prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer	Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.	Inicio de actividad sexual previo a la salida a la calle. Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados. Prácticas de sexo recompensado.

				<p>aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas, mentales y de transmisión sexual. Tienen dificultades para acceder a los centros de salud porque carecen de documentos de identificación. Instituciones asistenciales no satisfacen las necesidades de la población demandante.</p>		
	Europa Oriental	<p>República Checa, Eslovenia, Croacia, Bosnia y Herzegovina, Serbia, Albania, Rumania, Bulgaria, Ucrania, Estonia, Letonia, Lituania, Bielorrusia, Moldavia, Armenia, Georgia, Azerbaiyán, Montenegro, Kosovo, Turquía.</p>	<p>Padecen depresión, presentan conductas antisociales, tienen tendencias suicidas.</p>	<p>Tienen un bajo nivel educativo, realizan actividades dentro de la economía formal (empresas, restaurantes, fábricas, etc.), e informal (venta ambulante, mendicidad, etc.). Llevan a cabo actividades ilícitas (prostitución, narcotráfico y delincuencia). Consumen drogas: inhalantes, marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. El consumo de drogas les permite satisfacer aparentemente las necesidades básicas y afectivas. Constituye un medio de evasión de la realidad. Padecen enfermedades físicas y de transmisión sexual.</p>	<p>Grupo de pares: fuente de protección, seguridad y afecto. Factor de violencia y propenso a realizar conductas de riesgo: consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución. Las familias son disfuncionales e impera el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico.</p>	<p>Tener múltiples parejas sexuales, carecen de información, no usan métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados. Prácticas de sexo recompensado</p>

*Cuadro 1.* Cuadro comparativo del perfil del menor y joven en situación de calle a nivel mundial de acuerdo con la literatura de investigación revisada. Aunque México forma parte de América del Norte, se ubicó dentro de la región de América Central dado que se buscó englobar de manera conjunta a los países latinoamericanos en donde la problemática bajo estudio se manifiesta de manera similar. Así mismo, para cada región, a pesar de no estar mencionadas, se incluyeron sus respectivas dependencias e islas colindantes.

## Conductas de riesgo

Se define riesgo como aquellos agentes o condiciones que se asocian con un incremento en la probabilidad de repercutir en el estado de salud de los individuos, su calidad de vida o su vida misma (Lerner & Ohannesian, 1999).

Las conductas de riesgo están relacionadas a indicadores de bienestar, incluyendo el desempeño académico y laboral, la calidad de las relaciones afiliativas y la estabilidad económica (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). Interfieren con el cumplimiento de tareas normales del desarrollo y de determinados roles sociales, con la adquisición de habilidades sociales básicas, con la obtención de un sentido de competencia y autoeficacia, con una adecuada preparación para la vida adulta y repercuten en el estado de salud del individuo.

Por consiguiente, son aquéllas que atentan contra el bienestar biopsicosocial de los individuos al repercutir en los ámbitos en los que se desenvuelven: personal (p. ej.: en su salud físico-mental), escolar (p. ej.: fracaso, deserción, pobre rendimiento académico), laboral (p. ej.: pérdida del trabajo) familiar (p. ej.: deterioro y rompimiento de las relaciones familiares), y social (p.ej.: discriminación, encarcelamiento, exclusión social y violencia) (Azocar et al., 2009; Berra & Dueñas, 2009; CDC, 2008; Celís & Vargas, 2005; Gil & Romo, 2008; Joachim, 2009; Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010).

Dadas una serie de predisposiciones biológicas y psicológicas en un medio ambiente en particular, algunos menores y jóvenes se involucrarán en la realización de conductas de riesgo mientras que otros no. De ahí la importancia de identificar las condiciones y factores que propician, mantienen o controlan tales conductas para que, mediante el planteamiento de un tratamiento efectivo basado en la terapia cognitivo-conductual, se disminuyan o prevengan acercando a los individuos a niveles de funcionamiento adaptativo.

El contexto sociocultural en el que se desenvuelve el menor o joven en situación de calle influye en la realización de conductas de riesgo porque las decisiones respecto a involucrarse o no en tales conductas son hechas en relación al entorno circundante de cada grupo social. Por ejemplo, el grupo de pares de los niños y adolescentes es el que modela y promueve el uso de drogas y alcohol, el tener relaciones sexuales precoces, el desafiar las normas y autoridades establecidas, el robar y vender drogas y el abandonar el hogar, entre otras conductas. Una forma en que se conjugan los factores biológicos y socioculturales en la ejecución de dichas conductas es mediante la experiencia del estrés, el aburrimiento y la búsqueda de sensaciones gratificantes. La clase social puede determinar la naturaleza del estrés (p. ej.: pobreza, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, etc.), y los factores biológicos pueden regular el umbral de aburrimiento (p. ej.: los individuos que buscan sensaciones gratificantes tienden a experimentar un mayor número de situaciones como poco llamativas y tienen un bajo nivel de tolerancia para ello). La conducta de riesgo elegida puede fungir como aliviadora del estrés o el aburrimiento. Aunque los factores biológicos y socioculturales operan cada uno en su manera para determinar la ejecución de conductas de riesgo, su influencia interactiva depende también de una tercera fuente de influjo: las características psicológicas de la persona en cuestión (Levitt, Selman & Richmon, 1991), como serían su autoconcepto, autoestima, estilos de enfrentamiento, locus de control, habilidades de comunicación y autoeficacia, entre otras. Por tanto, un individuo es capaz de afrontar con éxito su medio ambiente siempre y cuando los riesgos percibidos, los eventos estresantes y los recursos con los que cuenta estén equilibrados. Si los factores de riesgo y los eventos estresantes superan sus recursos, aumenta la probabilidad de que incurra en realizar conductas de riesgo (Werner, 1989). Respecto a este punto, Leadbeater, Blatt y Quinlan (1995), señalan que las niñas y adolescentes perciben como más estresantes e incontrolables las

diversas situaciones que enfrentan en comparación con los varones, lo cual las coloca en un estado de mayor vulnerabilidad para involucrarse en el ejercicio de conductas de riesgo que ponen en detrimento su integridad física y psicológica.

Como a lo largo de todo el escrito se mencionan las distintas conductas de riesgo en la población infantil y adolescente en situación de calle incluyendo sus factores asociados y posibles consecuencias, en el presente apartado, con el fin de evitar repeticiones, se hablará de manera general acerca de las mismas tomando en consideración que éstas pueden agruparse en los siguientes rubros:

- Conductas sexuales de riesgo: Incluye el tener múltiples parejas, el tener relaciones sexuales con parejas ocasionales, el no usar protección para evitar embarazos y/o infecciones de transmisión sexual al tener relaciones sexuales vaginales, orales o anales, el realizar prácticas de sexo recompensado, el estar en la prostitución y el cambiar de pareja con frecuencia.
- Consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Conductas en las que el individuo busca lesionarse: Automutilación, ideación e intento suicida.
- Conductas ilícitas: Venta de drogas, robo, prostitución, secuestro y vandalismo.

De acuerdo con Capuzzi y Gross (2008), las conductas de riesgo del menor o joven en situación de calle son resultado de las circunstancias presentes en los entornos en los que se desenvuelve. En el Modelo Cognitivo-Conductual, de acuerdo con la dimensión ambiental del comportamiento para el análisis del mismo, además de tomar en cuenta la historia y los factores de desarrollo, antecedentes y consecuentes, los contextos en los que un individuo participa son: el macrosocial, cultural, intra e interpersonal, laboral/académico y el ambiente físico inmediato y extenso.

#### ❖ Individuo (contexto intrapersonal)

Las familias disfuncionales, el grupo de pares y la presión que éste ejerce sobre sus miembros, la carencia de modelos adultos positivos, la presencia de violencia en la escuela, la familia y la comunidad de origen y el abuso físico, incluido el sexual, y psicológico intrafamiliar predisponen al menor al consumo de drogas y alcohol, a tener pensamientos suicidas pudiendo conducir al acto, a que tenga una baja autoestima y autoconcepto, a que padezca depresión y ansiedad, sea perpetrador y víctima de una mayor violencia, aislamiento y rechazo sociales, tenga experiencias sexuales tempranas, a la maternidad o paternidad precoces y a su involucramiento en las redes del crimen organizado, la prostitución y el narcotráfico.

Por otra parte, el consumo de drogas y alcohol lo lleva a padecer depresión, a presentar ideación e intentos suicidas, a tener relaciones sexuales sin protección pudiendo contraer infecciones de transmisión sexual, quedar embarazadas en el caso de las mujeres y ser víctimas de abuso sexual por otros menores y adultos que les rodean, a sufrir accidentes, a fracasar en la escuela en caso de que asistan a ésta, a relacionarse con pandillas o bandas y a realizar actividades delictivas incluyendo la prostitución, el asalto, el narcotráfico, daño a propiedad privada y vandalismos, conduciendo, de esta manera, a que tenga problemas con la ley. La depresión, a su vez, incrementa el consumo de estupefacientes y los intentos suicidas.

#### ❖ Escuela (contexto laboral/académico)

En el contexto escolar, constituyen conductas de riesgo los ausentismos, el bajo rendimiento y aprovechamiento, la reprobación escolar, los retardos, la incapacidad de seguir las reglas implementadas, los problemas de indisciplina y agresividad y la rebeldía

frente a las figuras de autoridad. El fracaso escolar los hace propensos a padecer depresión. Adicionalmente, el provenir de ambientes caracterizados por condiciones socioeconómicas precarias reduce su participación en el sistema escolar y sus expectativas sobre la posibilidad de conseguir una mejor calidad de vida. Tales comportamientos suelen ser el resultado de la falta de apoyo de la familia hacia el estudio y el poco involucramiento de la misma en la educación del menor.

❖ Familia (contexto interpersonal)

El permanecer más tiempo en la calle que en la casa y formar parte del estilo de vida callejero que implica el consumo y venta de estupefacientes, el tener encuentros sexuales frecuentes, el adoptar valores, normas y creencias contrarias a las aprendidas dentro del núcleo familiar y la sociedad en general, el unirse a un grupo de menores en las mismas circunstancias, el abandono y eventual deserción escolar y el estar sin el yugo paterno o materno o de una figura de autoridad sea escolar, comunal o familiar, resulta atractivo para los niños y adolescentes puesto que le proporciona los satisfactores que en sus contextos inmediatos no se le proporcionaron, sobre todo dentro del ámbito familiar en donde se observan las características descritas anteriormente en apartados previos y subsecuentes (ver apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I: Menores y jóvenes en situación de calle y el Capítulo II: Mujeres en situación de calle).

Como puede observarse, el grado de disfuncionalidad dentro de la familia y cómo reaccionan sus miembros a dicha disfuncionalidad, el impacto del sistema educativo en el menor y una comunidad de origen carente de redes de apoyo e inmersa en un ambiente de violencia, consumo y venta de drogas y alcohol, vandalismo e inseguridad, constituyen factores que predisponen al infante o adolescente a la realización de diversas conductas de riesgo que lo terminan por ligar al estilo de vida callejero, transitorio.

❖ Grupo de pares (contexto interpersonal)

Constituye un contexto que influye en el autoconcepto, valoración personal, autoestima, actitudes, valores y creencias de los individuos que forman parte o quieren llegar a ser incluidos en el grupo en cuestión. Conforme el pequeño va creciendo, su grupo de iguales adquiere mayor relevancia que la familia. De ahí que represente un factor de protección cuando se apega a las normas convencionales y proporciona seguridad y afecto; y un factor de riesgo cuando se aleja de las reglas implementadas y promueve la realización de conductas de riesgo que repercuten en la integridad físico-psicológica del menor.

Aunado a los factores anteriores, la pobreza, la distribución desigual de los recursos, la falta de infraestructura y de servicios en su comunidad de origen y el que el gobierno sea incapaz de satisfacer las demandas de la población (elementos del ámbito físico inmediato y extenso), conduce a que la familia sea disfuncional y a la realización de conductas de riesgo en los niños y jóvenes porque el nivel socioeconómico reduce la probabilidad de continuar con los estudios pues todos los miembros de la familia tienen que trabajar para ayudar con la manutención familiar, y la escuela representa un gasto con pocos beneficios a largo plazo. Como no adquirieron las habilidades y capacidades necesarias para obtener un empleo bien remunerado dado que desertaron de la escuela, comúnmente laboran en el sistema de economía informal con salarios ínfimos y bajo condiciones infrahumanas. Bajo estas circunstancias, es típico que su estado de salud sea precario, que se unan a bandas o pandillas que se dedican a delinquir, que presenten retrasos en su desarrollo y que tiendan a tener experiencias sexuales tempranas, usualmente producto de abuso sexual, que conllevan a una parentalidad precoz situándolos, de esta manera, en desventaja socioeconómica y repitiendo,



consecuentemente, los patrones de pobreza, inestabilidad y violencia intrafamiliar. En consecuencia, se perpetúa el círculo vicioso de miseria y disfuncionalidad.

### ***A nivel mundial***

En términos generales, referente a las conductas de riesgo, se ha observado a nivel mundial que los factores personales (características inherentes a la personalidad del individuo), familiares (dinámica, estructura y ambiente familiar; valores, normas y creencias dentro de la familia), del grupo de pares (dinámica, estructura y ambiente dentro del grupo; sociocultura de su grupo de pertenencia), y sociales (dinámica, estructura y ambiente de la comunidad; normas y creencias que rigen la vida social del individuo y que imperan en su sociocultura), pueden constituir tanto factores de riesgo como de protección para el menor en situación de calle. Son factores de protección cuando proporcionan los recursos y las herramientas necesarios que dificultan e impiden que el menor realice conductas de riesgo como serían el consumo de drogas y alcohol, la actividad sexual sin protección, la ideación e intentos suicidas, las conductas de automutilación y las actividades ilícitas (delinquir, vender droga y prostituirse), puesto que si el individuo considera que cuenta con el apoyo y protección necesarios, tendrá mayores recursos para enfrentar funcionalmente las situaciones aversivas. Constituyen factores de riesgo cuando se convierten en el medio a partir del cual el niño o adolescente en situación de calle se introduce en el mundo de las drogas y alcohol, el sexo sin protección, el robo, la venta de drogas y la prostitución de tal manera que facilitan que éstos las lleven a cabo; y cuando dejan de ser una fuente de apoyo, seguridad, protección y afecto conduciendo, de esta manera, a que incurran en la realización de conductas de riesgo incluyendo la automutilación y la ideación e intentos suicidas.

De manera particular, referente al involucramiento en diferentes conductas de riesgo por la población infantil y adolescente en situación de calle, se ha encontrado lo siguiente en diversos países.

En España (Melendro et al., 2000), la influencia del grupo de iguales durante la adolescencia es uno de los factores que mejor predicen el consumo de drogas a estas edades. Los factores que más influyen son: su uso generalizado dentro del grupo, la conducta delictiva y la estructura normativa que se establece en torno al consumo de las mismas dentro del grupo. Por el deseo de ser admitido y aceptado, si el grupo bebe alcohol o fuma tabaco o marihuana, el adolescente imitará estos comportamientos. Respecto a este punto, es importante mencionar que dicho efecto del grupo de pares sobre el menor en la realización de conductas de riesgo se ha presentado en otros países como Estados Unidos (S. Wenzel et al., 2009). Así mismo, Balcells y Alsinet (2000) señalan que en España existen otros factores de riesgo que predicen el involucramiento en diversas conductas de riesgo: a) factores personales como por ejemplo, una baja autoestima, poca eficacia de control percibido, estilos de enfrentamiento negativos y/o pasivos, falta de autocontrol emocional y conductual y dificultad para manejar la ansiedad y las situaciones estresantes, b) factores familiares, como antecedentes familiares de toxicomanía, actitudes y modelos de conducta paternos y conflictos intrafamiliares, y c) factores sociales como serían la disponibilidad y accesibilidad de drogas en la comunidad, inexistencia de normas y leyes dentro de la misma y privación social. Martín-Barroso (1984) señala que los abusos del que son objetos los menores en su seno familiar los inician en el consumo y venta de droga y la prostitución.

En Estados Unidos, la conducta sexual de riesgo aumenta ante la falta de apoyo social, de expectativas a largo plazo y ante la tendencia de realizar conductas contrarias a la promoción de la salud (R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006). Por su parte, la actividad sexual sin protección incrementa el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de tener embarazos no deseados (Barry et al., 2002; Kidder et al., 2004; B. Marshall et al.,

2009; E. Rice, Monro, Barman-Adhikari & Young, 2010; M. Robertson et al., 2004; E. Roy, Boudreau & Boivin, 2009; N. Slesnick & Kang, 2008). De hecho, por lo menos el 7% padece SIDA, el 50% de las mujeres han estado embarazadas y uno de cada cuatro adolescentes sexualmente activos adquiere una infección de transmisión sexual. Del mismo modo, el inicio temprano de las relaciones sexuales conduce a padecer una mayor victimización en la calle (K. Tyler & Johnson, 2006a). Dentro de la actividad sexual se ubican las prácticas de sexo recompensado que incrementan como resultado de haber sido victimizado física y sexualmente tanto en la calle como en el seno familiar (K. Tyler, 2009; L. Whitbeck et al., 2004), de consumir drogas y/o alcohol (K. Tyler & Johnson, 2006b), de haber participado en actividades delictivas, de haber intentado quitarse la vida, de haber padecido una infección de transmisión sexual y un embarazo no deseado (J. Greene et al., 1999), de tener depresión (K. Tyler, 2009), de presentar desórdenes de la conducta, de tener mayor edad, de pasar más tiempo en la calle y de tener una orientación sexual homosexual (L. Whitbeck et al., 2004). El sexo recompensado, a su vez, aumenta los intentos suicidas (Walls et al., 2009), la probabilidad de ser victimizado física y sexualmente en la calle al incrementar la afiliación con grupos de pares de riesgo, y es mayor la posibilidad de incurrir en la realización de actividades delictivas (K. Tyler et al., 2001; K. Tyler & Beal, 2010); así como también incrementa la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (C. Auerswald et al., 2005). Cabe destacar que en el caso de los varones, el tener redes sociales positivas y una autoeficacia percibida para usar el condón, y, en el caso de las mujeres, el tener un autoconcepto y autoeficacia adecuados, disminuye la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo (L. Rew & Sternglanz, 2005).

Una vida sexual activa conlleva al uso y abuso de sustancias incluido el alcohol (Fisher et al., 2001; Rotheram-Borus et al., 2009; M. Solorio et al., 2006), que aumenta como resultado de la violencia intrafamiliar y de la ingesta de estupefacientes por los cuidadores primarios (K. Johnson et al., 2005b). El consumo de drogas y alcohol acrecenta el riesgo de abandonar el hogar (Bozer, 2011; S. Thompson & Pillai, 2006; Vanden-bree et al., 2009), de ser victimizado física y psicológicamente (Reganick, 1997), de tener actividad sexual de riesgo (p.ej.: múltiples parejas sexuales, falta de uso de métodos anticonceptivos, tener encuentros ocasionales, etc.) (C. Auerswald & Eyre, 2002; Bass, 1994; Carlson et al., 2006; Klein et al., 2000; B. Marshall et al., 2010; L. Rew et al., 2008; M. Solorio et al., 2008; Stricof et al., 1991), de relacionarse con compañeros que se prostituyen o que llevan a cabo prácticas de sexo recompensado (Bailey et al., 1998; K. Tyler et al., 2000), de tener como parejas a personas que consumen drogas y alcohol y/o realizan actividades sexuales de riesgo (R. Booth & Zhang, 1997), de presentar trastornos psiquiátricos como la depresión, el estrés postraumático y desórdenes de la conducta (K. Johnson et al., 2005b; Merscham et al., 2009), los hace propensos a padecer enfermedades, incluyendo las de transmisión sexual, aumenta su visibilidad y detección por la policía, los conduce a cometer actos de vandalismo, a ser violentos y a realizar actos ilícitos como el robo y la prostitución, que les permitan obtener dinero para poder comprarlas (C. Auerswald et al., 2005; DiClemente et al., 1996; Ennet et al., 1999; J. Greene & Ringwalt, 1998; Pfeifer & Oliver, 1997; Sanders et al., 2009; S. Wenzel et al., 2010), incrementando, así, la probabilidad de ser detenido por las autoridades que, a su vez, es mayor cuando son jóvenes varones pertenecientes a una minoría étnica (Chen et al., 2006). R. Booth et al. (1999), reportan que por lo menos el 39% tiene un problema de adicción. La carencia de habilidades de control, por su parte, conduce al uso y abuso de drogas y alcohol. El riesgo es aún mayor cuando ingieren droga vía intravenosa que, al menos en esta población, es muy frecuente porque los hace propensos a padecer un sinnúmero de enfermedades incluidas las infecciones de transmisión sexual como el VIH o SIDA y la Hepatitis C; situación que se ha observado en otros lugares como Canadá (Frappier, Paradis & Roy, 2007; Miller et al., 2009). Adicionalmente, el consumo de

alcohol lleva a que establezcan relaciones afectivas en la calle y que rompan con los lazos familiares.

Por otro lado, la depresión y una baja autoeficacia percibida conducen a involucrarse en actividades sexuales sin protección (B. Marshall et al., 2009). Al igual que la violencia intrafamiliar (Melander & Tyler, 2010), que lleva a que las relaciones amorosas que establezcan en la calle sean violentas, a una mayor victimización (Reganick, 1997), y acrecentan la probabilidad de abandonar el núcleo familiar (Bozer, 2011; P. Rohde et al., 2001). Aunado a lo anterior, la depresión incrementa las conductas de automutilación (K. Tyler et al., 2003), lleva a la ideación e intento suicida que se relacionan al uso y abuso de sustancias tanto de los menores como de los progenitores, al estado de abandono, al maltrato físico y sexual por los cuidadores primarios y a permanecer en una institución asistencial (Busen & Engebretson, 2008; Rotheram-Borus, 1993; K. Yoder, 1999).

De igual manera, el consumo de drogas, la victimización sexual y el realizar actividades ilícitas para subsistir (delinquir, prostituirse, vender droga, etc.), incrementan el riesgo de automutilación (K. Tyler et al., 2010). La victimización sexual, a su vez, conduce a la conducta sexual sin protección y a una mayor violencia en sus respectivas relaciones de pareja que también llevan a que los menores se involucren en actividades sexuales que incrementan el riesgo de contraer VIH o SIDA (Melander & Tyler, 2010). Por su parte, el llevar a cabo conductas ilícitas para subsistir conlleva al uso y abuso de sustancias tóxicas (K. Johnson et al., 2005b), incrementa la probabilidad de ser detectados por posibles infractores (Rose, 2009), y, por ende, ello conlleva a la explotación laboral y sexual comercial (K. Tyler et al., 2001), y a sufrir maltrato físico en mayor grado (K. Tyler & Beal, 2010). Dentro de las actividades delictivas, la venta de drogas acrecenta la posibilidad de prostituirse y de robar (Sanders et al., 2009). El haber permanecido en reclusorios o tutelares aumenta la probabilidad de dejar el hogar (Bozer, 2011), y el contacto con grupos delictivos que acrecentan la posibilidad de ser detenido por las autoridades (Rose, 2009). La victimización en las calles incrementa los síntomas depresivos, el abuso de sustancias y los problemas de conducta (L. Whitbeck et al., 2000). La depresión, a su vez, aumenta la probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual (P. Rohde et al., 2001) como el VIH (Abdalian, 2004; N. Slesnick et al., 2009), exacerbando los efectos de la victimización en las calles y junto con la ansiedad conlleva al uso y abuso de sustancias. Igualmente, la comunidad en la que se desenvuelven constituye un factor de riesgo puesto que se caracteriza por la disponibilidad y accesibilidad de drogas y alcohol, la presencia de pandillas que cometen actos ilícitos, la disponibilidad de armas, la discriminación, la pobreza, escasas oportunidades laborales, la violencia e inseguridad y la ausencia de normas y límites claros que rijan el comportamiento social de sus miembros (L. Rew & Horner, 2003; E. Rice et al., 2005; Stricof et al., 1991; Van-den-bree et al., 2009; S. Wenzel et al., 2009). Adicionalmente, el pertenecer a un grupo no convencional que lleva a cabo actividades de riesgo (p.ej.: conductas delictivas, uso y abuso de sustancias, relaciones sexuales sin protección, etc.), acrecenta el riesgo de abandonar el hogar (Bozer, 2011), de consumir drogas y/o alcohol (K. Johnson et al., 2005b), y de realizar las mismas estrategias de subsistencia las cuales, a su vez, conducen al involucramiento en las prácticas de sexo recompensado (K. Tyler, 2008, 2009; K. Tyler & Beal, 2010), y aumentan los síntomas depresivos (Wan-Ning et al., 2000). Todo ello lleva a una mayor victimización tanto física como sexual en la calle (K. Tyler & Johnson, 2006a; L. Whitbeck & Simons, 1993).

Como puede observarse, el uso y abuso de sustancias, la actividad sexual de riesgo y las conductas delictivas tienen en común los siguientes factores de riesgo (Biglan et al., 2005; Kauffman, 2005):

- A nivel familiar.- La existencia de familias disfuncionales en donde impera la violencia física y psicológica, la negligencia emocional, educativa y física y la desatención.

- A nivel escolar.- Dificultades académicas, rechazo por el grupo de pares, bajo aprovechamiento y rendimiento, y reprobación y deserción escolares.
- A nivel social.- Asociación con grupos de riesgo, establecimiento de relaciones interpersonales disfuncionales y el aislamiento y rechazo social.
- A nivel comunal.- La presencia y disponibilidad de armas y sustancias tóxicas, la existencia de pobreza, desorganización comunal, pandillas y vandalismo, la discriminación y la falta de oportunidades recreativas, laborales y educativas, son elementos ambientales que influyen en el menor y desempeñan un rol central en el funcionamiento y dinámicas familiar, escolar y social.

Finalmente, el padecer trastornos psiquiátricos como desórdenes de la conducta, depresión y estrés postraumático, por ejemplo, representa un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de ser detenido por las autoridades (Chen et al., 2006), de consumir drogas y alcohol, incluyendo el uso vía intravenosa (K. Johnson et al., 2005b), de realizar actividades sexuales de riesgo (R. Booth & Zhang, 1997), y de intentar suicidarse (Walls et al., 2009).

También, el consumo de drogas y alcohol en niños y jóvenes con una orientación sexual homosexual, se asocia con victimización física y sexual. Adicionalmente, los trastornos mentales como el estrés postraumático conllevan a un mayor maltrato físico en las calles. Por último, tienden a involucrarse en más conductas de riesgo que los menores y jóvenes heterosexuales (L. Whitbeck et al., 2004).

En Canadá (Frappier et al., 2007; Miller et al., 2009), el haber vivido una historia de violencia sexual los conduce a realizar conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual. Por ejemplo, el 43.3% de los menores en situación de calle se involucra en la prostitución, y el 32.1% consume drogas vía intravenosa. Ambas circunstancias facilitan el poder contagiarse de alguna enfermedad como el SIDA, la Hepatitis C o el VIH. Aparte, al emplear estrategias de enfrentamiento negativas, tienen pocas capacidades para afrontar el estrés por lo que padecen ansiedad, depresión e incurrir en la realización de actividades ilícitas siendo éstas la prostitución, el narcomenudeo, la delincuencia y el relacionarse con bandas o pandillas (E. Votta & Manion, 2003). Así mismo, la victimización física, incluida la sexual, y psicológica conlleva a presentar estrés postraumático el cual, a su vez, incrementa la agresión, el aislamiento social, la evitación y la irritabilidad (Stewart et al., 2004). Igualmente, el uso y abuso de sustancias conduce a la ideación e intentos suicidas, a padecer depresión (E. Votta & Manion, 2004), e incrementa el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (Martin et al., 2006). Además, el ser varón y el asociarse con grupos de riesgo (p. ej.: llevan a cabo actividades ilícitas y conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, el tener relaciones sexuales con muchas parejas y sin protección, etc.), aumenta la probabilidad de delinquir (Baron & Forde, 2007). Por otro lado, el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, el asociarse con grupos de riesgo y el tener una baja autoestima y autoeficacia percibida, conllevan al uso y abuso de drogas “duras” como la cocaína, el éxtasis, el LSD, la heroína o el opio, entre otras (Gallupe & Baron, 2009).

En Japón (J. Lau et al., 2005), el maltrato físico lleva a que los adolescentes consuman drogas, alcohol y tabaco que, a su vez, los conduce a tener relaciones sexuales sin protección y a robar para conseguir dinero para poder comprar las drogas. Aparte, el maltrato físico se asocia con el rompimiento de los lazos familiares y el fortalecimiento de las relaciones que se establecen con el grupo de pares.

En Taiwán (Chou et al., 2006), la probabilidad de consumir drogas es cinco veces mayor a medida que aumenta el ausentismo escolar y viceversa.

En Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), la actividad sexual sin protección conlleva al consumo de drogas y alcohol y viceversa, a padecer infecciones de

transmisión sexual como el VIH y a la prostitución o sexo recompensado el cual, a su vez, conduce al consumo de drogas y alcohol, a infecciones de transmisión sexual, al abuso sexual y a la explotación sexual comercial. De igual manera, una baja autoestima y una baja orientación al logro, los hace propensos a involucrarse en actividades sexuales sin protección.

En Uganda (Mitchell et al., 2007), sentimientos de desesperanza y abandono, la pobreza extrema y el consumo de drogas conducen a la actividad sexual sin protección; la cual, a su vez, incrementa el riesgo de usar sustancias tóxicas y de contraer VIH o SIDA. Por otra parte, el grupo de pares promueve la realización de conductas sexuales de riesgo.

En Ghana (Wutoh et al., 2006), el consumo de drogas y alcohol aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales sin protección.

En Rusia (C. Fujimura, 2005), las niñas son introducidas al mundo de la prostitución y los varones son convertidos en asesinos a sueldo. Todo ello a su vez, incrementa la violencia y actividades delictivas del país.

En Australia (E. Rice et al., 2005), el consumo de drogas y alcohol conlleva el rechazo por la sociedad, a la persecución y maltrato policiales y al involucramiento en redes sociales que favorecen dicho consumo, y a contraer infecciones de transmisión sexual como la Hepatitis C (D. Rosenthal et al., 2008). Aunado a lo anterior, el padecer trastornos mentales como el estrés postraumático se asocia con el uso y abuso de sustancias y el presentar desórdenes del estado de ánimo (C. Martijn & Sharpe, 2003). Todo lo cual tiende a extender el proceso de callejerización (Milburn et al., 2007).

En Turquía (Olgar et al., 2008), el ingerir estupefacientes incluyendo el alcohol los lleva a una muerte temprana, a tener conflictos con la ley terminando comúnmente en tutelares o reclusorios y a sufrir accidentes.

En resumen, a nivel mundial, el uso y abuso de sustancias conduce a la actividad sexual de riesgo y viceversa. A su vez, ambas conductas de riesgo incrementan la victimización física, incluida la sexual, y psicológica, la propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados. También llevan a incurrir en la prostitución y en las prácticas de sexo recompensado. El consumo de drogas y alcohol, por su parte, induce a la realización de actividades delictivas como el robo y el narcomenudeo y a tener problemas con las autoridades. Por su lado, las conductas delictivas conducen a tener conflictos con la ley. En consecuencia, se agravan los vínculos familiares, escolares y con la comunidad de origen, aumenta la probabilidad de relacionarse con grupos de riesgo y de ser detectados fácilmente por perpetradores y otros adultos en las mismas circunstancias, promoviendo, por consiguiente, el que sean víctimas potenciales de la explotación laboral y sexual comercial.

## **Proceso de Callejerización**

Dentro del fenómeno del callejerismo infantil y adolescente, es importante estudiar el proceso en el cual el niño va haciendo suyo el espacio nombrado calle (Mondragón, 2005), con el fin de comprender las razones que impulsan al menor a abandonar su hogar y transitar por la calle a pesar de que ello repercute en su integridad física y psicológica. Esto es, es fundamental para un diagnóstico preciso de la problemática pues sin esta información resulta imposible el proponer tratamientos efectivos que ofrezcan una solución a la misma. Por tanto, en el presente apartado se describirá de manera general el proceso de callejerización de los niños y jóvenes en situación de calle.

En Latinoamérica, el proceso de callejerización de la población infanto–juvenil se inicia en las necesidades de organización y distribución de los insumos familiares y hasta de los propios miembros de la familia. Esto es, algunas madres construyen redes de apoyo para poder cuidar a sus hijos, recurren a “acomodar” a su prole en instituciones

o con familiares para que se los cuiden mientras trabajan fuera de la casa, o porque no pueden satisfacer las necesidades básicas del total de sus hijos. La calidad de vida en uno u otro espacio no es muy diferente, motivo por el cual escapa y comienza su constante trasegar entre el hogar sustituto, la institución, la familia y la calle (A. Hernández, 2008).

El proceso de callejerización se debe de entender como un continuo que va desde la vida en la familia hasta vivir en la calle atravesando por varias circunstancias socioeconómicas, culturales, laborales, educativas y familiares (Cárdenas, 2010; Soriano et al., 2005). Como tal, este proceso proporciona conocimiento sobre factores de riesgo y posibles consecuencias del abandono del seno familiar; datos necesarios para un adecuado análisis funcional de la conducta del individuo dentro de la teoría cognitivo-conductual. De esta manera, comienza cuando la familia, la escuela, las instituciones asistenciales y la comunidad en la que se desenvuelven estos pequeños, no cumplen adecuadamente con sus funciones. Así mismo, su grupo de pares lo liga más a la vida en la calle, eventualmente terminando por romper con los vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen. Adicionalmente, influyen en el proceso, la falta de apoyo de las dependencias gubernamentales y de la sociedad en general, y, por último, el sistema socioeconómico, el rechazo a las normas sociales implementadas mediante los sistemas familiar, escolar y comunal, el desempleo, la falta de oportunidades educativas, laborales y recreativas, la existencia de crisis económicas, la incapacidad del gobierno de satisfacer las demandas de la población y la aceptación y asimilación de la cultura y estructura callejera.

Entonces, el proceso de callejerización es un evento que se va dando en etapas sucesivas que se caracterizan tanto por la paulatina ruptura de los vínculos familiares como por la incorporación de una cultura callejera (valores, normas de comportamiento, patrones de conducta, lenguajes interiorizados, etc.) (Cárdenas, 2010; Cornejo, 1999; J. Pérez, 2003; Turnbull-Plaza, 1998):

- Preparación.- Aunado a que las condiciones vividas dentro del ambiente familiar empeoran, los niños y adolescentes empiezan a ligarse al estilo de vida callejero.
- Abandono del hogar.- La salida del hogar nace a partir del deseo de cambio que se alberga en el menor, y de búsqueda de un hogar sustituto, un lugar donde ser y existir. Empero, al no haber espacios adecuados —los puntos de apoyo necesarios dentro de sus territorios—, continúan su búsqueda hasta llegar a la calle. Adicionalmente, en el proceso de salida están implicados el aprendizaje de habilidades necesarias para explorar más allá de los confines del hogar, y los recursos materiales y humanos que les permiten sobrevivir en ella. Es decir, un contexto facilitador de su presencia en la calle.
- Encuentro.- Esta etapa se caracteriza por la búsqueda incesante de los menores de ser aceptados en el grupo para garantizar su protección, seguridad y sobrevivencia. Con ello, el consumo de sustancias se inicia como un recurso de pertenencia y paulatinamente se convierte en una adicción.
- Idilio.- En este momento, los niños han descubierto las ventajas de vivir en la calle: el movimiento constante, la diversión y las aventuras mantienen ocupada su cosmovisión. Adquieren estrategias de sobrevivencia como la mendicidad, los pequeños hurtos y el uso de las diferentes ofertas institucionales.
- La profesionalización.- En esta fase, los infantes conocen plenamente el terreno operacional (red social, organizaciones, educadores, policías y flujo de dinero), ocupan un lugar de dominio dentro del grupo de pares y viven a plenitud la cultura callejera. Su situación se complica más por las conductas de alto riesgo a las que está asociada la cultura callejera: el consumo excesivo de drogas y las relaciones sexuales sin protección.

- Crisis de futuro.- Puede presentarse provocada por un acontecimiento sobresaliente que provoca una ruptura en el entorno, en la vida cotidiana y en el mundo interno. Por ejemplo: la muerte de algún compañero, la pérdida de seguridad en un sitio o una intervención personalizada realizada por un educador callejero. Es una etapa breve y la posibilidad de 'un nuevo paso' en la vida callejera, sea para intentar modificar a un estilo de vida más saludable o para profundizar en el consumo de sustancias y el arraigo callejero. Depende en gran parte de la posibilidad de encontrar respaldo a su búsqueda de futuro.
- La juventud callejera.- Constituida por hombres y mujeres que han permanecido en la calle durante varios años, teniendo repetidos ingresos a programas y/o espacios carcelarios. Viven una dependencia profunda a las drogas y en muchos casos presentan lesiones de tipo neuronal y/o padecimientos psiquiátricos. Carecen de preparación escolar y, al no tener documentos de identidad, no pueden insertarse en el mundo laboral formal. Además, son rechazados en las instituciones asistenciales por su mayoría de edad. En consecuencia, sus esfuerzos por salir de la calle se ven obstaculizados. Como tal, enfrentan una situación de mayor exclusión social que se complica cuando tienen hijos nacidos en las calles porque el ciclo de marginalidad se transmitirá a la nueva generación. En estas circunstancias, quedan como únicas opciones la delincuencia, el tráfico de drogas, la prostitución, los espacios carcelarios o la muerte.

Entre más tiempo transcurra desde la etapa de encuentro hasta la juventud callejera más difícil será desarraigar a la población callejera de la vida en la calle y con mayor facilidad se aproximará a una muerte temprana. También, a mayor profundidad y extensión del proceso de callejerización, menor es la posibilidad de que los pequeños puedan desempeñar un trabajo regular y disciplinado (D. Fernández, 1995), y de que se inserten en la sociedad funcionalmente (Proyecto de Educación a Distancia, 1996b).

### ***A nivel mundial***

En Estados Unidos, C. Auerswald y Eyre (2002) han propuesto que el proceso de callejerización consta de siete etapas:

1. Contexto sociocultural dominante (entorno no callejero).

Los jóvenes en situación de calle (15-24 años) optan por vivir en la calle debido a que consideran que su situación familiar es insostenible puesto que provienen de familias disfuncionales, en donde pueden presentarse sucesos como la muerte o encarcelamiento de uno de los progenitores y el ser expulsados de sus hogares.

2. Comienzo de la vida en la calle.

Cuando los jóvenes empiezan a vivir en la calle, se caracterizan por presentar una falta de sentido y sentimientos como la soledad. De igual forma, la principal preocupación se centra en satisfacer las necesidades básicas de alimento, vestimenta y vivienda.

De acuerdo con los autores, esta etapa es transicional ya que es común que ante la necesidad de alimento y los sentimientos de desesperanza y soledad, regresen a su contexto sociocultural habitual siendo uno de ellos el hogar que una vez abandonaron.

3. Iniciación.

Durante su estancia en la calle, los individuos comienzan un proceso de aculturación adoptando las normas y los valores propios de la calle como serían el realizar actividades dentro de la economía informal (p. ej.: venta ambulante, mendicidad) y las consideradas

ilegales (p. ej.: tráfico de droga, prostitución), y el consumir drogas como forma de reforzar la identidad de callejero.

#### 4. Estabilidad.

Una vez interiorizada la cultura callejera, las personas establecen redes sociales que refuerzan su identidad como callejero y rechazan al resto de la sociedad incluyendo las propias instituciones, dificultando, así, su reinserción en el contexto sociocultural dominante. Su grupo social constituye una estrategia para enfrentar la escasez de recursos y la supervivencia en la calle. Aunque estos lazos que establecen con otros individuos en las mismas circunstancias pueden llegar a constituir una fuente de solidaridad y apoyo, no están exentos de conflictos interpersonales como la lucha por el poder y robar a otros sus pertenencias.

#### 5. Desequilibrio.

Es una etapa transicional en la que se presentan dificultades que interfieren con la capacidad de sobrevivencia de los individuos en situación de calle. El ser víctimas de asalto y maltrato físico, son un ejemplo de dichas dificultades.

Los autores mencionan que en esta fase, los jóvenes en situación de calle son influenciados por una serie de creencias, denominadas por los mismos como ética callejera. Esta serie de creencias reafirma la identidad como individuo de la calle al contribuir a la formación de lazos sólidos con personas en las mismas circunstancias, al conducir al rechazo de la cultura de la sociedad dominante y al considerar a la vida callejera como símbolo de libertad. Adicionalmente, constituyen un medio para justificar la vida en la calle y son un obstáculo para las acciones implementadas por las instituciones asistenciales puesto que, al interiorizar dichas creencias, los jóvenes consideran que los programas de apoyo representan una amenaza para la juventud callejera y, por ende, rechazan todo acercamiento y ayuda de las organizaciones.

#### 6. Liberación.

Se caracteriza por el deseo de salir de la calle. Sin embargo, al tener interiorizada la cultura callejera que implica, entre otras cosas, el consumo de drogas, el rechazo a las normas establecidas por la sociedad, la búsqueda de libertad y aventura, y la inexistencia de reglas por seguir, se dificulta el regreso de los jóvenes en situación de calle a la sociedad. En consecuencia, es habitual que retornen (7 ETAPA: Reincidencia) constantemente a la etapa de estabilidad.

Carlson et al. (2006) partieron del modelo de C. Auerswald y Eyre (2002) sobre el proceso de callejerización en la población callejera para describir las formas en las que los jóvenes en situación de calle (15-24 años) acceden a los servicios de salud dependiendo de la fase en la que se encuentran en dicho proceso. Observaron que tan sólo el 50% acude a centros de salud y atención médica. De éstos, aquéllos que se encuentran en la fase de liberación y que están inscritos en un programa de apoyo institucional, tienden más a usar los servicios de salud que sus compañeros de las fases restantes (estabilidad, desequilibrio y liberación estando en la calle). Esto puede deberse a que los jóvenes en situación de calle que tienen un mayor contacto con instituciones asistenciales tienen más posibilidades de recibir atención médica que aquéllos que están en la calle pero carecen de contactos con organizaciones asistenciales. Así mismo, los individuos en la etapa de liberación que siguen permaneciendo en la calle, acuden a los centros de salud en una proporción mayor que aquéllos que se encuentran en las etapas de estabilidad y desequilibrio, implicando que, ante el deseo de salir de la vida callejera, están más motivados de acudir a instituciones de salud que les proporcionen dichos



servicios. En relación a usar clínicas para el tratamiento de drogas, los que menos lo hacen son los que se encuentran en la fase de estabilidad y liberación estando asociados a un programa de apoyo institucional, pudiendo implicar, en el primer caso, que son jóvenes que están inmersos en la cultura callejera. En consecuencia, participan en el consumo y tráfico de drogas, siendo consistente con la literatura previa. En el segundo caso, que no requieren de dichos servicios ya que al pertenecer a un programa asistencial no presentan tales conductas de riesgo.

Por otra parte, resalta el hecho de que los autores encontraron que aproximadamente un 7% de los participantes entrevistados acude a instituciones asistenciales, que predomina la población masculina y que un 35% de los encuestados se encuentra en la etapa de desequilibrio y, por tanto, en riesgo de no sobrevivir en la calle. Con lo cual, destaca la necesidad de implementar estrategias efectivas de intervención. Los resultados obtenidos sugieren que las organizaciones asistenciales pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de estos jóvenes al desarraigarlos de la vida callejera.

Igualmente, C. Auerswald et al. (2005) observaron que los niños y adolescentes que están en la etapa de desequilibrio tienen mayor riesgo de incurrir en la realización de conductas que ponen en detrimento su integridad física y psicológica, como serían las prácticas de sexo recompensado y el uso y abuso de sustancias, incluyendo el consumo vía intravenosa, que aquéllos que se ubican en la fase de estabilidad porque en esta fase han implementado métodos que les han permitido sobrevivir. En contraste, en la etapa de desequilibrio, se alteran dichas estrategias de supervivencia como resultado de las dificultades que afrontan al permanecer en la calle. Como resultado, sus necesidades básicas están insatisfechas y, ante la desesperación generada por la carencia de recursos, recurren a realizar conductas que aminoran su bienestar biopsicosocial.

Por último, es importante destacar que a mayor tiempo de permanencia en la calle, menores serán las oportunidades de permanecer en la escuela, obtener apoyo social y seguir las normas convencionales de la sociedad (S. Thompson et al., 2004; L. Whitbeck et al., 2000). Aunado a lo anterior, será mayor la probabilidad de consumir drogas y alcohol, de relacionarse con personas que llevan a cabo conductas de riesgo, de realizar conductas sexuales de riesgo, de ser víctima de las redes del crimen organizado, la delincuencia, el narcotráfico y la explotación sexual comercial, y mayor será la influencia del grupo de pares (D. Rosenthal et al., 2008; K. Tyler et al., 2000, L. Whitbeck et al., 2000).

Por tanto, a mayor extensión en el proceso de callejerización, mayor la probabilidad de adoptar la cultura callejera como forma de vida y de deslindarse de las normas y patrones culturales de la sociedad de la que forman parte (Oliveira & Burke, 2009).

Como puede observarse, tanto a nivel nacional como internacional, el proceso de callejerización es muy similar. Al desenvolverse en un ambiente familiar adverso, los menores o jóvenes optan por buscar un espacio que les permita encontrar los satisfactores que no les proporcionaron en su núcleo familiar y que les posibilite mejorar sus condiciones de vida. Ante lo cual, se liga al contexto callejero en donde empieza a establecer vínculos y a conformar, por ende, redes sociales necesarias para su subsistencia, seguridad y protección. Durante este proceso, empiezan a adoptar el estilo de vida callejero y, como resultado, la cultura propia de la calle al pertenecer a un grupo social específico, implicando, así, la realización de conductas de riesgo: uso y abuso de drogas y alcohol, actividad sexual de riesgo y conductas delictivas (p. ej.: narcotráfico, robo y prostitución, entre otras). Todo ello repercute en su integridad física y psicológica. Al estar inmersos en este mundo, se deslindan de las normas convencionales y son objeto de rechazo y exclusión sociales. Por consiguiente, sus oportunidades de abandonar la vida en la calle se reducen. Pueden presentarse intentos por modificar su estilo de vida e inclusive buscar una salida de ello. No obstante, por su grado de arraigo al

contexto callejero y como resultado de las pocas o prácticamente nulas posibilidades que tienen de insertarse en la sociedad ante las faltas de oportunidades y la carencia de apoyo para alcanzar dicha meta, perpetúan su estancia en la calle.

## **Factores de Riesgo**

Dentro del fenómeno de los menores y jóvenes en situación de calle, es importante comprender las razones o factores que los empujan a vivir y/o trabajar en las calles para elaborar e implementar intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a la prevención y a la disminución gradual de la problemática. Dichos factores comprenden un conjunto de características individuales y del entorno que hacen que una persona sea más propensa a padecer desórdenes psiquiátricos, a tener conflictos inter e intrapersonales y más vulnerable a los estresores ambientales (Essau, 2009).

En Latinoamérica, habitualmente se ha asociado la vida en la calle a factores relacionados con dificultades en el área del funcionamiento y estructura familiar, incluyendo la violencia física y psicológica como cultura de crianza, el aislamiento social (ruptura o debilitamiento de las redes sociales), y las características propias del individuo. Por lo tanto, puede decirse que los factores determinantes de este proceso son tres: los factores socioeconómicos (contexto macrosocial, ambiental físico, cultural y laboral/académico), los factores familiares (contexto interpersonal), y los factores personales (contexto intrapersonal). Conjuntamente, todos estos factores afectan la integridad físico-psicológica de los individuos. Razón por la cual, es importante tomarlos en consideración a la hora de plantear e implementar estrategias de intervención sustentadas en el modelo cognitivo-conductual. Se pasará a describir cada uno de ellos a continuación comenzando primeramente por una descripción general de cada contexto siguiendo el Modelo Cognitivo-Conductual.

De acuerdo con la Teoría Cognitivo-Conductual, además de tener en cuenta la historia y los factores de desarrollo, no se puede entender el comportamiento independientemente de los factores contextuales y ambientales en los que se produce. Como tal, es de fundamental importancia incluir en la formulación clínica conocimiento sobre los recursos ambientales y del contexto dentro del cual se mueve el ser humano (Gomar et al., 2010). Ello debido a que los seres humanos son seres sociales que desde el nacimiento se desarrollan dentro de un contexto social e histórico en particular (Papalia et al., 2009). Estos antecedentes teóricos permiten, por tanto, identificar las diversas características del ambiente del individuo desde el físico tanto natural como construido, pasando por las características del medio social próximo y extendido, como el medio familiar, laboral y académico, las redes de apoyo social, las características del entorno cultural y los recursos y limitaciones económicas (V. Caballo, 1998):

- Contexto ambiental físico.- Se incluyen las características del ambiente físico inmediato como vivienda, y del extenso como el medio rural o urbano, factores de desplazamiento y exposición a tráfico, estrés ambiental, ruido, polución y factores de densidad poblacional. El grado de hacinamiento y de alto nivel de densidad social aumenta los niveles de estrés ambiental, que a su vez contribuyen al padecimiento de trastornos emocionales y sociales de los individuos que viven en tales condiciones. Debido a ello, la información sobre las condiciones físicas de vivienda son de gran importancia para la evaluación de los recursos ambientales y las condiciones de interacción presentes en un individuo particular. No solo se pueden considerar las características físicas del ambiente inmediato, sino también las relaciones entre los distintos ambientes y las actividades de las personas. El entorno físico extendido se refiere a las características en las cuales una persona se desplaza espacialmente en su vida cotidiana. Los medios urbanos, suburbanos

y rurales inciden en el bienestar de los seres humanos. Pues, el individuo que tiene que desplazarse de un contexto urbano estará sometido a distintos niveles de estimulación que aquél que, por cuestiones diversas, tiene que desplazarse grandes distancias o en lugares congestionados habitualmente. El factor de limitación y control restringido debido al tráfico y a medios masificados de transporte, así como los niveles de ruido y contaminación ambiental y el grado en que las personas están sometidas a encuentros sociales no deseados, tienen todos una gran influencia sobre los niveles de estrés y de sobrecarga de estimulación ambiental.

- Contexto macrosocial.- Determina las fronteras dentro de las cuales se generan los recursos del ser humano. Las condiciones de la estructura sociopolítica conforman el nicho en el que se desenvuelve el individuo, ya que aquéllas van a tener una influencia determinante sobre los recursos del ambiente, las condiciones físicas de bienestar, el acceso al empleo, y los factores de inseguridad y violencia social. Las posibilidades que un sistema social particular ofrece a su población en términos de acceso a recursos de seguridad social y salud, educación y bienestar determinan su rango de acción que limita o facilita el grado de influencia que dicha población tiene para mejorar sus condiciones de vida. Directamente relacionado con el punto anterior, las posibilidades de recursos económicos y las formas particulares de distribución de los mismos conforman una información pertinente para la elaboración de alternativas de solución de problemas y de satisfacción de necesidades. Por ende, en este contexto se toma en cuenta al nivel socioeconómico de la persona que incluye una combinación de factores económicos y sociales como los ingresos, la acognitivo de los seres humanos mediante factores asociados como el tipo de hogar y vecindario en que éstos viven, al igual que la calidad de la nutrición, atención médica, supervisión, instrucción escolar y otras oportunidades disponibles ellos. Por ejemplo, la pobreza es dañina para el bienestar físico, cognitivo y psicosocial de los niños y sus familias (Papalia et al., 2009). En consecuencia, no basta solamente evaluar las características personales sino también las posibilidades realistas del medio del individuo para poder ampliar el rango de alternativas de elección.
- Contexto cultural.- Se refiere al modo total de vida de una sociedad o grupo que incluye costumbres, tradiciones, creencias, valores, lenguaje y productos físicos, desde herramientas hasta obras artísticas. Esto es, los conjuntos de patrones de influencia social mediante los cuales, en ciertos grupos o ambientes sociales se establecen formas estereotipadas de contingencias o formas de interacción y control social: todas las conductas y actitudes aprendidas, compartidas y transmitidas entre los miembros de un grupo social. Como parte de la cultura, se considera al grupo étnico de pertenencia, el cual está formado por personas que están unidas por una cultura, origen ancestral, religión, idioma, origen nacional o todas las anteriores, y que contribuyen a un sentido de identidad y actitudes, creencias y valores compartidos. Los patrones étnicos y culturales afectan el desarrollo infantil por su influencia sobre la composición del hogar, sus recursos económicos y sociales, la manera en que los miembros actúan entre sí, los alimentos que comen, los juegos que practican los niños, la manera en que aprenden, qué tan buen desempeño tienen en la escuela, las ocupaciones en las que participan los adultos y la manera en que los miembros de la comunidad piensan y perciben al mundo (Papalia et al., 2009).
- Contexto laboral/académico.- Incluye la descripción detallada de la estructura organizativa, mecanismos de comunicación, toma de decisiones, sistema operativo y directivo, condiciones, disposición arquitectónica, y las funciones de trabajo y de interacción social en el trabajo y la escuela en la que participa la

persona.

- Contexto interpersonal.- Las relaciones interpersonales inciden en el bienestar biopsicosocial del ser humano. Toma en consideración los grupos de referencia formal e informal puesto que la pertenencia a determinados grupos sociales de afiliación contribuye a la adaptación social, y las redes de apoyo social tanto de amistad como familiares que pueden constituir tanto factores de riesgo como de protección dependiendo de si son generadoras de problemas socioemocionales o favorecedoras de la integridad físico-psicológica de sus miembros. Adicionalmente, comprende el tipo de relaciones interpersonales, su estructura, roles y funciones que especifican el comportamiento individual.
- Contexto intrapersonal.- La descripción de las características personales de los seres humanos que conviven en un entorno en particular representa el conocimiento de base para evaluar las condiciones próximas de influencia sobre la conducta de los mismos. Dentro de estas características se encuentran el sexo, edad, nivel educativo y actividad, religión, estado civil, personalidad y salud físico-mental, entre otras.
- Contexto histórico (Papalia et al., 2009).- Se refiere a acontecimientos significativos (p. ej.: la Segunda Guerra Mundial, la Gran Depresión, etc.) que moldean el comportamiento y actitudes de una generación histórica. Esto es, de un grupo de personas que experimentan el acontecimiento durante los años formativos de sus vidas. Dependiendo de cuándo y dónde hayan vivido, es posible que generaciones enteras sientan el impacto de hambrunas, explosiones nucleares o ataques terroristas. En los países occidentales, los avances de la medicina al igual que las mejorías en nutrición e higiene, han reducido de manera espectacular la mortalidad entre lactantes y niños. En la actualidad, a medida que los niños crecen, son influidos por las computadoras, televisión digital, internet y otros avances tecnológicos. Los cambios sociales, como el aumento en el empleo materno, han alterado en gran medida la vida familiar.

En resumen, la dimensión ambiental de la formulación clínica proporciona el contexto dentro del cual se establecen las relaciones de los procesos básicos individuales, la historia particular de cada persona y las condiciones ambientales que son facilitadoras o que interfieren con el grado de adaptación de las personas.

### Factores Socioeconómicos

Actualmente, América Latina presenta un panorama desolador: crisis económicas, deuda externa asfixiante, pérdida del poder adquisitivo de amplios grupos de la población, epidemias, hambre, protestas campesinas y urbano-populares, entre otros (Arredondo, 2000; Estefanía, 2005; Flores et al., 2009; Forselledo, 2001; Jones, 2009; Lucchini, 1996; E. Ponce, 1987; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c). De hecho, constituye la región más inequitativa del mundo (L. Calderón, 2003; F. Cortés, 2010; I. Martínez & Muñoz, 2004), porque el 40% de la población más pobre recibe el 10% de los ingresos totales y el 20% de la población más acomodada recibe más del 60% de éstos (ONU, 2006). México también se encuentra en esta situación. La crisis económica por la que atraviesa ha afectado principalmente a los sectores más desprotegidos de la sociedad, y las clases trabajadoras del campo y de la ciudad han visto disminuir significativamente sus ingresos, originando, de esta manera, el incremento en la pobreza. Lo que es más, México tiene el 26.2% de los niños cuyas familias obtienen ingresos por debajo del promedio (Entrena, 2001).

Hoy en día, el número de pobres en América Latina es el mayor en toda su historia (F. Cortés, 2010), y la mitad de los millones de pobres son menores de 16 años

(Gomezjara et al., 1995). Por ejemplo, en Colombia, cada dos minutos nace un pobre (Entrena, 2001), y México se encuentra entre los países latinoamericanos de más alta desigualdad socioeconómica (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007). En el panorama global, se observa que los pobres en el mundo ascienden a dos mil 800 millones de habitantes que sobreviven con menos de un dólar diario representando poco más de la mitad de la población mundial y que mil millones de personas se encuentran en un estado de pobreza absoluta (DIF, 2006). Para el 2015 habrá en el planeta 420 millones de habitantes en extrema pobreza y el número de personas que viven con menos de un dólar al día en las 49 naciones más pobres se incrementará 30% para esa fecha (Calderón-Gómez, 2003).

La pobreza se refiere a la falta de disponibilidad de un mínimo de elementos necesarios para la sobrevivencia económica o biológica: todas las formas de privación, destitución, hambre, malnutrición, carencia de vivienda, deficiencias de salud y posibilidades educativas (Eroles et al., 2001; Núñez, 1997; Papalia et al., 2009; Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales, 2002; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a; Thomas, 2007). Es decir, la pobreza empieza cuando los ingresos sólo son un 20% mayores que los necesarios para comprar los comestibles que requiere el nivel mínimo de nutrición de una familia (OIT, 2000). En consecuencia, es un problema estructural que en números absolutos es claramente inaceptable, y que pone en evidencia la incapacidad de los sistemas productivos nacionales para generar empleo con remuneraciones adecuadas capaces de cubrir necesidades básicas de los trabajadores y sus familias, y de los estados de garantizar el acceso a servicios de salud y educación de calidad (Ziccardi, 2010).

Es cierto que los sectores populares de nuestras ciudades siempre han padecido estas condiciones de vida precarias, pero actualmente se han amplificado y las desigualdades sociales se han acrecentado (Cordera et al., 2008). Como resultado de ello, las ciudades de los países latinoamericanos enfrentan una situación de pauperización de su población (R. Castro, 2001; CDHDF et al., 1996; Cepero, 2005; P. Martínez et al., 2007; Menezes & Brasil, 1998; Menín, 2003; P. Murrieta, 2008; Osvaldo, 2003; Panter-Brick & Smith, 2000), conduciendo, así, al desempleo o a la imposibilidad de encontrar uno (Gurrola, 1998; Matus & Piña, 2001; Minnicelli, 2004; Reintegra AC, 2002; Scanlon et al., 1998; E. Taracena, 2010), al incremento del comercio ambulante y marginal (Figa et al., 1995; B. Gutiérrez, 1992; Montesinos & Pagano, 2010; E. Taracena, 2002), a un flujo constante de migrantes, dado que en el campo existen pocas oportunidades de progreso (Castillo & Juárez, 2002; F. Cortés, 2010; ECPAT Internacional et al., 2002; EDNICA et al., 2010; Kudrati et al., 2008; M. Luna, 1994; Rodríguez-Gabarrón, 1993), al surgimiento de nuevos problemas sociales como el pandillerismo, la delincuencia, la farmacodependencia entre su población juvenil y la presencia de menores en la calle (Fletes, 1999; Salter, 2003; UNICEF, 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2009a; UNICEF & DIF, 1996, 1999; Volpi, 2002), y a procesos de urbanización acelerada (Alia et al., 2004; Guillén-Lúgigo, 2000; Palomas, 1999; T. Silva, 2002; Virtual Educa, 2007). Ello enfrentó a los gobiernos a un problema que no pudieron resolver pues los servicios de salud, vivienda, educación, recreación y empleo resultaron insuficientes ante el ritmo de crecimiento desmedido de la demanda. Dichas circunstancias condujeron a la marginalidad de grandes capas de la población (L. Calderón, 2003; Educación sin Fronteras, 2007; Espinosa-Yáñez, 1997; Pineda, 2009; Pojomovsky, 2008a, 2008b). Una población marginal es aquella que por razones sociales o económicas no tiene acceso a los frutos de la civilización moderna; esto es, al empleo, la educación, la vivienda adecuada y los servicios de salud (Dubaniewicz, 1997; Oakley & Salazar, 1993). En consecuencia, la mayoría de los migrantes se han amontando en los barrios populares y las “favelas” o ciudades perdidas. Tales condiciones de hacinamiento generan relaciones intrafamiliares tensas, de roces, prohibiciones, desorden y desarreglo

físico y estético difícil de cambiar. Adicionalmente, se afectan otros aspectos vitales como el juego de los niños, el descanso y el sueño de los integrantes familiares, las relaciones de pareja incluyendo las sexuales, el trabajo en casa, el estudio y los deberes escolares. Los demás miembros de la familia intervienen constantemente en la vida del individuo y coartan su autonomía. En el caso de las viviendas ubicadas en barrios pobres, se suman a esto las intervenciones constantes de los vecinos y los del vecindario más amplio. La autonomía y la privacidad familiar se vuelven imposibles (Alor-Luna, 1999; Espínola et al., 1989). Se vive un ambiente que va resultando asfixiante para el niño y el resto de la familia conforme transcurre el tiempo (Cueli, 1980; D. Fernández, 1995; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Leñero, 1998; Trinidad, 1998; UNESCO, 1995). Ante lo cual, los integrantes de la familia deciden pasar el mayor tiempo posible fuera de casa.

Aunado a lo anterior, dichas familias encuentran su medio de subsistencia al lado de la población popular urbana en la economía informal para garantizar niveles mínimos de supervivencia (L. Aptekar, 1989a; M. Benítez et al., 2000; Dimenstein, 1994; PNUFID, 1998; Y. Rodríguez, 2003; Y. Rodríguez & López, 2009; T. Rodríguez et al., 2007; Roze et al., 1999; Viorst et al., 2009). Por ejemplo, en Latinoamérica, de cada diez trabajadores, uno está desempleado y cinco están subempleados. En México, el 70.2% de los jefes y jefas del hogar no cuentan con instrucción mínima elemental que exige el sistema educativo nacional, el ingreso promedio de los hogares con jefe joven es menor a dos salarios mínimos y el ingreso por miembro en estos hogares apenas rebasa a medio salario mínimo (Riquer-Fernández & Eternod, 1998). Esto se traduce en un bajo nivel de vida y más horas de trabajo para adquirir los alimentos mínimos (J. Pérez, 2003).

Además, al vivir en las periferias conforman asentamientos irregulares que carecen de servicios de infraestructura y básicos como serían los de salud, de educación, de drenaje, de recolección de basura, agua potable, energía eléctrica, gas y medios y vías de comunicación, entre otros (COESNICA, 1992; Domínguez et al., 2000; Fletes, 1994; Helander, 2008; A. Hernández, 2008; Liebel & Martínez, 2009; Lovera & García, 2006; Mendelievich, 1980), conduciendo, de esta manera, a que dichas zonas se conviertan en focos de infección y enfermedades. Por esta razón, las grandes ciudades se han convertido en generadoras de problemas sociales y situaciones de pobreza (Barr-Dinn, 1995; Fait, 2008; Pierre, 1996).

Por otro lado, los bajos ingresos económicos evitan que las familias puedan cumplir sus respectivos roles ya que la principal preocupación de sus miembros se centra en satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestimenta, vivienda, educación y salud, con lo cual otras necesidades como las afiliativas quedan insatisfechas, alterándose, así, la dinámica y relaciones intrafamiliares (Herrera-Bautista, 2009; Ovidio-López, 1990). La satisfacción de estas necesidades contribuyen a la formación de la identidad social del ser humano y se expresan en la salud integral de los individuos (Mansilla, 1989); su carencia repercute en su bienestar y desarrollo biopsicosocial (De Anda, 1992; FAI Save the Children México, 2007; INEGI, 2004; B. Marshall & Wood, 2009; Peschard, 1992; M. Raffaellia & Koller, 2005).

De igual manera, en estos hogares imperan altos niveles de estrés, frustración, violencia y malestar crónico que conllevan a la existencia de procesos de crisis familiar. Hombres y mujeres descargan sus tensiones contra sus hijos (H. Benítez, 2000; Builes, Múnera, Salazar & Schnitter, 2006; Gillham et al., 1998; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; T. Sullivan, 2002). También es común que los integrantes de la familia consuman bebidas alcohólicas y drogas como medio de evasión de su realidad (CESOP & Cámara de Diputados, 2005; Grima & Le Fur, 1999; QUIERA et al., 1999). Tales circunstancias eventualmente conducen a la desintegración de las familias, constituyendo, de esta manera, una fuente de maltrato físico y psicológico hacia los hijos (Borjón, 2010; De Rueda, 2007; Llorens et al., 2005; Obradovic, 2009; ONU & CEPAL, 2001; Sadurní, Rostán & Serrat, 2003; Stassen, 2000), quienes además son obligados a trabajar porque

la caída de los salarios y el escaso dinamismo en el crecimiento del empleo han llevado al incremento del número de perceptores de ingreso por hogar, elevando, de este modo, la proporción de la población que trabaja (Guareschi et al., 2003; Guerrero & Palma, 2010; Medina-Mora et al., 1997; OIT, 2000; Orduña-SantaCruz, 2004; Post, 2003; PREVIO e INEGI, 1998; Robles-Vásquez, 2004; Schwinger, 2007; Thomas, 2007; UNICEF & DIF, 2004). De hecho, el 95% de los niños de familias de bajos recursos trabaja (Godard, 2003), y tres de cada diez hogares con adolescentes cuentan con el trabajo de al menos uno de ellos porque aportan más del 20% del total del ingreso familiar, proporción que se incrementa entre los hogares más pobres como en el caso de Perú, Honduras, El Salvador, Ecuador, Bolivia y Colombia que supera el 33% (OEI, UNESCO, IPE & SITEAL, 2008).

Por consiguiente, la pobreza lleva a la existencia de procesos de crisis familiar que promueven el maltrato, en todas sus formas, hacia los menores. De hecho, los niños y adolescentes que viven en la pobreza tienen una probabilidad 25 veces mayor de sufrir violencia intrafamiliar en cualquiera de sus rubros (Capuzzi & Gross, 2008).

Por otro lado, frente a la urgencia por sobrevivir, las mujeres fueron incluidas en el mercado laboral de forma inapropiada, ya que participaron de iguales jornadas laborales pero con menos salario y prestaciones de ley (Annan, 2001; Castellanos et al., 2006; Castro-Cavero, 2008). Por ejemplo, en México, más del 40% de las mujeres son madres solteras con altos índices de desocupación y de una economía informal en expansión (Gomezjara et al., 1995). Aunado a lo anterior, la población femenina sigue asumiendo su papel de madres-esposas. Como tal, viven con una constante sobrecarga de trabajo estando, consecuentemente, agotadas y poco disponibles para sus hijos. De igual manera, en estas familias, la mujer es víctima fácil de violencia intrafamiliar, rol que influirá en que las niñas adopten un modelo desvalorizado y de sumisión (Alor-Luna, 1999; Barr-Dinn, 1995; Cordera et al., 2008; DIF, 2006; García-Ugarte, 1989; Lucchini, 1996; Riquer-Fernández, 1998b). Lo que es más, por lo menos una de tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales o maltratada de alguna manera en el curso de su vida a nivel mundial (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] & Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas [DGAELPP], 2004; Escuela para promotoras y promotores juveniles, 2009); y nueve de cada diez tienen hijos, de los cuales, el 60% comparte la violencia y el 95% son testigos de las agresiones (Entrena, 2001). El maltrato hacia la mujer repercute gravemente en su autoestima y autoeficacia (Changa, Theodore, Martin & Runyan, 2008). Estas situaciones se han presentado, por ejemplo, en el Salvador, en donde el 57% de las mujeres son golpeadas por sus compañeros, en Chile, en donde el 80% ha sufrido abuso sexual, físico o emocional por su compañero o un familiar del sexo masculino, o en Estados Unidos, en donde cada cinco minutos se reporta una violación a las autoridades (Carro et al., 2005). En el caso de México, la violencia está entre las cinco principales causas de muerte en la adolescencia en la población femenina (Riquer-Fernández, 1998a).

Por tanto, los factores socioeconómicos (ver Figura 24) son fundamentales para el desarrollo familiar. Si las familias se encuentran viviendo en la pobreza tenderán a la desintegración y no podrán llevar a cabo los roles que les corresponden como familia (R. Gutiérrez & Vega, 2009; Harvey, 2005; Jones, 2009; Soriano et al., 2005; Ssewamala et al., 2012). Cuando las familias pobres resienten la presión explotadora de un sistema que no les deja posibilidades de supervivencia o que limita a sus miembros para mejorar su situación, los efectos de la dinámica de dicho sistema las obligan a disponer de sus pocos recursos aún los más débiles para no sucumbir (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; Fait, 2008; Jones, 2009; Leñero, 1998; Matus & Piña, 2001; Montesinos & Pagano, 2010; Post, 2006). Con lo cual, surgen crisis familiares que dejan a los menores desprovistos del respaldo de los suyos (CANICA, 2006; Domínguez et al., 2000; Marinero, 2006; Pinzón-Rondón et al., 2003). Al repercutir el ingreso familiar en el desarrollo

socioemocional del menor tanto directamente (p. ej.: estado nutricional y recursos materiales), como indirectamente (p. ej.: formando sentimientos de seguridad y bienestar general) (Wang, 2009), la familia se vuelve disfuncional e inestable, afectando, por ende, el estado de salud mental de los niños y jóvenes (Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman & James, 2007; Ssewamala et al., 2012).

Consecuentemente, la situación socioeconómica de una familia impacta en el desarrollo socioemocional de sus miembros.

Debido a lo anterior, no es posible explicar la presencia de menores y jóvenes en situación de calle de manera independiente o aislada del entorno económico y social en el que este fenómeno se manifiesta.

Como puede observarse, siguiendo el enfoque cognitivo-conductual, los factores de riesgo socioeconómicos asociados a la problemática, denotan condiciones de los contextos macrosocial, cultural, laboral/académico y ambiental físico negativas que somete a la población en situación de calle a niveles elevados de estrés pudiendo favorecer, así, la aparición de un sinnúmero de problemas emocionales y sociales. Aunado a lo anterior, es un grupo social que, dadas estas circunstancias, tiene pocas posibilidades o recursos para modificar sus situaciones de vida actuales.



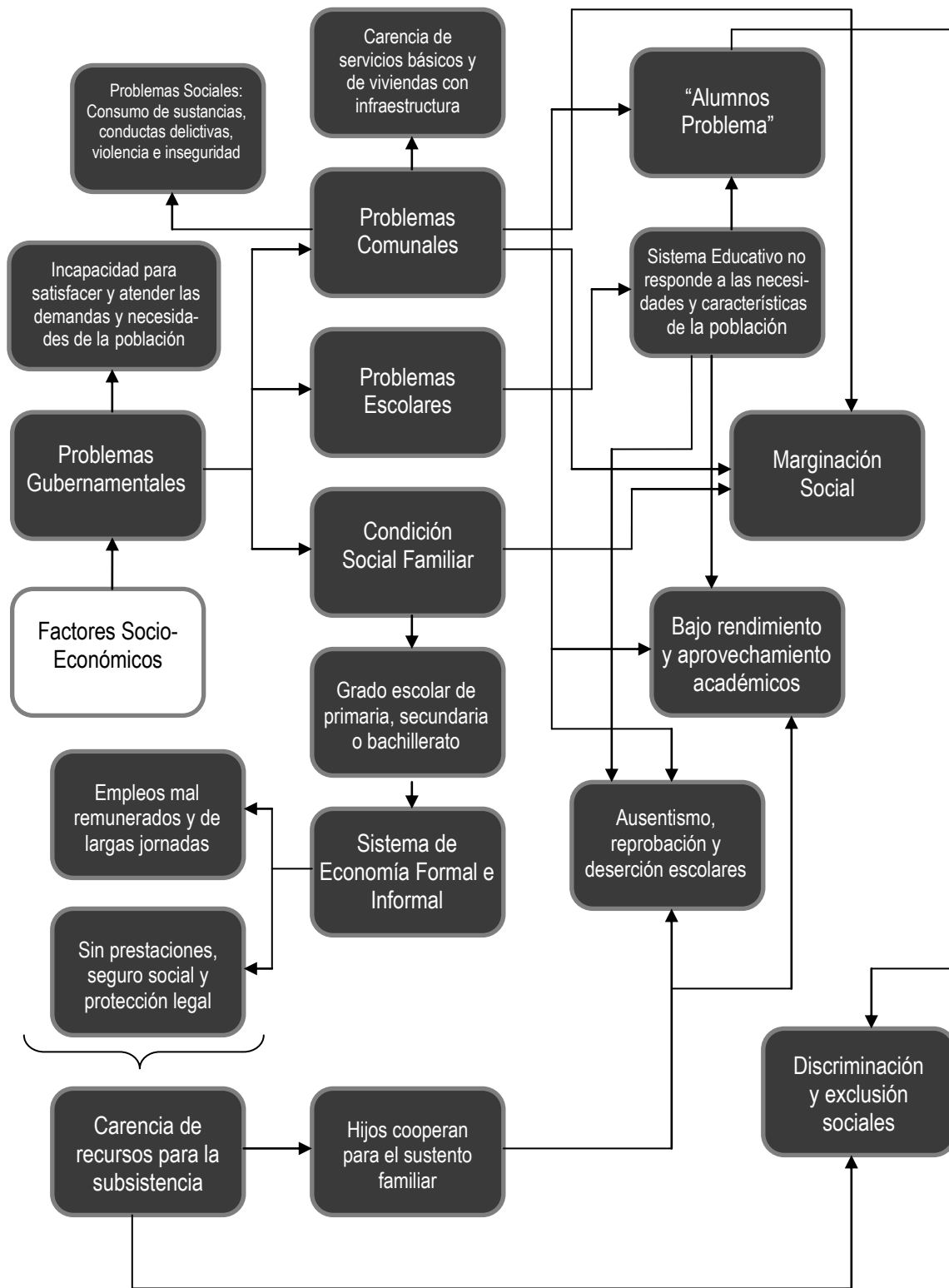


Figura 24. Resumen de los factores de riesgo socioeconómicos en Latinoamérica, que pueden conducir a que el menor o joven abandone su hogar conforme a la literatura de investigación revisada.

### Factores Familiares

La familia juega un papel determinante en el desarrollo y formación de la

personalidad del niño, siendo en el proceso de socialización, la primera en transmitir reglas, normas, costumbres y valores reflejando, con ello, las transformaciones que en una sociedad se están dando (Bass, 1994; Castellanos et al., 2006; Cordera et al., 2008; Cueli, 1980; Dubaniewicz, 1997; Hernández-Guzmán, 1999; E. Martínez, 1988; Papalia et al., 2009; E. Ponce, 1987; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a; Sánchez-Aneas, 2008; UNICEF & DIF, 2004). Consecuentemente, sus fines son:

1. La provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos; función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. La provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. La oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Empero, allí también se dan situaciones de conflicto que se manifiestan de muy diversas formas: falta de comunicación, de atención y de responsabilidad, abandono, negligencia, maltrato físico y psicológico asociado con una variedad de configuraciones del abuso, incluido el sexual hacia el menor por algún miembro de la familia (J. Bautista, 2007; CDHDF et al., 1996; Demetrio, 2006; Fletes, 1999; B. Gutiérrez, 1992; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Herrera-Bautista, 2009; Jones, 2009; JUCONI, 2009; Montesinos & Pagano, 2010; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; UNESCO, 1995).

Por otro lado, los hogares familiares de la población infantil y adolescente pueden categorizarse, dependiendo de las características que presenten, en nucleares, ampliados y compuestos (Eroles et al., 2001; Espinosa-Yáñez, 1997; Riquer-Fernández & Eternod, 1998). Dicha clasificación se observa en los menores en situación de calle de diversos países de América Latina como por ejemplo, México. El hogar familiar (84%) es aquél en el que por lo menos uno de los miembros tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares familiares se clasifican en nucleares, ampliados y compuestos. La familia nuclear es una unidad de parentesco, relación económica y doméstica bigeneracional que incluye a uno o ambos padres y a sus hijos biológicos, adoptivos, hijastros o todos ellos (Papalia et al., 2009). Por ejemplo, en Latinoamérica, el hogar nuclear (61.6%) está constituido por un jefe y su cónyuge, un jefe y su cónyuge con hijos no casados o un jefe con hijos no casados. Dentro de estos hogares puede haber empleados(as) domésticos(as) o no. En contraste, el hogar extenso (22.4%) es un subconjunto de los hogares familiares, formado por los hogares ampliados y los compuestos. El hogar ampliado está formado por un hogar nuclear con otros parientes o un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados domésticos o no. El hogar compuesto está formado por un hogar nuclear o ampliado con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar. Es decir, la familia extensa constituye una red de parentesco multigeneracional que incluye a los abuelos, tíos, primos y familiares más distantes. Habitualmente, en este tipo de familias, los adultos comparten la obtención del sustento y las responsabilidades de crianza infantil, y los niños mayores se encargan del cuidado de los más pequeños (Papalia et al., 2009). El hogar unipersonal (13.2%) está formado por una sola persona. El hogar de corresidentes (2.8%) está formado por dos o más personas que no guardan relaciones de parentesco con el jefe del hogar.

Hablando ya propiamente de la familia de los menores y jóvenes en situación de calle, se ha encontrado que provienen de familias disfuncionales repercutiendo, así, en la adaptación psicosocial de sus miembros (M. Benítez et al., 2000; DIF, 2006; Dimenstein, 1994; Espínola et al., 1989; Fait, 2008; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Harvey, 2005; Leñero, 1998; Mejía-Soto, 1998; Palomas, 1999; Reintegra AC, 2002; E. Taracena, 2010). De hecho, C. Juárez (2006) menciona que en México, una de cada tres familias es disfuncional. Dichas familias se caracterizan por ser reconstituidas puesto que el padre o la madre han sido reemplazados por otros parientes o conocidos ya que los padres no los pueden mantener económicamente y/o no los pueden educar. Por ejemplo, COESNICA (1992) señala que en el Distrito Federal, el 81% de los niños en situación de calle no conocen a su madre y el 69.4% a su padre. En estas circunstancias, las relaciones intrafamiliares son de carácter confuso, llenas de resentimiento y con altos índices de violencia, que implica el uso ilegítimo de la fuerza y del poder para someter o controlar a otros (Barreiro et al., 2004; Carro et al., 1995; Oakley & Salazar, 1993; Stassen, 2000), pudiendo crear, de esta manera, las condiciones sociales y personales para la posterior explotación sexual de los hijos (Entrena, 2001).

Del mismo modo, sus familias se caracterizan por presentar uniones tempranas e inestables, falta de comunicación, de cariño y afecto, desinterés por los hijos, inexistencia de normas y límites claros dentro del hogar, alcoholismo y drogadicción, frecuente cambio de pareja de los progenitores, ausencia de uno o ambos padres, abandono de los hijos producto de las jornadas laborales de los cónyuges y un excesivo número de hijos; por lo cual los menores reciben poca atención familiar porque si el nivel de ingresos es bajo y la familia numerosa, se incrementan las dificultades familiares para satisfacer las necesidades de sus miembros (L. Aptekar, 1989b; Builes et al., 2006; DIF, 2006; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; Eroles et al., 2001; Jones, 2009; J. Le Roux, 1996; Lucchini, 1996; Matchinda, 1989; Mendelievich, 1980; QUIERA et al., 1999; Schwinger, 2007; E. Taracena, 2002). Es importante enfatizar que todo abandono incide en la formación del ser humano produciendo anomalías tales como: resentimiento, inadaptación social, delincuencia, problemas psíquicos o mentales, drogadicción, condiciona sentimientos de agresividad, angustia y no valorización de sí mismo (Cruces & Fredianelli, 1984). Adicionalmente, cada cambio de pareja, específicamente de la madre, es un proceso que incrementa las crisis emocionales y el maltrato autoritario hacia los hijos (Alor-Luna, 1999; Gomezjara et al., 1995). Así mismo, la ausencia de uno o ambos padres lleva a que el niño o adolescente establezca contactos con miembros de la comunidad en la calle (Sauri-Suárez, 2009).

Aunado a lo anterior, se observa la existencia de negligencia intrafamiliar física, emocional y educativa. La negligencia es física cuando las necesidades básicas del niño no se encuentran atendidas por los cuidadores primarios ya sea de manera temporal o permanente (APA, 2007; Lebrero & Quicios, 2005; UNICEF, 2006a). Es emocional cuando se desatienden sus necesidades psicológicas como el proporcionar afecto y cariño, y educativa cuando se ignoran sus necesidades académicas al no inscribir al menor en la escuela o al fomentar su deserción (Capuzzi & Gross, 2008; Picornell, 2006; Righthand et al., 2003). Los niños que padecen tanto negligencia física como emocional y educativa presentan retrasos en el lenguaje, en el desarrollo intelectual y académico, baja estimulación, falta de capacidad para la resolución de problemas, deficiencias en sus habilidades cognitivas, dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, problemas conductuales y emocionales, trastornos mentales (Castro-Cavero, 2008; Ortín, 2003), y un pobre manejo y control de emociones sobre todo negativas (J. Kim & Cicchetti, 2010). En las mujeres, la negligencia emocional conduce al padecimiento de sintomatología depresiva e incrementa las tendencias suicidas, la probabilidad de contraer herpes genital y el consumo de bebidas alcohólicas. En los varones, se asocia con el uso y abuso de sustancias y el presentar sintomatología depresiva (Jewkes et al., 2010).

Además, la negligencia familiar vivida durante la infancia lleva a que los niños y adolescentes sufran una mayor victimización física y sexual en las calles y en su relación de pareja (Melander & Tyler, 2010), a un aumento de la actividad sexual y a una disminución en el uso del condón (Palacios & Andrade, 2006).

Adicionalmente, los menores son víctimas de los maltratos propiciados por sus padres y otros familiares. Dicho maltrato no puede ser denunciado porque los niños no solo no son individuos de derecho jurídico, sino porque su nivel de madurez y crecimiento sumado a su dependencia a los mayores, les impide incluso diferenciar entre una medida correctiva que no lastima su integridad física, psicológica y moral y aquella que sí les lastima (Riquer-Fernández, 1998a). Algunos autores (Soriano et al., 2005; L. Vega et al., 2002), señalan que dichas condiciones de violencia, incluyendo al abuso sexual, y maltrato son las principales causas de abandono del hogar.

La violencia conduce a presentar sentimientos de desesperanza pues otras personas controlan la vida del individuo y éste es incapaz de salir de la situación de maltrato continuo. Puede llegar a percibirse como normal ya que los perpetradores quedan impunes dado que el sistema legal no funciona como debe de ser y conduce al aislamiento social, puesto que es una circunstancia que rara vez, si es que nunca, se denuncia y, por lo tanto, se desconoce (Helander, 2008).

El maltrato constituye una de las formas de la violencia (Gervilla et al., 2000; E. González, 1996; ONU, 2006; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Riquer-Fernández, 1998b). Se refiere a aquella situación donde un niño(a) sufre daños físicos o psicológicos no accidentales como consecuencia de acciones o de omisiones de sus padres o tutores (C. Fujimura, 2005; ONU, 2006). Puede ser físico o psicológico, repercutiendo, de esta manera, en el desarrollo óptimo del niño (Balcells & Alsinet, 2000; Sadurní et al., 2003). De hecho, en México, aproximadamente el 10% de los niños y adolescentes recibe alguna forma de maltrato y sólo el 10% de los casos recibe la atención apropiada (Loredo et al., 2009), y el DIF recibe mensualmente 110 denuncias de maltrato a menores (D. Fernández, 1995). A nivel mundial, cada año 6.4 millones de infantes son víctimas de maltrato físico, y 1.5 de maltrato psicológico (Borjón, 2010). El maltrato físico comprende los traumas producidos en el cuerpo del pequeño como serían laceraciones, hematomas, quemaduras, fracturas o heridas producidas mediante el castigo (Barreiro et al., 2004; Gervilla et al., 2000; R. Gutiérrez & Vega, 1992; Leventhal, 1996; ONU, 2006; Picornell, 2006). El psicológico se presenta bajo formas de hostilidad verbal crónica como insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas, falta de afecto y atención, entre otros (Alor-Luna, 1999; APA, 2010; Changa et al., 2008; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005). Además, si el maltrato es prolongado, conlleva a que los menores presenten el síndrome del niño maltratado que se caracteriza por el abuso físico y psicológico intencional y repetido (APA, 2007; Calderón-Gómez, 2003; C. Fujimura, 2005; Trinidad, 1998). Dentro de los distintos tipos de maltrato, el psicológico es el más prevalente a nivel mundial (Helander, 2008).

El abuso sexual, que es una de las principales causas del embarazo en menores de 15 años (Carro et al., 1995), también se incluye dentro de esta violencia intrafamiliar, constituyendo, igualmente, una motivación primordial para la prostitución (Castro-Cavero, 2008; ECPAT Internacional et al., 2002; Fisher et al., 2001; J. Greene et al., 1999; Mansilla, 1989; B. Marshall & Wood, 2009; Stolz et al., 2007), y el uso y abuso de drogas (Fisher et al., 2001). Lo que es más, es una de las formas de maltrato más frecuentes. El 35% de adolescentes de un rango de edad entre 13-14 años, son explotados sexualmente, y el 65% se encuentra entre los 14-17 años (CESOP & Cámara de Diputados, 2005). En Colombia, 18 niños son violados diariamente (Entrena, 2001). En la mayoría de los casos, un 90% aproximadamente, el abuso sexual ocurre en el interior de la familia, ya sea por los padres, hermanos, parientes o vecinos (Barr-Dinn, 1995; Borjón, 2010; Calderón-Gómez, 2003; FAI Save the Children México, 2007; Liebel & Martínez,

2009; Peleikis et al., 2004).

De acuerdo con varios autores (Balachova et al., 2008; Belsky, Lerner & Spanier, 1984; Llorens et al., 2005; Melendro et al., 2000; Núñez, 1997; Ryan, Kilmer, Cauce, Watanabe & Hoyt, 2000; Stassen, 2000; J. Stein, Leslie & Nyamathi, 2002; UNICEF, 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2009a; Stolz et al., 2007; C. Zlotnick, Robertson & Wright, 1999), los niños y adolescentes que sufren maltrato físico y/o psicológico tienen mayores dificultades para el desempeño escolar, el autocontrol, la valoración de su propia imagen y el establecimiento de relaciones sociales, en comparación con aquéllos que no lo han sufrido, y es mayor la probabilidad de consumir drogas y alcohol. Presentan retrasos en su desarrollo y no adquieren las habilidades necesarias para afrontar los estresores de su ambiente, pudiéndose extender esta deficiencia hasta la adultez. Tienen un autoconcepto y autoestima devaludados. En su desempeño social, pueden presentar dificultad para establecer amistades con pares, pobre capacidad para formar vínculos sociales, deficiencias en habilidades de conocimiento y lenguaje, desconfianza, complacencia excesiva con figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas interpersonales de manera violenta. Pierden la capacidad de asumir responsabilidades en su núcleo familiar y escuela, carecen de respeto por sus semejantes, y tienden a abandonar su casa y a quedar expuestos a la vida en la calle. Puede llevar a que presenten síntomas disociativos (K. Tyler et al., 2004), a que padezcan trastornos mentales y a que presenten deficiencias cognitivas (Appleton, 2008; Douglas et al., 2010; Kennedy et al., 2009; McCarthy & Thompson, 2010; Schumm et al., 2006; Stermac & Paradis, 2001; S. Thompson et al., 2007; S. Thompson et al., 2011; Tonmyr et al., 2011; Wan-Ning et al., 2000; L. Whitbeck et al., 2000; Zarei et al., 2011). De igual manera, presentan un pobre manejo y control de emociones (J. Kim & Cicchetti, 2010). Aunado a lo anterior, el maltrato físico o abuso sexual puede conducir a que lleven a cabo conductas delictivas (Dumain, 2010; Eroles et al., 2001; M. Kim et al., 2009; Ryan et al., 2000; Stinton, 2007; L. Whitbeck & Simons, 1993), a que incursionen en la prostitución (CDHDF et al., 1996; De Rueda, 2007; J. Greene et al., 1999; Helander, 2008; K. Tyler et al., 2001), a una mayor victimización física y sexual en las calles y en su relación de pareja (Melander & Tyler, 2010; J. Stein et al., 2002; K. Tyler et al., 2004; L. Whitbeck et al., 1997a), a que lleven a cabo conductas sexuales de riesgo (Ortín, 2003; Slonim-Nevo & Mukuka, 2007; K. Tyler et al., 2000; K. Tyler & Johnson, 2006a), a tener múltiples parejas sexuales (J. Lau et al., 2005; J. Noell et al., 2001), a que tengan una mayor probabilidad de suicidarse (Capuzzi & Gross, 2008; Molnar et al., 1998; Ryan et al., 2000; N. Slesnick et al., 2006; Ystgaard, Hestetuna, Loebb & Mehlum, 2004), y al consumo de drogas y alcohol (Douglas et al., 2010; K. Johnson et al., 2005b; Morakinyo & Odejide, 2003; S. Thompson et al., 2010). Lo que es más, como resultado de tal violencia, las mujeres llegan a padecer ansiedad (Escribà-Agüir et al., 2010), pueden volverse alcohólicas en el 45% de los casos (Carro et al., 1995; De Rueda, 2007), o pueden consumir sustancias psicotrópicas (Escribà-Agüir et al., 2010). Así mismo, los hombres tienden más a replicar los patrones de violencia convirtiéndose en agresores. En contraste, las niñas internalizan la violencia y son más vulnerables a la victimización (Castro-Cavero, 2008; Belsky et al., 1984; Ortín, 2003; Righthand et al., 2003; Riquer-Fernández, 1998b; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Thomas, 2007). Todo ello eventualmente puede exacerbar los efectos del abuso sexual infantil (J. Noell et al., 2001).

Tanto el abuso físico y el psicológico como las familias disfuncionales son precursores de una mayor victimización en las calles (Mounier & Andujo, 2003; L. Thrane et al., 2006; K. Tyler & Johnson, 2006a; L. Whitbeck et al., 2004), e incrementan la probabilidad de involucrarse en actividades delictivas (Helander, 2008; J. Lau et al., 2005; K. Tyler et al., 2000; K. Tyler et al., 2001; K. Tyler & Johnson, 2006a; L. Whitbeck & Simons, 1993), porque tienden a ser más agresivos y antisociales y de relacionarse con pares en las mismas circunstancias.

A pesar de las repercusiones que tienen el maltrato y sus distintas formas en la integridad físico-psicológica del niño, ocho de cada diez niños y adolescentes piensa que la violencia es algo natural.

Cuando los menores y jóvenes carecen de una estructura familiar funcional, están en riesgo de presentar las siguientes características (Cruces & Fredianelli, 1984):

- No poseen asociación afectiva, emocional íntima y permanente con el grupo familiar.
- No se les enseña a manejar y controlar sus reacciones emocionales tomando en cuenta el momento y el lugar en el que se encuentran.
- No tienen definidas las funciones inherentes a cada sexo, pues solamente la pareja de padres proporciona a los hijos las nociones diferenciadas de la sexualidad.
- No tienen satisfechas sus necesidades básicas biológicas, psicológicas y sociales porque la familia se ha convertido socialmente en la única depositaria de esta misión.
- No están socializados según pautas culturales de la familia y la sociedad dado que, gracias al proceso que cumple, los hijos aprenden normas, ideas, creencias, actitudes del propio grupo y de la sociedad.
- No poseen un estatus inicial en la jerarquía social debido a que mediante la familia, el niño logra un sentido de pertenencia a un determinado estrato socio-económico, no tiene acceso a determinados bienes y servicios y a un estilo de vida. Obtener un sentido de pertenencia es necesario para la propia identificación.
- No están sometidos a un control social familiar que lo lleven a internalizar normas y valores. Este mecanismo contribuye a la posterior adaptación y aceptación social de sus miembros y opera desde el nacimiento hasta la edad adulta.
- No poseen formación para realizar sus propias unidades familiares ya que sólo la vivencia familiar proporciona pautas o modelos que se pueden transferir a nuevas unidades familiares.
- Están desprotegidos para enfrentar las dificultades del mundo extra-familiar.

Puesto que de las relaciones del niño con su familia depende el equilibrio y la evolución normal de su desarrollo biopsicosocial (Eid & Larsen, 2008; Gurrola, 1998).

En resumen, el abandono del hogar conlleva al rompimiento de los lazos familiares y, con ello, a la pérdida de fuentes de apoyo social porque el menor o joven deja de acudir a la escuela y de vincularse con personas que mantienen contacto con la familia. Aunado a lo anterior, se relacionan con pares que se encuentran en sus mismas circunstancias implicando, por ende, la realización de conductas de riesgo y de estrategias de supervivencia socialmente inadecuadas como serían el robo, la venta de drogas y la prostitución. En consecuencia, llegan a ser perpetradores y víctimas de violencia tanto física, incluida la sexual, como psicológica. Igualmente, al abandonar su núcleo familiar, tienen sentimientos de minusvalía, desesperanza y enojo, los cuales, una vez en la calle, se exacerban (L. Whitbeck et al., 2000). Así, se perpetúa el círculo vicioso de violencia en el que se encuentran inmiscuidos.

Como resultado, la ruptura del vínculo con su familia constituye el punto de partida del proceso que lleva al menor a transformarse en un “niño de la calle”; proceso de inserción largo y gradual producto de innumerables interrelaciones establecidas entre el niño, su hogar y la calle. Como tal, la familia como institución no es capaz de darles la estabilidad y la satisfacción necesarias que optan por vivir en las calles (ver Figura 25).

Consecuentemente, siguiendo el Modelo Cognitivo-Conductual, el papel del medio familiar representa una fundamental influencia que afecta el comportamiento, el desarrollo y formación del pequeño. Es el primer ámbito en transmitir el aprendizaje de habilidades de afrontamiento, de solución de problemas, de adaptación, sociales y de manejo de situaciones estresantes. No obstante, cuando carece de estructuración y ésta es disfuncional, conduce al surgimiento de problemas emocionales y conductuales diversos. De esta manera, se obstruye e interfiere con el aprendizaje y adquisición de destrezas repercutiendo, por ende, en la integridad físico-psicológica del infante.

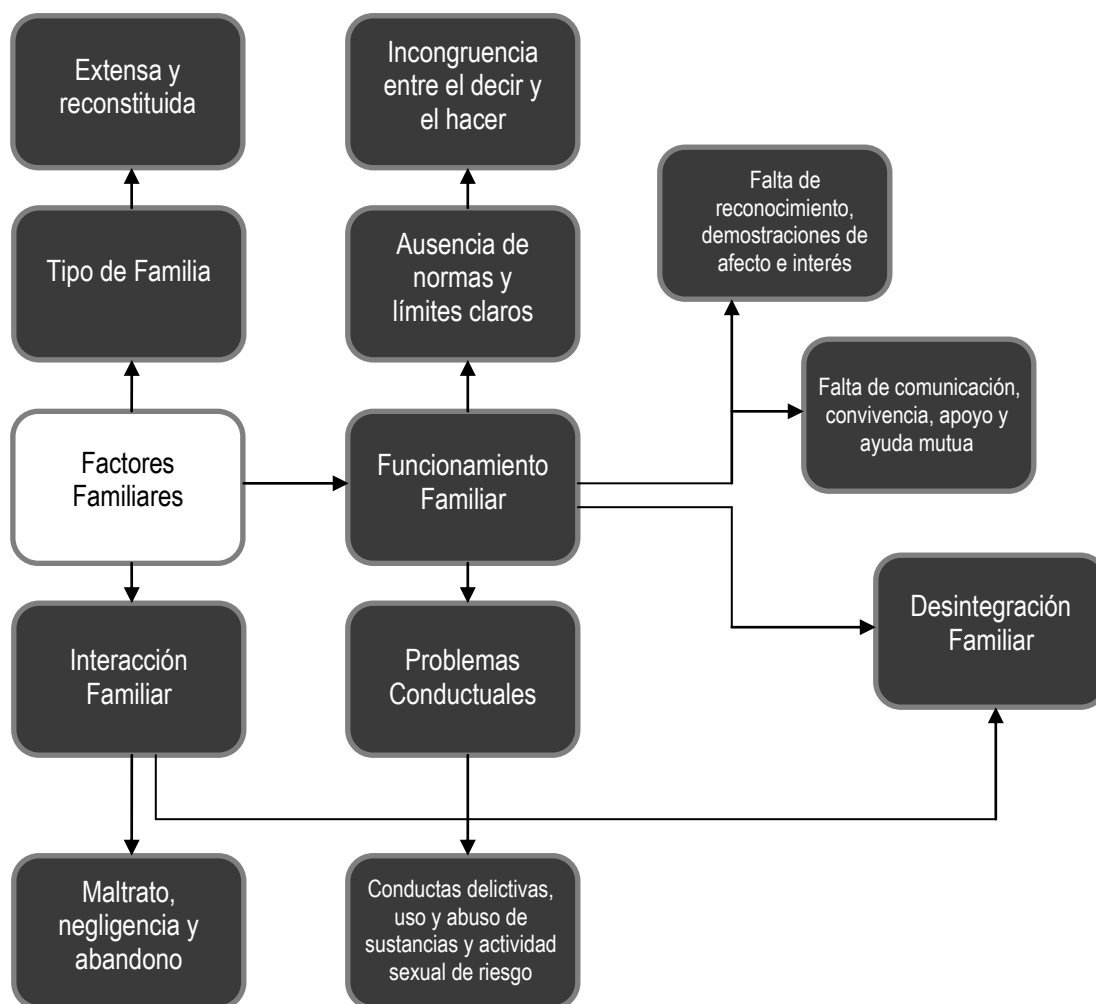


Figura 25. Resumen de los factores de riesgo familiares en Latinoamérica, que pueden conducir a que el menor o joven abandone su hogar conforme a la literatura de investigación revisada.

Respecto a este punto es importante resaltar que si el contexto familiar en el que se desenvuelve el menor es el mismo desde que abandonaron su hogar lo más probable es que vuelvan a huir pues las condiciones de disfuncionalidad permanecen (Baker et al., 2003; Dekel, Peled & Spiro, 2003; Embry et al., 2000; Schwinger, 2007; S. Thompson & Pillai, 2006).

Por otra parte, diversos autores (Aguirre, 2010; Cordera et al., 2008; Domínguez et al., 2000; García-López, 2000; A. Gomes, 1997; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Herrera-Bautista, 2009; Liebel & Martínez, 2009; Sauri-Suárez, 2006; Soriano et al., 2005; Tarín & Navarro, 2006; Thomas, 2007; Walters, 1999), mencionan que el niño o joven termina

viviendo en la calle no sólo porque al interior de su familia hubo pocas condiciones para que permaneciera en ella, sino porque en su comunidad existen pocos elementos de retención que facilitan su permanencia. Por ejemplo:

1. La escuela.- Constituye un espacio de interacción y desenvolvimiento social, un lugar donde se pueden aprender disciplinas concretas pero también se cultivan valores necesarios para la convivencia humana (Bronfenbrenner, 1979, 2005; Capuzzi & Gross, 2008; Godard, 2003; Gurrola, 1998; Melendro et al., 2000; UNESCO, 1995; UNICEF & DIF, 2004). Permite la adquisición de capacidades intelectuales y habilidades concretas para el futuro desempeño laboral, por lo que tiene un valor económico al contribuir a formar capital humano en una sociedad. Por consiguiente, la escuela desempeña un papel fundamental en el crecimiento infanto-juvenil orientada al pleno desarrollo de la personalidad del alumno y a su preparación para participar activamente en la vida social y cultural (Bass, 1994; Picornell, 2006; Sánchez-Aneas, 2008). Empero, presenta graves deficiencias debido a que los programas y métodos no corresponden con las capacidades de los pequeños que se encuentran en riesgo de salir a la calle. En América Latina, por ejemplo, cada día se destinan menos recursos a la educación pública y existe una nula modernización de los planes de estudio, lo que provoca baja calidad en la educación que se imparte (DIF, 2006; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; Oakley & Salazar, 1993; E. Ponce, 1987; Riquer-Fernández, 1998a). Adicionalmente, el sistema escolar tiene que enfrentar problemas de indisciplina, inasistencia, bajo rendimiento, deserción escolar, agresividad, maltrato tanto por los profesores como por el resto de los compañeros escolares, poco interés por el estudio y falta de apoyo de los padres. Estas circunstancias conducen a etiquetar a los niños en riesgo de calle como “alumnos problema” (Guerrero & Palma, 2010; Gurrola, 1998; Montesinos & Pagano, 2010; ONU & CEPAL, 2001; Rodríguez-Gabarrón, 1993; E. Taracena, 2010). Del mismo modo, sea por indiferencia o falta de capacitación por los profesores y demás autoridades escolares, no se detectan ni previenen casos de menores susceptibles de convertirse a la calle. Como tal, el profesorado no se encuentra capacitado para asistir al pequeño ante las dificultades emocionales y sociales que pueda presentar. También, el sistema escolar exige ciertas habilidades psicosociales que los infantes no pueden afrontar pues no las recibieron en su primer sistema: la familia (Santiago, 2005). Por ende, estos niños y adolescentes al no encontrar en la escuela un espacio de apoyo, identificación y expresividad de sus problemas familiares, empiezan a desdeñarla y se da entonces un proceso de rechazo mutuo. También, los colegios no cuentan con espacios apropiados y suficientes para la recreación, y los pocos que hay son inutilizables (Children’s Rights Network in México, 2005; Escuela para promotoras y promotores juveniles, 2009; Espinosa-Yáñez, 1997; Gomezjara et al., 1995; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c).

Por otro lado, existe una falta de respuesta del sistema educativo formal a las expectativas del educando para integrarse a corta edad a la población económicamente activa con buenas posibilidades de obtener un ingreso remunerador que le permita mejorar su calidad de vida (L. Calderón, 2003; Dubaniewicz, 1997; INEGI, 2004; Matus & Piña, 2001; PREVIO e INEGI, 1998).

Es así como la escuela se convierte en un factor de expulsión al estar sustentada por principios y metodologías alejadas de la realidad y necesidades de los menores en riesgo de calle (De Anda, 1992; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; Leñero, 1998; Minnicelli, 2004; Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales, 2002; Roze et al., 1999; Trinidad, 1998), y al no considerar que por diferentes razones como serían la desnutrición, el trabajo obligatorio y la falta de apoyo familiar, están en una



posición distinta que la de los demás infantes (Montesinos & Pagano, 2010). Aunado a lo anterior, la mayoría de las escuelas a las que asisten se caracterizan por malas condiciones de los edificios, falta de recursos, grupos numerosos, continua movilidad de los maestros, quienes junto con los directores, muchas veces demuestran desconocimiento de los alumnos y de estrategias de enseñanza adecuadas a sus experiencias extra e intraescolares. A los problemas de infraestructura y pedagógicos de las escuelas, se agregan el hecho de que ésta se niega a inscribir a un niño en edad escolar si no cuenta con su acta de nacimiento y la falta de una cultura escolar que reconozca las diferencias y particularidades de los niños y adolescentes que asisten a ellas (Calderón-Gómez, 2003; Castro-Cavero, 2008; Medina-Mora et al., 1997; UNICEF & DIF, 2004). En consecuencia, por lo menos 130 millones de niños a nivel mundial no asisten a la escuela (Helander, 2008).

Por último, es importante destacar que las mujeres son todavía más relegadas en la educación debido a la cultura tradicional. En México, los hombres de 12-17 años asisten proporcionalmente más a la escuela que las niñas (Robles-Vásquez, 2004), puesto que se les exige que asuman responsabilidades domésticas (Dubaniewicz, 1997; Post, 2003). En los países en los que las prácticas y creencias tradicionales siguen siendo arraigadas, se espera que las mujeres se conviertan en amas de casa, cuiden niños y contraigan matrimonio a una edad temprana (Cordera et al., 2008; Cueli, 1980; Educación sin Fronteras, 2007; Espínola et al., 1989; Mendelievich, 1980). Por ejemplo, en zonas rurales e indígenas se sigue creyendo que las niñas no requieren más que unos cuantos años de escuela para cumplir con sus tareas productivas y reproductivas (Riquer-Fernández, 1998a), y los padres piensan que pueden reducir la educación de sus hijas para asegurarse servicios y cuidados cuando ellos envejecan (Robles-Vásquez, 2004). Además, existen prejuicios sobre su educación en escuelas dominadas por hombres, violencia contra ellas y, a menudo, estereotipos sexistas que se reflejan en los programas de estudios (Annan, 2001), debido a que el proceso de enseñanza-aprendizaje se dirige a que niños y niñas asuman roles distintos, estructurados jerárquicamente y que se corresponden con las expectativas sociales de subordinación femenina respecto al varón (Riquer-Fernández, 1998a).

2. El estado.- Es incapaz de brindar la seguridad y de satisfacer las necesidades básicas (p. ej.: salud, alimento, vivienda, educación, empleo y recreación), para el óptimo desarrollo biopsicosocial de todos los miembros de la familia. Aparte, las políticas públicas de carácter educativo, de salud, de protección y seguridad implementadas no consideran el ejercicio pleno de los derechos de los niños. Las políticas socioeconómicas de carácter neoliberal establecidas acentúan las diferencias de clase social, de etnia y de género limitando, así, la igual participación y acceso a recursos y a oportunidades de crecimiento social y económico de los grupos más desfavorecidos. Finalmente, las políticas sociales y de progreso no favorecen el diálogo y la relación intercultural entre grupos o comunidades diferentes por su género, por su etnia, por su clase social o por tener capacidades diferentes (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007).
3. La comunidad.- Un último agente socializador a tomar en cuenta es la propia comunidad en la que se encuentra el pequeño, participando de una cultura común y las relaciones que en ella se establecen (Picornell, 2006; Sánchez-Aneas, 2008). Consecuentemente, determina el ambiente en el cual el niño se desenvuelve y sobre todo cómo es que éste influye en su conducta (Barr-Dinn, 1995; Bass, 1994; Sánchez-Aneas, 2008). Por ejemplo, el uso y abuso de sustancias tanto en la familia como en la comunidad se ha relacionado consistentemente con el consumo

de drogas en la población callejera en México. Adicionalmente, el tráfico de drogas en la comunidad perpetúa la violencia y muchas veces obliga a familias enteras a abandonar su hogar (Thomas, 2007). De igual forma, la presencia de pandillas en las vecindades contribuye a que los menores y jóvenes se les unan en búsqueda de protección y afecto. Por consiguiente, la desorganización comunitaria por la escasa existencia de recursos sociales o su poca utilización, limitado arraigo con la comunidad y orgullo cultural, cultura de baja competencia, actitudes comunitarias favorables hacia el uso de sustancias tóxicas, disponibilidad de drogas, servicios inadecuados y pocas oportunidades para el involucramiento pro social, constituye un factor de riesgo que los niños y las niñas viven cotidianamente (De Rueda, 2007; Reintegra AC, 2002).

Por otro lado, los ambientes comunitarios en los que se desenvuelven los menores y jóvenes en situación de calle se caracterizan, además, por la falta de acceso a los servicios básicos y de oportunidades para conseguir un empleo bien remunerado, la mala distribución de los recursos, las condiciones adversas en el trabajo dentro del sistema de economía formal e informal, el congestionamiento en las zonas periféricas, el hecho de no aplicarse la ley y la explotación por los mismos funcionarios encargados de aplicarla, y la falta de servicios de calidad para actividades recreativas y culturales para los miembros de la comunidad (Alor-Luna, 1999; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; García-Ugarte, 1989).

4. Instituciones públicas o privadas.- Son escasas y los servicios que prestan de mala calidad o se limitan a solucionar aspectos básicos como la salud. No contemplan necesidades muy importantes para el pequeño como la recreación y el esparcimiento. Sus objetivos no equivalen a las necesidades de los niños ni a las de sus familias. No cuentan con supervisión médica, psicológica y legal adecuada y muchas veces no tienen los recursos suficientes para brindar el apoyo requerido (Appleton, 2008). Por ejemplo, de acuerdo con Fletes (1999), la desarticulación de las instituciones educativas, de salud y las asociaciones civiles que ofrecen atención y tratamiento a la juventud en problemas de adicciones, provoca la ausencia de programas con criterios uniformes que ataquen las causas que producen trastornos psíquicos, por lo que, pueden comprometer el correcto crecimiento de los niños y jóvenes (Balcells & Alsinet, 2000). Bronfenbrenner (1979) refiere que la institucionalización de los niños a una edad temprana produce un debilitamiento de la función psicológica y del desarrollo si se combinan las siguientes circunstancias: el ambiente ofrece pocas posibilidades para la interacción del niño con su cuidador en una variedad de actividades, restringe las oportunidades de locomoción y contiene pocos objetos que el menor pueda utilizar en la actividad espontánea. El impacto perturbador inmediato de un ambiente institucional empobrecido tiende a ser mayor para los infantes que, al ingresar en la institución, son separados de la madre o de otra figura parental durante el segundo medio año de vida, cuando el apego y la dependencia del bebé con respecto a la persona que lo cuida habitualmente suele alcanzar su mayor intensidad. Antes o después de ese periodo, las reacciones inmediatas a la institucionalización tienden a ser menos intensas. Los efectos perjudiciales a largo plazo de un ambiente institucional física y socialmente empobrecido disminuyen según la edad del niño en el momento del ingreso. Cuanto más tarde ingresa el niño en una institución, mayores posibilidades tendrá de recuperarse de cualquier perturbación evolutiva después de su salida de la institución. Los efectos más severos y perdurables son más probables entre los bebés institucionalizados durante los primeros siete meses de vida, antes de que el niño sea capaz de tener un fuerte apego emocional hacia uno de sus padres o algún otro cuidador. Los aspectos más críticos del entorno institucional son aquellas características tanto

físicas como sociales que permiten y estimulan la participación del niño en una variedad de actividades tanto conjuntamente con un adulto como espontáneamente por sí mismo o con otros niños. Por ejemplo, Servín-Leyva (2007) observó que los niños institucionalizados presentan patrones inadecuados en la relación social con tendencia al aislamiento y a la apatía que, apareciendo en forma temprana, determinan en la adolescencia y en la edad adulta conductas agresivas y destructivas, así como la incapacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Un menor o joven que vive entornos de violencia intrafamiliar, que es excluido del sistema escolar y al mismo tiempo se ve imposibilitado para trabajar puede caer rápidamente en procesos de vulnerabilidad caracterizados por estados de depresión que lo conducen hacia el consumo de sustancias adictivas. De ahí quedan abiertas las rutas hacia la delincuencia, a convertirse en víctima de explotación sexual o a incurrir incluso en el suicidio en medio de un contexto social de constante agresión y que ha renunciado a la construcción de redes mínimas de protección social (Fuentes, 2010).

Entonces, siguiendo el Modelo Cognitivo-Conductual las condiciones de los distintos entornos en los que se desenvuelve el infante interfieren en el grado de adaptación del mismo aminorando su bienestar biopsicosocial y conduciendo a que el fenómeno crezca día con día rebasando la capacidad de respuesta por parte de la sociedad. Adicionalmente, tales circunstancias determinan el comportamiento de los individuos y la internalización de patrones conductuales apropiados para el medio en el que se desenvuelven.

En resumen (ver Figura 27), la suma de estas problemáticas (la pobreza, la desintegración y/o disfuncionamiento de la familia como grupo de supervivencia, la carencia de elementos de retención en la comunidad y en la escuela, la desatención gubernamental e institucional), hacen que las familias no solamente no estén en condiciones de ofrecer y garantizar a los niños y adolescentes los elementos indispensables para un buen desarrollo físico, psicológico y afectivo, sino que además, sean generadoras de situaciones traumatizantes que repercuten en su autoestima, autoconcepto y valoración personal (Cruces & Fredianelli, 1984; Pierre, 1996).

### Factores Personales

De acuerdo con el Modelo Cognitivo-Conductual, es fundamental obtener información referente a la historia particular de cada persona para poder evaluar las condiciones próximas de influencia sobre el comportamiento de la misma (V. Caballo, 1998).

En cuanto a los factores personales (ver Figura 26), se observa que en menor medida los menores y jóvenes buscan independizarse precozmente de sus padres, perciben que no tienen un lugar dentro de su familia y/o la escuela y sienten carencia de soporte social (De rueda, 2007; Estefanía, 2005; Sauri-Suárez, 2009). Así mismo, el deseo de aventura constituye otro detonante de salida del hogar, que adquiere significado en cuanto esta razón se ofrece como respuesta a la necesidad de salir tras la búsqueda de experiencias y espacios de libertad, de abrirse a la vida y al mundo (L. Aptekar, 1989b; Calderón-Gómez, 2003; Cárdenas, 2010; Castro-Cavero, 2008; COESNICA, 1992; Cornejo, 1999; Demetrio, 2006; García-Ugarte, 1989; R. Gutiérrez & Vega, 2009; A. Hernández, 2005a; Leñero, 1998; Llorens et al., 2005; Mansilla, 1989; Marinero, 2006; P. Murrieta, 2008; Ossa, 2005; R. Pérez, 2003; Peschard, 1992; Pojomovsky, 2008a, 2008b; Y. Rodríguez & López, 2009; Ruiz, 2000; Trinidad, 1998; UNICEF & DIF, 2004).

Por tanto, la calle ofrece una serie de experiencias nuevas y excitantes. Es un

espacio donde el infante puede estar sin la autoridad o yugo paterno/materno, satisfacer sus necesidades básicas y encontrar grupos de referencia e identificación.

Sin embargo, al separarse de sus familias siguen siendo víctimas de otros adultos que los controlan y explotan, y de la policía que los manipula, reprime, maltrata o viola físicamente. El goce de la supuesta libertad se convierte entonces en una nueva cadena de sujeciones y de pérdida de su propia personalidad constructiva: la droga, el alcohol, la prostitución e, inclusive, para las niñas, el embarazo de alto riesgo.

Dentro de los factores personales, se ubican, adicionalmente, las características individuales del niño que lo colocan en una situación de riesgo como serían, por ejemplo, poseer habilidades sociales inadecuadas, bajos niveles de autocontrol, asertividad y habilidad para hacer frente a la presión de los pares, baja autoestima, estrés emocional, estados de ánimo depresivos, deseos e intentos de suicidio, conducta antisocial temprana como mentiras, robo o agresión a menudo combinada con timidez o hiperactividad, problemas de conducta prematuros y constantes, sucesos traumáticos en la niñez, muertes cercanas, trabajo en la calle, poca percepción de riesgo y actitudes favorables hacia el uso de sustancias (Reintegra AC, 2002).

Por último, otra cuestión que influye en los menores para que éstos decidan abandonar sus hogares, es la presión por sus hermanos mayores o grupos de pares sin una residencia fija o estable que los alientan e inclusive fuerzan a seguir el mismo camino que ellos (Espínola et al., 1989; Espinosa-Yáñez, 1997; Lucchini, 1996; P. Murrieta, 2010; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a, 1996b, 1996c; E. Taracena, 2010; Volpi, 2002).

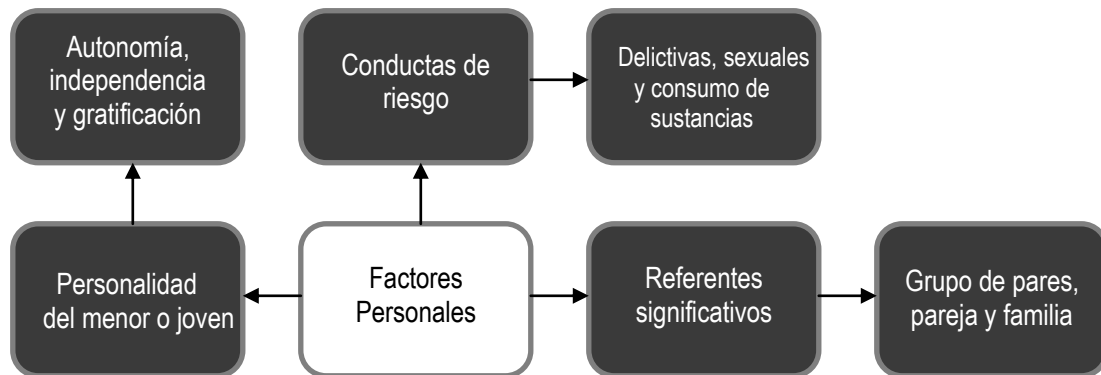


Figura 26. Resumen de los factores de riesgo personales en Latinoamérica, que pueden conducir a que el menor o joven abandone su hogar conforme a la literatura de investigación revisada.

Como puede observarse (ver Figura 27), el problema del menor o joven en situación de calle se debe a diversas causas pero interrelacionadas entre sí. Como resultado, es un fenómeno multifactorial.

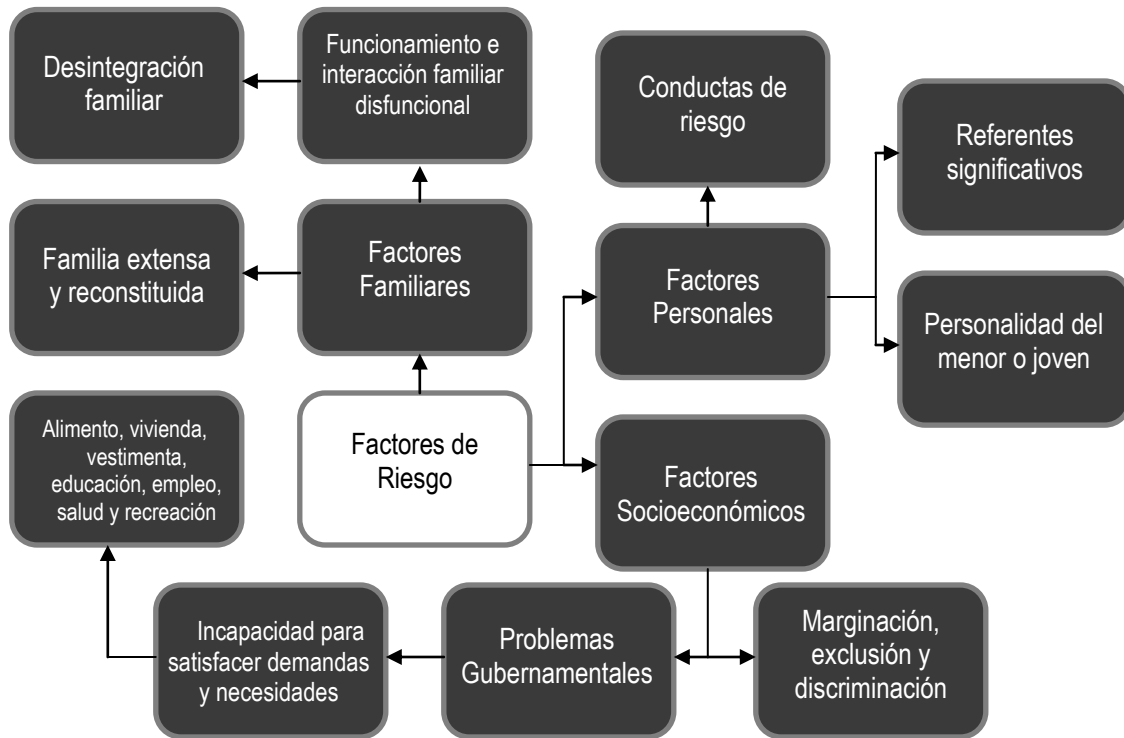


Figura 27. Resumen de los factores de riesgo en Latinoamérica que se asocian al fenómeno del menor o joven en situación de calle conforme a la literatura de investigación revisada.

### A Nivel Mundial

Las experiencias de menores y jóvenes en situación de calle alrededor del mundo son similares inclusive en los países desarrollados en donde los sistemas de protección a la infancia están mejor estructurados que aquéllos en vías de desarrollo (M. Benítez et al., 2000; Thomas, 2007). Debido a ello, se observan semejanzas en comparación con América Latina respecto a las razones que los motivan a abandonar sus hogares por la calle (ver Cuadro 2).

En Corea del Sur (Hyun et al., 2005), Bangladesh e Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998; DIF, 2006; Flouri & Buchanan, 2004; The Lancet, 2005; Lawrenson, 1997; A. Moore, 2010; Thomas, 2007; Vostanis et al., 1997, 1998), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; Miller et al., 2009; Shields et al., 2004; E. Votta & Manion, 2003), en donde además el nivel socioeconómico determina la posibilidad de tener un hogar donde vivir y satisfacer las necesidades básicas, China (Liu, 2005), y Australia (S. Mallet et al., 2005; C. Martijn & Sharpe, 2006), en donde también constituyen factores de riesgo el consumo de drogas y alcohol por los cuidadores primarios, la violencia intrafamiliar y el abuso infantil y adolescente, incluyendo el sexual, son factores que conllevan a los pequeños a dejar el seno familiar. En Inglaterra (DIF, 2006), igualmente son factores de riesgo la situación socioeconómica, la falta de recursos para subsistir, la negligencia emocional, educativa y física, y el uso y abuso de sustancias.

En Rumania (Entrena, 2001, Nicholas, 2011), Alemania, Italia y Francia (DIF, 2006; UNESCO, 1951), India (Me. Mathur et al., 2009), Madagascar (Gössling et al., 2004), Nepal (Worthman & Panter-Brick, 2008), República Democrática del Congo, Etiopía, Egipto, Sudán, Gambia y Benín (Harvey, 2005), Camerún (Matchinda, 1999), Nigeria (Aderinto, 2000; Morakinyo & Odejide, 2003; Nwabah & Uko-aviomoh, 2006; Olley,

2006), Pakistán (Alia et al., 2004; Towe et al., 2009), Ruanda (Veale & Donà, 2003), Vietnam (Harvey, 2005), Austria y Grecia (UNESCO, 1951), España (Cepero, 2006; Diez, 1978; Gervilla et al., 2000; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; Martín-Barroso, 1984; E. Martínez, 1988; Melendro et al., 2000; Oliván, 2002; Ortín, 2003; M. Sánchez, 1999; Tarifa, 1994; Tarín & Navarro, 2006), Portugal, Holanda, Dinamarca, República Checa e Indonesia (DIF, 2006), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002; DIF, 2006), Sudáfrica (Harvey, 2005; J. Le Roux & Smith, 1998; Swart-Kruger & Richter, 1997), Uganda (Jacob et al., 2004; Thomas, 2007; L. Young, 2004), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Filipinas (T. Silva, 2002), Rusia (Aral, Lawrence, Dyatolov & Kozlov, 2005; Balachova et al., 2008; Entrena, 2001; C. Fujimura, 2005), Ucrania (Kerfoot et al., 2007), Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999; Harvey, 2005), y Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Senegal, Camerún y Sri Lanka (UNESCO, 1995), la situación económica precaria, las crisis económicas, el nivel educativo de los padres, la violencia intrafamiliar, el maltrato físico, incluido el sexual, y el psicológico, la negligencia emocional, educativa y física, las familias numerosas con un bajo nivel educativo, el alcoholismo o drogadicción de los padres y la desintegración familiar constituyen factores que conllevan a los infantes a abandonar sus hogares. Así mismo, ante la carencia de recursos para responder a las demandas familiares, los niños son obligados a trabajar para contribuir con la manutención de su hogar; tal y como ocurre en Uganda (Jacob et al., 2004), en donde se responsabiliza a los hermanos mayores del cuidado de los menores, Pakistán (Alia et al., 2004; Towe et al. 2009), Nigeria (Morakinyo & Odejide, 2003), Ruanda (Veale & Donà, 2003), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), España (Cepero, 2005; Gervilla et al., 2000; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; Ortín, 2003), Filipinas (T. Silva, 2002), y Sri Lanka (UNESCO, 1995). En Mongolia (Briller, 1997), las crisis económicas conducen a que proliferen menores y jóvenes en situación de calle.

En Uganda (Jacob et al., 2004), Irak (DIF, 2006; Harvey, 2005), Etiopía (Harvey, 2005), Ruanda, Lesotho y Vietnam (DIF, 2006), los conflictos armados constituyen otro factor que puede llevar a que los niños abandonen sus hogares debido al desplazamiento de poblaciones ocasionado por guerras y su consecuente falta de autoridad y caos.

Por otra lado, en España, también constituyen factores de riesgo el padecer trastornos mentales, al igual que en Estados Unidos (Caton et al., 2005; Hayes, 1989), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998; Flouri & Buchanan, 2004), y Alemania (Salkowa & Fichter, 2003), el tener algún problema de adicción (Cabrera et al., 2002; Oliván, 2002; Tarín & Navarro, 2006), situación que del mismo modo se observa en Australia (S. Mallet et al., 2005), y, por último, el que los cuidadores primarios tengan alguna enfermedad mental, se dediquen a la delincuencia, a la prostitución o estén en prisión (Oliván, 2002; Ortín, 2003; Tarín & Navarro, 2006). Igualmente, en Inglaterra (Flouri & Buchanan, 2004), son factores asociados el nivel socioeconómico de los padres o tutores.

En Estados Unidos, se ha observado que tanto el abuso físico, incluido el sexual, como el psicológico (Adams et al., 1985; Barry et al., 2002; Gwadz et al., 2009; Harvey, 2005; Herman, Susser, Struening & Link, 1997; R. Johnson et al., 2006; Kipke et al., 1997; Martínez-Brawley & Zorita, 2000; Molnar et al., 1998; Rachlis et al., 2009; Saewyc & Edinburgh, 2010; N. Slesnick & Prestopnik, 2005b; N. Slesnick et al., 2006; K. Tyler et al., 2000; K. Tyler et al., 2001; K. Tyler & Cauce, 2002; K. Tyler et al., 2004; L. Whitbeck & Simons, 1993), sobre todo en caucásicos (Hickler & Auerswald, 2009), la violencia, los conflictos y la desintegración familiares (Clements et al., 1997; Ennet et al., 1999; Maxwell, 1992; McCarthy & Thompson, 2010; C. Ringwalt et al., 1998; Rotheram-Borus, 1993; N. Slesnick, Bartle-Haring et al., 2008; S. Thompson et al., 2010; L. Whitbeck et al., 1997b), el alcoholismo y la drogadicción de los padres (Bassuk et al., 1997; Bearsley-Smith et al., 2008; R. Booth & Zhang, 1997; Hadland et al., 2009; Mounier & Andujo, 2003;

Ryan et al., 2007; J. Stein et al., 2002; S. Thompson et al., 2004), lo cual, a su vez, aumenta la probabilidad de presentar síntomas de estrés postraumático (S. Thompson et al., 2007), las familias monoparentales y reconstituidas (Masten et al., 1997; Hyde, 2005;), el divorcio de los tutores y que padezcan algún trastorno psiquiátrico (N. English & L. English, 1999; Skott-Myhre, Raby & Nikolaou, 2008), las relaciones familiares sin afecto y la negligencia física, emocional y educativa (Melander & K. Tyler, 2010; L. Rew & Horner, 2003; Ryan et al., 2000, P. Sullivan & Knutson, 2000; S. Thompson & Pillai, 2006; K. Tyler & Johnson, 2006a; K. Tyler et al., 2010; Wan-Ning et al., 2000; K. Yoder et al., 2001), el que los cuidadores primarios tengan o hayan tenido conflictos con la ley pudiendo haber permanecido durante un tiempo en prisión (Cauce et al., 2000; J. Chun & Springer, 2005b), el desempleo (Bass, 1994; Gillham et al., 1998; Koegel, Melamid & Burnam, 1995; Menke, 1998; Nebitt et al., 2007; Richards & Smith, 2007; Thomas, 2007), el fallecimiento de los padres (Busen & Engebretson, 2008; Merscham et al., 2009), y la situación socioeconómica (Brooks et al., 2004; J. Buckner & Bassuk, 1997; Derrickson & Gans, 1995; R. Grant, 1990; Hamm & Holden, 1999; Kidder et al., 2004; Meadows-Oliver, 2003; Walker-Dalhouse & Risko, 2008), sobre todo en afroamericanos, contribuyen a que los niños huyan de su hogar en busca de mejores condiciones de vida. Por ejemplo, el 60% de los jóvenes que residen en instituciones asistenciales ha sufrido abuso físico o sexual por parte sus padres y el 26% por otros miembros familiares. El 78% ha experimentado negligencia y un 29% de los padres tiene problemas de alcoholismo y/o drogadicción. De igual manera, en Estados Unidos (Chen et al., 2006; K. Johnson et al., 2005a; M. Kim et al., 2009), los jóvenes que reportan abuso previo a su salida a la calle rompen sus lazos familiares, sufren una mayor victimización en las calles, se involucran en conductas criminales, presentan síntomas depresivos y tienen una mayor probabilidad de ser detenidos por las autoridades. Inclusive se han observado diferencias conforme al grupo étnico de pertenencia. Para las minorías étnicas en Estados Unidos (p. ej.: afroamericanos, latinos, asiáticos, hindúes, árabes, etc.), la condición “sin hogar” está más relacionada a la falta de recursos y de oportunidades educativas, laborales, recreativas y de progreso, la carencia de un empleo estable y bien remunerado y a un nivel socioeconómico bajo. En contraste, para los individuos caucásico-europeos, el estatus de “persona sin hogar” va ligado al uso y abuso de sustancias, el padecimiento de trastornos mentales y el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico (North & Smith, 1994).

Aunado a lo anterior, la parentalidad temprana, el uso y abuso de sustancias en los niños y el que tengan conflictos con la ley, conduce al abandono del hogar por los mismos ante la imposibilidad de los cuidadores primarios de lidiar con estas circunstancias (Caton et al., 2005, Embry et al., 2000; Fowler et al., 2009; Hayes, 1989; Kurtz et al., 2000; Milburn et al., 2005; R. P. Sánchez et al., 2006; Starling, 2009). También, características propias de los jóvenes como el que padezcan trastornos mentales como la depresión, aumentan el riesgo de abandonar el nicho familiar (P. Rohde et al., 2001), al igual que el tener pensamientos suicidas (Bozer, 2011), y el usar estrategias de afrontamiento evasivas (R. Martínez, 2006).

Cabe destacar que la orientación sexual de los niños y adolescentes conlleva un mayor maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico por los progenitores y otros miembros de la familia. Adicionalmente, tienden a huir del hogar más veces por conflictos con su orientación sexual (Oliveira & Burke, 2009; L. Rew et al., 2001; L. Rew et al., 2002; L. Whitbeck et al., 2004). Esta situación se ha observado en otros países como Inglaterra (A. Moore, 2010).

En África (Harvey, 2005), se ha visto que la epidemia del SIDA ha contribuido a incrementar gradualmente el número de menores y jóvenes en situación de calle.

Además de existir problemas familiares y socioeconómicos, en algunos países se

ha observado, como en el caso de América Latina, que la escuela es un factor de expulsión puesto que presenta problemas graves de infraestructura y pedagógicos. Así mismo, no toma en cuenta las necesidades de estos menores, por lo que se produce un proceso de rechazo mutuo en la que el niño o niña y adolescente son catalogados como alumnos problema y, por ende, presentan ausentismo y reprobación escolares y desórdenes de la conducta; situación que se presenta, por ejemplo, en Rumania (Nicholas, 2011), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), España (Martín-Barroso, 1984; Melendro et al., 2000), Estados Unidos (Bozer, 2011; Caton et al., 2005; R. Martínez, 2006), Inglaterra (T. Craig & Hodson, 1998; Lawrenson, 1997), y China (Liu, 2005). Debido a ello, se reducen sus oportunidades educativas y la posibilidad de obtener un empleo bien remunerado dentro de la economía formal. Del mismo modo, son factores de riesgo la falta de apoyo gubernamental, el que la comunidad de origen no constituya una fuente de apoyo social sino de violencia e inseguridad, y la inexistencia de instituciones asistenciales apropiadas a los menores como se ha observado en Rumania (Nicholas, 2011), Uganda (Jacob et al., 2004), y Estados Unidos (Hill, 2002; L. Rew et al., 2000; L. Rew & Horner, 2003; Van-den-bree et al., 2009).

Por último, se ha visto que los infantes optan por vivir en la calle en busca de nuevas experiencias, independencia, libertad y aventuras en Uganda (Jacob et al., 2004), Madagascar (Gössling et al., 2004), Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Pakistán (Ali et al., 2004), Austria (UNESCO, 1951), España (E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; Martín-Barroso), India (DIF, 2006), Nepal (Worthman & Panter-Brick, 2008), Australia (S. Mallet et al., 2005), Sudáfrica (J. Le Roux & Smith, 1998), y Estados Unidos (Bozer, 2011; Hickler & Auerswald, 2009; Hyde, 2005; Karabanow et al., 2007; Martínez-Brawley & Zorita, 2000; L. Rew & Horner, 2003; S. Thompson et al., 2006; Viorst et al., 2009; L. Whitbeck & Simons, 1993), en donde a mayor edad, mayor la probabilidad de huir del hogar porque incrementa la renuencia a obedecer a los padres y el deseo de independencia y libertad al tener mayor confianza en habilidad y mejores recursos para cuidar de sí mismos física y económicamente (R. P. Sánchez et al., 2006), y por presión del grupo de pares y de miembros familiares como hermanos(as) en Namibia (J. Grundling & I. Grundling, 2005), Estados Unidos (R. Martínez, 2006), Uganda (L. Young, 2004), China (Liu, 2005), y España (Martín-Barroso, 1984), en donde se ha observado, aparte, que los menores abandonan sus hogares por seguir a un amigo(a) con tal de no dejarlo solo. Esta búsqueda de sensación de libertad incrementa la probabilidad de incurrir en la realización de conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias y la actividad sexual sin protección (L. Rew & Horner, 2003).

Como puede observarse (ver Cuadro 2), la violencia familiar en sus respectivas formas, abuso físico, psicológico, negligencia y maltrato, existe en todos los niveles de la sociedad. Empero, los niños y adolescentes que viven en condiciones de pobreza y de privaciones tanto emocionales como materiales, están en mayor riesgo de iniciar un proceso de callejerización como consecuencia de la falta de oportunidades en su ambiente circundante.

Nuevamente, como en el caso del perfil del menor y joven en situación de calle, hay grandes similitudes en los factores de riesgo entre América Latina y África ya que en ambas regiones destacan factores socioeconómicos, familiares y personales.

Finalmente, existen diferencias en cuanto a los factores que conducen a que la problemática prevalezca y crezca día con día. Por ejemplo, la economía y las leyes de protección de menores de comienzos del siglo XX en los países desarrollados han asegurado, al transcurrir los años, un mínimo de prevención y un sistema regulatorio de la vida familiar bastante eficaz. Como resultado, el fenómeno de los niños y adolescentes en situación de calle en los países desarrollados no es muy impactante como en América



Latina, Asia o África. Así mismo, los conflictos armados, las matanzas interétnicas y las guerras religiosas, son factores que propician la existencia de dicho grupo social predominantemente en las regiones de Europa, Asia y África. Tales factores no prevalecen en el continente americano.

Continente	Región	Países que comprende	Factores de Riesgo
<b>América</b>	América del Norte	Estados Unidos y Canadá.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, negligencia emocional, educativa y física, familias monoparentales y reconstituidas. Factores socioeconómicos: Desempleo y situación socioeconómica de la familia. Factores personales: Búsqueda de independencia y libertad. Orientación sexual de los menores.
	América Central	México, Guatemala, Belice, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Honduras y El Caribe.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, negligencia emocional, educativa y física, familias monoparentales y reconstituidas, familias numerosas. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad. Así mismo, la escuela tiene problemas de infraestructura y pedagógicos por lo que no es capaz de atender las demandas del menor.
	América del Sur	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú, Ecuador, Uruguay, Paraguay, Colombia, Venezuela, Guayana Francesa, Guyana, Surinam.	Factores familiares: Búsqueda de independencia, libertad y aventuras. Estar sin la autoridad familiar, escolar y de su comunidad. Presión del grupo de pares y de otros miembros de la familia (p. ej.: hermanos, primos, etc.).
<b>Asia</b>	Asia del Norte	Rusia	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad.
	Asia Central	China, Corea del Norte y del Sur, Japón, Mongolia, Taiwán, Tailandia, Kasajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia. Factores personales: Presión del grupo de pares y familiares.
	Asia del Sur	India, Irán, Irak, Maldivas, Afganistán, Bangladesh, Bután, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Vietnam, Birmania, Camboya, Indonesia, Brunei, Filipinas, Indonesia, Malasia, Laos, Timor Oriental, Singapur.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Negligencia emocional, física y educativa. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad. Conflictos armados. Factores personales: Búsqueda de independencia, libertad y aventuras. Estar sin la autoridad familiar, escolar y de su comunidad.

<b>África</b>	África del Norte	Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Túnez, Sahara Occidental.	
	África Central	Chad, República Democrática del Congo, Burundi, Ruanda, Angola, Camerún, Guinea Ecuatorial, República Centroafricana, Gabón, República del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Zambia, Kenia, Tanzania, Uganda, Yibuti, Eritrea, Etiopía, Somalia, Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Togo, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Negligencia emocional, física y educativa. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad. Conflictos armados. Factores personales: Presión por el grupo de pares y otros miembros de la familia (p. ej.: hermanos, primos, etc.).
	África del Sur	Angola, Botswana, Comoras, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mayotte, Mozambique, Namibia, Reunión, Santa Helena, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia, Zimbabwe.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Negligencia emocional, educativa y física. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad. Conflictos armados.
<b>Europa</b>	Europa Occidental	Portugal, España, Francia, Andorra, Italia, Irlanda, Islandia, Reino Unido, Noruega, Suecia, Finlandia, Austria, Alemania, Bélgica, Ciudad del Vaticano, Grecia, Países Bajos, Dinamarca, San Marino, Suecia, Suiza, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco.	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Negligencia emocional, física y educativa. En España, además, que los cuidadores primarios tengan algún trastorno mental, sean delincuentes, se prostituyan o estén en prisión. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia, menores obligados a trabajar, deserción escolar, violencia, inseguridad y ausencia de normas y límites claros en la comunidad. En España, adicionalmente, problemas de infraestructura y pedagógicos en la escuela. Factores personales: Búsqueda de independencia, libertad y aventuras. Estar sin la autoridad familiar, escolar y de su comunidad. En España también es un factor de riesgo el que el menor tenga un trastorno mental o un problema de adicción.
	Europa Oriental	República Checa, Eslovenia, Croacia, Bosnia y Herzegovina, Serbia, Albania, Rumania, Bulgaria, Ucrania, Estonia, Letonia, Lituania,	Factores familiares: Violencia intrafamiliar, maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico. Desintegración familiar, alcoholismo y drogadicción en cuidadores primarios, familias numerosas. Negligencia emocional, física y educativa. Factores socioeconómicos: Crisis económicas, nivel educativo de los cuidadores primarios, situación socioeconómica de la familia.

		Bielorrusia, Moldavia, Armenia, Georgia, Azerbaiján, Montenegro, Kosovo, Turquía.	
--	--	--	--

*Cuadro 2.* Cuadro comparativo de los posibles factores de riesgo del fenómeno del menor o joven en situación de calle de acuerdo con la literatura de investigación revisada. Aunque México forma parte de América del Norte, se ubicó dentro de la región de América Central dado que se buscó englobar de manera conjunta a los países latinoamericanos en donde la problemática en cuestión se manifiesta de manera similar. Así mismo, para cada región, a pesar de no estar mencionadas, se incluyeron sus respectivas dependencias e islas colindantes.

## Consecuencias

Conocer las consecuencias de esta problemática es necesario a la hora de plantear estrategias de intervención, dado que se obtiene información mediante la cual se puede hacer un análisis completo del individuo y las circunstancias que lo aquejan. De esta forma, los programas elaborados resultarán eficaces en la disminución gradual del fenómeno y en la promoción de la salud y, con ello, del bienestar e integridad de los menores y jóvenes en situación de calle. Adicionalmente, se tienen datos referentes a las posibles repercusiones de esta condición. Así, se identifican los posibles efectos que pueden presentarse en un individuo y su grupo sociocultural de pertenencia cuando no se atiende tal fenómeno y, además, dichos efectos se agravarán con el paso del tiempo incrementando la problemática y afectando a los contextos macrosocial y cultural.

La vida sin un hogar y los ambientes de riesgo en América Latina, contribuyen a la proliferación de una serie de problemáticas a nivel social, económico, político e individual como serían: la explotación laboral y sexual comercial, la drogadicción, la delincuencia, el analfabetismo, la pobreza y las políticas de “limpieza social”, entre otros (ver Figura 31).

### Explotación Laboral

Los niños y adolescentes han sido partícipes del proceso de trabajo en las distintas épocas históricas. No obstante, la legislación que prohíbe o reglamenta el trabajo infantil, no tiene una aplicación efectiva en la práctica. Son meras declaraciones de principios que se van adecuando a los lineamientos internacionales (Roze et al., 1999).

Tal como es concebido por la legislación internacional y el marco jurídico nacional, el trabajo infantil y adolescente es entendido como aquellas actividades que realizan los menores en el marco de la economía formal o informal para su propia subsistencia o para contribuir a la economía familiar al margen de la protección jurídica y social prevista en la ley. Cualquier trabajo que es física, mental, social o moralmente perjudicial o dañino para el infante e interfiere en su escolarización, privándole de la oportunidad de ir a la escuela, obligándole prematuramente a abandonar las aulas o exigiéndole que intente combinar la asistencia a la escuela con largas jornadas de trabajo pesado, sujeta a los menores a una condición de exclusión social donde tiende a ser mayor la vulnerabilidad ante la violencia, las drogas, el abuso sexual y la explotación (García-López, 2000; B. Gutiérrez, 1992; A. Hernández, 2005a; Llorens et al., 2005; Menín, 2003; ONU, 2006; Osvaldo, 2003; Pedraza & Ribero, 2006).

La explotación laboral se refiere a la asignación al menor con carácter obligatorio de la realización continuada de trabajos con el claro objetivo de beneficio económico que, además, interfieren en las necesidades del niño, deberían ser realizados por adultos y exceden el contexto cultural donde crece (Lebrero & Quicios, 2005; Picornell, 2006; Sadurní et al., 2003). Conlleva a que los niños vivan bajo condiciones infrahumanas, sin derechos a la educación y a un cuidado sanitario, y a que se conviertan en víctimas potenciales de abuso físico, incluyendo el sexual, y psicológico por sus empleadores y las

autoridades de los lugares en donde desempeñan su trabajo (H. Benítez, 2000; Calderón-Gómez, 2003; CANICA, 2006; CDHDF et al., 1996; COESNICA, 1992; Desarrollo Humano y Social, 2010; DIF, 2006; Domínguez et al., 2000; D. Fernández, 1995; Helander, 2008; Liebel & Martínez, 2009; Marinero, 2006; Ovidio-López, 1990; Thomas, 2007). Respecto a este punto, cabe resaltar que a mayor número de horas laborales, mayor será el riesgo de sufrir accidentes y lesiones (Pinzón-Rondón et al., 2009). En el caso de la niña, por su condición de mujer, se expone a una mayor discriminación y violencia porque, por ejemplo, el empleo doméstico lleva implicado niveles insólitos de servidumbre sin remuneración adecuada y de explotación física, emocional y sexual (OIT, 2000). De hecho, comúnmente el pago es la casa y la comida (Castro-Cavero, 2008; Cordera et al., 2008; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a, 1996b; UNESCO, 1995).

A pesar de que las normas internacionales prohíben el trabajo a menores de 15 años y que aquéllos con menos de 18 sean contratados sin poner en riesgo su integridad física y psicológica (Medina-Mora et al., 1997; Mendelievich, 1980; Palomas, 1999; UNICEF & DIF, 2004), se calcula que en la actualidad trabajan 250 millones de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 5-17 años (Godard, 2003; Post, 2003; UNICEF, 2007). En México, ocho de cada diez menores trabajan antes de los 14 años de edad (UNICEF & DIF, 1999). De los 250 millones, cerca de un 70% trabajan en situaciones o condiciones adversas en minas, con químicos y pesticidas en la agricultura o manejando maquinarias peligrosas, y alrededor de 73 millones tienen menos de 10 años. Empero, estas cifras no incluyen a quienes trataron de obtener algún ingreso en la calle. Adicionalmente, laboran entre 45-55 horas por semana limitando, así, sus posibilidades de permanecer en el sistema educativo. En América Latina, el número de niños que desempeña alguna actividad económica se encuentra en 17.4 millones, pero si se suman los que realizan tareas domésticas en sus hogares, esta cifra probablemente se duplicaría. En México, el trabajo infantil en el 2002 ascendió a cerca de 3.3 millones de personas que se distribuyen casi por igual entre la población infantil: dos terceras partes tienen entre 12-14 años y la otra tercera parte entre 6-11 años. Una cuarta parte de los infantes que realiza alguna clase de trabajo, sea este económico o doméstico, no asiste a la escuela. Aunado a lo anterior, la mayor proporción del trabajo económico infantil no obtiene remuneración. Como resultado, la aportación más significativa de los niños a sus respectivos hogares es en cantidad de trabajo y en menor cuantía en términos monetarios (INEGI, 2004).

La cantidad de menores que realizan un trabajo considerado como inaceptable es de 245.5 millones, de los cuales 178.9 millones desempeñan labores catalogadas en la categoría de peores formas de trabajo infantil, tal es el caso del trabajo peligroso (170.5 millones) y las formas incuestionablemente peores (8.4 millones) como el trabajo forzoso, la prostitución y el narcotráfico. El monto global de pequeños que sufren las formas incuestionablemente peores de trabajo se distribuyen así: 5.7 millones realizan trabajo forzoso o en condiciones de servidumbre, 1.8 millones están en la prostitución y la pornografía, 300 mil fueron reclutados de manera obligatoria para desempeñar una labor y 600 mil llevan a cabo otras actividades ilícitas. A nivel mundial, una de cada seis personas entre los 5-17 años de edad participa en la producción de bienes y la prestación de servicios destinados al mercado y de ellas, dos de cada tres son explotadas bajo alguna modalidad de las peores formas del trabajo infantil. Dos terceras partes de los pequeños ocupados en trabajos peligrosos no rebasan los 15 años, y la prostitución y la pornografía afectan sobre todo a las niñas. La región del mundo con mayor porcentaje de niños trabajadores es Asia y el Pacífico (61%), en segundo lugar aparece el África Subsahariana (23%), en tercer lugar América Latina y el Caribe (8%), en cuarto lugar Medio Oriente y África del Norte (6%) y por último, los países en transición (1%) y los países desarrollados (1%) (INEGI, 2004).

Como resultado de la labor infantil, diversos autores (Alor-Luna, 1999; H. Benítez,

2000; Espinosa-Yáñez, 1997; D. Fernández, 1995; Fletes, 1994; García-López, 2000; A. Gomes, 1997; Grima & Le Fur, 1999; B. Gutiérrez, 1992; Kongtip et al., 2006; Leñero, 1998; Lucchini, 1996; Mansilla, 1989; B. Marshall & Wood, 2009; Parker, 2002; Pinzón-Rondón et al., 2003; QUIERA et al., 1999; Rodríguez-Gabarrón, 1993; E. Taracena, 2002), señalan que el menor padece las siguientes repercusiones:

- ❖ Físicas.- La resistencia y fuerza muscular de un niño en pleno desarrollo son inferiores a las de un adulto. Como tal, el agotamiento es más rápido y conlleva a una serie de padecimientos físicos como serían las enfermedades de las vías respiratorias, la tuberculosis y afecciones de la piel; así como a sufrir accidentes de trabajo que lo dejan incapacitado de por vida. Estas enfermedades se manifiestan con mayor frecuencia cuando el menor realiza su actividad en las vías públicas por encontrarse constantemente expuesto a las inclemencias del tiempo, la contaminación y el tipo de materiales con los que trabaja.
- ❖ Psicológicas.- Va a desarrollar un proceso brusco de maduración anticipada. Presenta problemas de comportamiento y de personalidad porque sus necesidades propias a su crecimiento no son satisfechas.
- ❖ Sociales.- Como no pudo obtener una educación a nivel medio o profesional, verá limitadas sus posibilidades de progreso, tendrá una escasa o nula inclinación por el estudio y en la primera oportunidad los abandonará pasando a incrementar el subempleo. Comúnmente es relegado a los trabajos asalariados de nivel inferior con una remuneración que apenas le alcanza para su subsistencia. De igual manera, crece el sector informal de la economía (Oakley & Salazar, 1993).

Así mismo, los menores que trabajan en ambientes menos seguros consumen drogas con mayor frecuencia (Medina-Mora, 2000; UNICEF et al., 1999).

Por otra parte, las niñas que trabajan y estudian soportan una carga triple: los quehaceres domésticos, que no son tomados en cuenta debido a su carácter no monetario, las tareas escolares y el trabajo fuera del hogar, remunerado o no, que inevitablemente repercute de manera adversa en su rendimiento académico (Castellanos et al., 2006; Educación sin Fronteras, 2007; Guareschi et al., 2003; Montesinos & Pagano, 2010; Núñez, 1997; J. Pérez, 2003; Pojomovsky, 2008a, 2008b; Riquer-Fernández, 1998b; UNICEF, 2009a). En México, las niñas y adolescentes dedican por lo menos 20 horas a la semana para la realización de las labores domésticas (Children's Rights Network in México, 2005; Levinson et al., 2001). Adicionalmente, estas labores suelen usarse para enmascarar la explotación sexual comercial (Annan, 2001; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c). Aunado a lo anterior, habitualmente se ha visto que cuando las mujeres se dedican a los quehaceres del hogar no asisten a la escuela. Por ejemplo, en el 2000, cuatro de cada diez niñas reportaron como su principal actividad el quehacer doméstico y no estudiaban. Esto es problemático puesto que, de acuerdo con el Sistema Nacional Educativo, la educación básica se debe de complementar en la edad reglamentaria. Por tanto, a partir de los 15 años, los menores deberán terminarla en modalidades de educación para adultos que se apoya en la solidaridad social y no en la obligación del estado de proveer escuelas, equipamiento y maestros preparados (Robles-Vásquez, 2004)

Entonces, los efectos económicos y sociales del trabajo infantil son diversos, incidiendo desde el nivel microfamiliar hasta el nivel macroeconómico y social. A nivel microfamiliar en el corto plazo, incrementa el ingreso del hogar, a tal grado que en muchos países la aportación económica de los niños y adolescentes representa entre 20-25% de los ingresos de las familias más pobres. En el largo plazo, disminuye la formación de capital humano ya que muchos de los niños que laboran no asisten a la escuela, otros

la abandonan antes de concluir la educación básica y unos más no continúan estudiando. Por consiguiente, al llegar a la edad adulta sus oportunidades de progreso y empleo se restringen a labores poco calificadas y de bajos salarios contribuyendo, de esta manera, a reproducir los esquemas de organización familiar y las condiciones de pobreza. A nivel macroeconómico y social a corto plazo, aumenta la desigualdad en la distribución del ingreso haciendo más grande la brecha que separa a los pobres y a los ricos, y restringiendo las oportunidades para salir de la pobreza puesto que la escasa formación de recursos humanos y la baja acumulación de capital humano, en el largo plazo, inciden de manera negativa en el nivel educativo de la población, la productividad de la fuerza laboral y su competitividad (De Anda, 1992; Dimenstein, 1994; ONU y CEPAL, 2001; E. Ponce, 1987; Rausky, 2009; Riquer-Fernández, 1998a; Viorst et al., 2009). Además, en la esfera del mercado laboral, el trabajo infantil compite con la labor adulta en aquellos sectores que demandan mano de obra inexperta o poco calificada. En estos segmentos del mercado laboral, se insertan preponderantemente los niños, ejerciendo a la vez presión sobre los salarios y los niveles de desempleo adulto (Barr-Dinn, 1995; L. Calderón, 2003; Espínola et al., 1989; UNICEF y DIF, 1996).

Por ende, la pobreza, el desempleo familiar, las creencias respecto a los beneficios del trabajo infantil y adolescente, la falta de escuelas, la desigualdad socioeconómica, la discriminación y la ausencia de normas y leyes que regulen la labor infantil, han contribuido a la explotación laboral de los menores (Castro-Cavero, 2008; Pinzón-Rondón et al., 2009) (ver Figura 28).

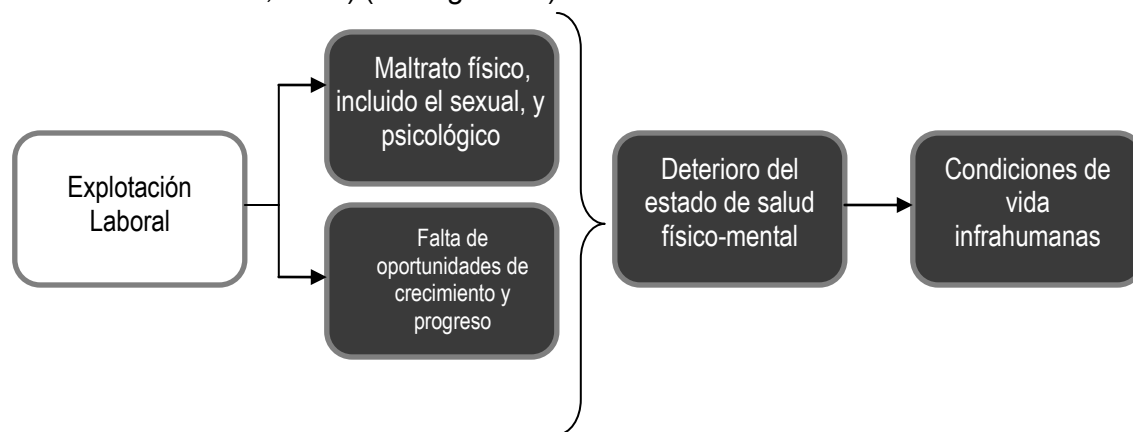


Figura 28. Resumen de las posibles consecuencias de la explotación laboral en Latinoamérica, como parte de la problemática de la población infanto-juvenil en situación de calle, conforme a la literatura de investigación revisada.

### Explotación Sexual Comercial

En las calles y ambientes de riesgo, las condiciones de pobreza, marginación y maltrato, la dependencia al consumo de alcohol y drogas, las malas compañías, el engaño y la existencia de grupos delictivos altamente organizados, provocan el ingreso de menores a prácticas ilícitas como el robo, el tráfico de drogas y la prostitución y pornografía infantiles (R. Castro, 2001; Castro-Cavero, 2008; CDHDF et al., 1996; Cordera et al., 2008; ECPAT Internacional et al., 2002; Estefanía, 2005; Forselledo, 2001; García-López, 2000; Jones, 2009; Helander, 2008; Oakley & Salazar, 1993; OIT, 2000; Ovidio-López, 1990; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c; QUIERA et al., 1999). Por consiguiente, el fenómeno del callejerismo es una fuente de la explotación sexual comercial que usualmente se relaciona con las redes del narcotráfico (Entrena, 2001).

La explotación sexual comercial constituye una actividad esencialmente

económica, de carácter comercial y mercantil que somete a niños, niñas y adolescentes al trabajo y al comercio de la industria del sexo en los ámbitos nacional e internacional (Calderón-Gómez, 2003; Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género [CEAMEG], 2009; EDNICA et al., 2010; Lebrero & Quicios, 2005; ONU, 2006). Se calcula que en el mundo existen alrededor de 10 millones de niños y adolescentes explotados sexualmente. Estos menores provienen de entornos familiares violentos y de contextos con precarias condiciones socioeconómicas. La mayoría de ellos están fuera del sistema educativo, con un nivel de instrucción de primaria incompleta y, aunque están afiliados a entidades promotoras de salud, la consulta médica y psicológica es casi nula (Camacho & Trujillo, 2009). De ahí que sus procesos de socialización desde la infancia, en estos entornos caracterizados además por situaciones de consumo de drogas, de conductas delictivas, incluso de prostitución, influyen en la construcción de su personalidad a partir de modelos de identificación propios de estos contextos y de la presión de los pares, que en el caso de los niños y adolescentes, adopta una tendencia hacia el incumplimiento de las normas. Estas circunstancias, sumadas a la falta de un acompañamiento adecuado en el proceso de educación de los hijos y a la ausencia de establecimiento de normas por los cuidadores primarios, se convierten a su vez, en la puerta de entrada hacia la explotación sexual comercial de menores de edad que incluye la prostitución, la producción y consumo de pornografía infantil, el turismo sexual y la venta y tráfico de menores y jóvenes. El abuso y el acoso sexual, formas éstas de maltrato infantil, se contemplan en la categoría no comercial de explotación (Macedo, 2003).

La prostitución es un servicio sexual que puede ser efectuado por hombres, homosexuales y mujeres a solicitud bien de hombres o mujeres. La prostitución infantil se define como la explotación sexual de una niña o niño a cambio de remuneración en especie o en efectivo más frecuentemente pero no exclusivamente. Es organizada por un intermediario que puede ser el padre o padrastro, un miembro de la familia, un proxeneta, un padrote o una matrona (Gomezjara et al., 1995). En República Dominicana, dos de cada tres niñas son víctimas de la prostitución. La pornografía infantil constituye toda representación por cualquier medio de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de los genitales de un niño con fines primordialmente sexuales. Estados Unidos es el mayor mercado para videos pornográficos con menores (Entrena, 2001).

Por último, la trata de personas se entiende como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (Fuentes, 2010; Helander, 2008). Constituye una de las actividades económicas ilícitas más extendidas a nivel internacional (Helander, 2008). Las principales rutas de tráfico sexual van desde México, Brasil y Honduras hasta Estados Unidos; y de Brasil, Colombia, República Dominicana y Ecuador a Europa Occidental (España, Francia y Bélgica) (Thomas, 2007; Vera et al., 2002). En México, los grupos más vulnerables al tráfico de personas lo constituyen las mujeres, las niñas, los niños y los adolescentes, y, entre éstos, la trata de niñas y mujeres tiende a tener un impacto más severo dadas las formas de explotación a las que están sometidas y cuyas consecuencias son traumatizantes y devastadoras para su integridad física y psicológica (CEAMEG, 2009). En el 2000, había 1.8 millones de niños y niñas atrapados en el comercio sexual (UNICEF, 2007, 2009a), y para el 2001 había 30 millones (Annan, 2001). Se calcula que en México, 16,000

adolescentes aproximadamente, en su gran mayoría niñas, son víctimas de este delito.

Aparte del trauma que produce la explotación sexual, los menores sobrevivientes a menudo dejan de asistir a la escuela y corren el riesgo de sufrir lesiones físicas y de contraer infecciones de transmisión sexual, como el VIH. De hecho, siete de cada diez padecen enfermedades venéreas (Macedo, 2003; M. Velázquez, 2001). En la Ciudad de México, de 121 niños en situación de calle que se han realizado la prueba del SIDA, el 7% dio positivo (Cepero, 2005; Pineda, 2009). Hoy en día, México ocupa el tercer lugar en América Latina, después de Brasil y Argentina, en casos de menores infectados con SIDA (Children's Rights Network in Mexico, 2005). Otra cuestión de suma importancia es que si las niñas o jóvenes-madres tienen SIDA y están embarazadas, existe una alta probabilidad de que el virus se transmita al feto (E. García, 1998). Como resultado de ello, incrementa el número de bebés, hijos de niños y adolescentes en situación de calle, infectados con SIDA.

Así mismo, la vida sexual precoz y activa conlleva a la procreación en esas mismas circunstancias. En consecuencia, no se tienen registros de nacimientos que hagan válida su existencia (Annan, 2001; Cussiánovich, 2005; DIF, 2006; Fait, 2008; Pierre, 1996; Rábago-González, 2009; UNICEF, 2006c). Como resultado, desaparecen de las estadísticas generales de educación, salud y mortalidad, y por eso "ya no existen". Esto conduce a que sean víctimas de todo tipo de abusos y violaciones de sus derechos, se desconozcan sus necesidades y, por lo tanto, su problemática. Si un menor no tiene un certificado de nacimiento es prácticamente invisible y corre el peligro de quedar al margen de sus derechos como ciudadano nacional y también de prestaciones estatales como educación, atención médica y otros sistemas de seguridad social. Actualmente nacen 48 millones de niños sin que se registre oficialmente su nacimiento. Esta cifra corresponde a uno de cada tres niños recién nacidos (Liebel & Martínez, 2009). En la Ciudad de México, cualquier programa público demanda documentos como acta de nacimiento, comprobante de domicilio, registro de seguridad social, constancia de estudios y credencial de elector para acceder a sus beneficios. Es así que la mayoría de las personas callejeras quedan en desventaja para obtener participación de ellos. Por consiguiente, la mayoría de las veces los menores en situación de calle no tienen una existencia social y jurídica (Marinero, 2006). Además, los que nacen en la calle o en condiciones de riesgo, siguen un círculo vicioso que pasa de padres a hijos originando generaciones de familias en riesgo de calle y de la calle (Almazán-Argumedo, 2009; Demetrio, 2006; E. Taracena, 2010). Por ende, la proliferación de bebés en la calle aumenta el problema de niños abandonados y/o descuidados rebasando, de esta forma, la capacidad del gobierno para responder a la situación.

Por otro lado, la maternidad temprana conduce a las niñas y adolescentes, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos, puesto que se reducen sus posibilidades de continuar con algún tipo de educación e insertarse en el mercado de trabajo, empleándose en labores con bajas remuneraciones, y sobre todo, aumenta el riesgo de la mortalidad materna e infantil (Capuzzi & Gross, 2008; De Rueda, 2007; Matus & Piña, 2001; PREVIO e INEGI, 1998).

La vida sexual de los menores en situación de calle conlleva una serie de repercusiones, como las mencionadas anteriormente, que interfieren con su adecuado desarrollo físico y mental perjudicando, así, su bienestar biopsicosocial (ver Figura 29).



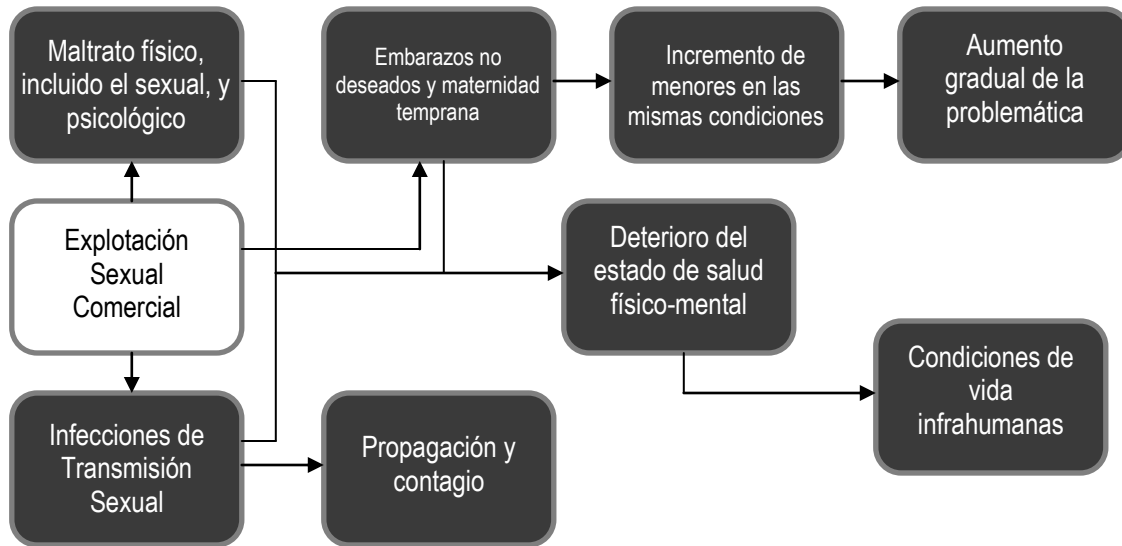


Figura 29. Resumen de las posibles consecuencias de la explotación sexual comercial en Latinoamérica, como parte de la problemática de la población infanto-juvenil en situación de calle, conforme a la literatura de investigación revisada.

## Problemas Sociales

### *Drogadicción y Alcoholismo*

Referente al uso y abuso de sustancias tóxicas, este consumo produce una serie de efectos fisiológicos (p. ej.: fatiga crónica, daños permanentes a órganos como el hígado, los pulmones, el cerebro o la médula espinal, pérdida de la memoria a corto y a largo plazo, pérdida de la audición o de la vista, etc.), y psicológicos (p. ej.: pérdida de contacto con la realidad, aumento de los niveles de agresividad, insomnio, ansiedad, pérdida de la autoestima, alucinaciones, falta de control, etc.), que conducen a la muerte temprana (Pojomovsky, 2008a, 2008b; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Y. Rodríguez & López, 2009; T. Rodríguez et al., 2007; Salter, 2003; Shein-Szydlo, Szydlo, Schwab-Stone & Ruchkin, 2005; Trinidad, 1998; UNICEF, 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2009a, 2009b; Volpi, 2002). Adicionalmente, en las niñas se alteran los procesos hormonales, y el flujo menstrual disminuye y se interrumpe temporal o permanentemente (A. Hernández, 2008). Así mismo, a mayor grado de arraigo en la calle, mayor es el consumo de droga y viceversa. Como tal, se dificulta su entrada a alguna institución por el grado de dependencia hacia alguna o varias drogas. De igual manera, el incremento en el consumo de droga se relaciona a un aumento en la incidencia de suicidios (Children's Rights Network in México, 2005). También, al estar bajo los efectos de la droga, es mayor la probabilidad de exponerse a abusos sexuales, sufrir y padecer la violencia de las autoridades, tener accidentes y lesiones (García-Ugarte, 1989, R. Gutiérrez & Vega, 1997, 1999, 2003; Oakley & Salazar, 1993), y realizar conductas de riesgo como el tener relaciones sexuales sin protección y compartir agujas para inyectarse droga (Castro-Cavero, 2008; D. Fernández, 1995; Jones, 2009; Walters, 1999), porque hacen al menor menos capaz de defenderse de los peligros del entorno bajo estado de intoxicación (UNICEF et al., 1999).

Por otra parte, al incrementar la adicción acrecenta la participación en el crimen organizado (Harvey, 2005), pues aumenta la prostitución, la violencia, el pandillerismo y la delincuencia y disminuye la participación en el mercado de trabajo (Áviles & Escarpit, 2001; Barr-Dinn, 1995; Capuzzi & Gross, 2008; Proyecto de Educación a Distancia,

1996c). Esto se debe a que los niños y jóvenes, al ser adictos a diversas sustancias, suelen ser más agresivos y violentos (Sauri-Suárez, 2009). En consecuencia, tienen problemas con las autoridades y pueden cometer más robos ante la necesidad de conseguir dinero para poder comprar drogas (Barr-Dinn, 1995; Entrena, 2001; García-Ugarte, 1989; Lucchini, 1996; Oakley & Salazar, 1993; QUIERA et al., 1999; Riquer-Fernández, 1998a). Por ejemplo, en la Ciudad de México, por el solo hecho de vivir en la calle, existe el peligro de ser aprehendido por las autoridades en un 69%. Porcentaje que aumenta en un 83% si además los menores consumen drogas. Dicho riesgo es superior para los varones que para las mujeres. Sin embargo, cuando éstas usan sustancias tóxicas, es mayor la probabilidad de que sean detenidas. El riesgo para los varones se acrecenta cinco veces si consumen estupefacientes y para las mujeres 16 (Medina-Mora, 2000).

Por consiguiente, la asistencia escolar, el inicio del uso posterior al comienzo de las actividades laborales, el trabajar en ambientes seguros y bajo condiciones humanas, el formar parte de un núcleo familiar estable (p. ej.: ambos progenitores presentes, comunicación, atención y cariño intrafamiliar, ausencia de violencia, etc.), el contacto más prolongado con la familia, así como el hecho de tener hermanos y/o amigos que no consuman drogas disminuye la probabilidad de consumir sustancias tóxicas (Medina-Mora, Ortiz, Caudillo & López, 1982; Medina-Mora & Ortiz-Castro, 1995; Montesinos & Pagano, 2010; Torres-de Carvalho et al., 2006). Todos estos constituyen factores que en otros países como Estados Unidos funcionan como protectores del uso y abuso de sustancias tóxicas (Bousman et al., 2005; Kauffman, 2005; K. Johnson et al., 2005b; S. Thompson et al., 2001), de la actividad sexual de riesgo (Tevendale et al., 2009), y del abandono del hogar (L. Edinburgh & Saewyc, 2009).

En resumen (ver Figura 30), el consumo de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, constituye un problema de salud pública y es una realidad innegable en la vida del menor o joven en situación de calle. Las consecuencias a mediano y largo plazo son numerosas, desde repercusiones al estado de salud física-mental del niño, deterioro de vínculos familiares, escolares, con su comunidad de origen (en caso de existir), laborales y con su grupo de pares, formación de bandas organizadas, desorden público, violencia, inseguridad social, presencia del narcotráfico hasta legales, corriendo el riesgo de caer en el tutelar de menores o inclusive en el reclusorio si sobrepasan la mayoría de edad (18 años).

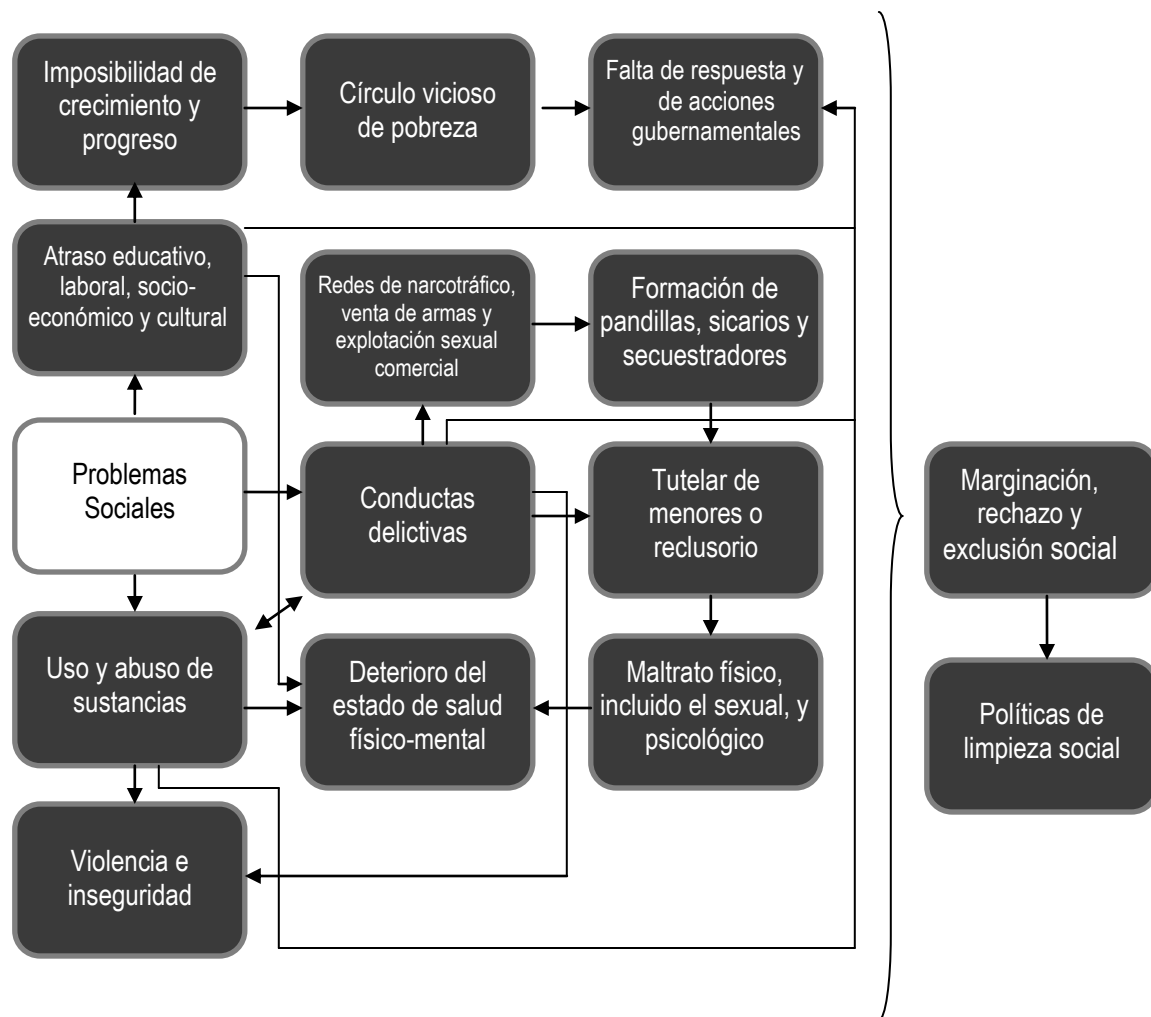


Figura 30. Resumen de las posibles consecuencias sociales en Latinoamérica, como parte de la población infanto-juvenil en situación de calle, conforme a la literatura de investigación revisada.

### Delincuencia

Como resultado del callejismo infantil y adolescente, las actividades delictivas, incluyendo el crimen organizado, incrementan (ver Figura 30), ya que los niños y jóvenes en situación de calle, por sus características y condiciones, pueden ser individuos influenciables, propicios para que mediante ellos otras personas ejecuten actos delictivos. Su propia vulnerabilidad permite que aquéllos que tienen pleno conocimiento de los actos y consecuencias delictivas (y por ende imputables), los utilicen para llevar a cabo tales actos dada la calidad de inimputable que poseen los menores de edad dentro del marco legal. Es decir, no son sujetos de ley penal porque no pueden comprender la significación moral y social de sus hechos puesto que no poseen la capacidad para responder por ellos (Calderón-Gómez, 2003; Dimenstein, 1994; Entrena, 2001; Eroles et al., 2001; Fletes, 1999; García-López, 2000; Grima & Le Fur, 1999; K. Lalor, 1999; Ortín, 2003; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Spencer, 2002). Debido a su condición de inimputabilidad, son usados para diversos propósitos que reditúan en jugosas ganancias: la explotación sexual comercial (desde pornografía, abuso sexual, prostitución y traslado ilegal con fines sexuales), el transporte de drogas, la venta de órganos y la explotación laboral (Sauri-Suárez, 2009).

Por otro lado, la delincuencia se presenta como un producto derivado de la pobreza y el abandono familiar, pues los niños roban para poder sobrevivir (Alor-Luna,

1999; Castro-Cavero, 2008; Cordera et al., 2008; Educación sin Fronteras, 2007; D. Fernández, 1995; Kudrati et al., 2008; Mansilla, 1989; Medina-Mora, 1995; Oakley & Salazar, 1993; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Spencer, 2002). Así mismo, el abandono físico y emocional constituye un factor que conduce a que proliferen la delincuencia infantil (Palacios & Cándido, 2002). Al igual que la presencia de otros menores y adultos que los lleven a pertenecer a pandillas que cometen actividades ilícitas (Espinosa-Yáñez, 1997).

Por consiguiente, es importante mencionar que el involucramiento en actos delictivos no sólo dificulta los intentos de las instituciones asistenciales de ofrecerles otra alternativa de vida debido a las ganancias que obtienen y al alto grado de adicción en el que se encuentran (Mondragón, 2005), sino también conduce al rechazo social hacia este grupo y a conflictos con la ley (R. Gutiérrez, Vega & Pérez, 1993; Jones, 2009; Lucchini, 1996; Ovidio-López, 1990; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; UNICEF & DIF, 1999), y a que sean recluidos en el tutelar de menores o reclusorio dependiendo de la edad que tengan (García-Ugarte, 1989; QUIERA et al., 1999).

### *Analfabetismo y Pobreza*

El desequilibrio de la distribución de los recursos existentes en una sociedad genera pobreza. Situación que conduce a que las familias campestres migren a las ciudades en busca de mejores alternativas económicas para la subsistencia. Empero, las ciudades son incapaces de atender las demandas de salud, recreación, educación, vivienda y empleo de dicha población (L. Calderón, 2003; García-López, 2000; Mansilla, 1989; Medina & Velázquez, 1992; Medina-Mora et al., 1997; Oakley & Salazar, 1993; ONU & CEPAL, 2001; Ovidio-López, 1990; UNICEF & DIF, 1996). Por tanto, como una alternativa para su subsistencia, estas familias recurren al trabajo por todos sus miembros. No obstante, la ley prohíbe emplear a menores. En consecuencia, éstos se subemplean o autoemplean (p. ej.: ayudantes de albañil, cerillos, etc.) trabajando en el único espacio que les es posible: la calle que ofrece pocas alternativas económicas para la subsistencia puesto que las labores son extenuantes, de largas jornadas y poco remuneradas. Aunado a lo anterior, como las jornadas laborales ocupan casi todo el día, eventualmente los infantes y jóvenes terminan por desertar la escuela y dedicarse exclusivamente a la obtención de ingresos incrementando, así, el rezago educativo; que a su vez conlleva a un aumento en el porcentaje de analfabetas. Por ejemplo, en el Distrito Federal, la población juvenil de 15-29 años de edad que no sabe leer ni escribir, es de 16,428 personas (Escuela para promotoras y promotores juveniles, 2009). En consecuencia, se perpetúa una vida de miseria y abandono (Alor-Luna, 1999; INEGI, 2004). Tales factores contribuyen al atraso económico, social y cultural de la sociedad (Proyecto de Educación a Distancia, 1996c).

Por otro lado, como consecuencia de la explotación sexual comercial, del consumo de sustancias tóxicas y de la realización de actividades ilícitas, se prolonga una vida de miseria y pobreza que conduce a que los menores y jóvenes en situación de calle vivan bajo condiciones infrahumanas sin posibilidades de mejorar su calidad de vida. A su vez, la carencia de un nivel educativo adecuado y de suficientes recursos hace que los niños y adolescentes en situación de calle sean víctimas potenciales de la explotación laboral y de diversas actividades ilícitas como serían la prostitución, la pornografía y la trata de personas (dentro de la explotación sexual comercial), el consumo y venta de estupefacientes y el crimen organizado dado que son medios que les facilitan aparentemente la obtención de suficiente capital para su subsistencia. En resumen (ver Figura 30), el analfabetismo y la pobreza son factores que pueden estar asociados al incremento en la realización de actividades que ponen en riesgo la integridad físico-psicológica del menor o joven en situación de calle y, además, son una posible consecuencia de las condiciones en las que dicho grupo social se desenvuelve.

Finalmente, una importante consecuencia del fenómeno en cuestión y de creciente preocupación, lo constituye el rechazo que sufren los niños y adolescentes en situación de calle por la sociedad y de las autoridades debido a que puede llegar a los extremos (ver Figura 30). El menor o joven en situación de calle representa la pobreza y la desigualdad que muchos quieren negar: algunos ignoran el problema o se convierten en cómplices silenciosos de la invisibilidad, otros responden a la carga moral con una moneda o una sonrisa. La presencia de niños que viven en la calle se convierte en sinónimo de lo ilegal, la anomia, lo insano, lo sucio y lo violento. Quienes se sienten más agredidos utilizan la fuerza para desaparecerlos (Castro-Cavero, 2008; De Rueda, 2007; Grima & Le Fur, 1999; Narváez-Aguilera, 2009; Sauri-Suárez, 2006; Scanlon et al., 1998), y la sociedad, por miedo y discriminación, justifica tales acciones (Demetrio, 2006). En consecuencia, surgen grupos parapoliciales pagados por la iniciativa privada para exterminar a este grupo social con la justificación de que son considerados los sectores sociales desechables y los asesinan dondequiera que los encuentran (H. Benítez, 2000; CDHDF et al., 1996; Cordera et al., 2008; Espínola et al., 1989; B. Harris, 2002; K. Lalor, 1999; Leñero, 1998; Lucchini, 1996; Mansilla, 1989; Pineda, 2009; Rodríguez-Gabarrón, 1993; T. Sullivan, 2002; Thomas, 2007). Por lo menos el 10% de los niños y adolescentes en situación de calle de entre 5-17 años de edad de América Latina, ha atravesado por estas circunstancias (ONU, 2006). Por ejemplo, en Brasil, se conformaron los “Escuadrones de Muerte” que se encargaban de exterminar a los menores en situación de calle (Barr-Dinn, 1995; Cordera et al., 2008; Csillag, 1996; Dimenstein, 1994; Entrena, 2001). En México es común que los encarcelen para reprimirlos y desaparecerlos y que los detengan sin causa aparente y los extorsionen (DIF, 2006; R. Gutiérrez & Vega, 1992, 1994, 2009; QUIERA et al., 1999; Roze et al., 1999; UNICEF & DIF, 1996, 1999); situación que también se ha presentado en otros lugares como Brasil (Demetrio, 2006). Adicionalmente, son perseguidos con armas de fuego por judiciales (Barragán-Rodríguez, 2010; J. Calderón, 2003; Sauri-Suárez, 2009). De acuerdo con varios autores (Áviles & Escarpit, 2001, P. Murrieta, 2008), mientras un grupo de niños dormían dentro de una coladera, un grupo de personas no identificadas echó gasolina dentro de la coladera y le prendió fuego. Los menores no pudieron salir y murieron calcinados. Otro ejemplo de la “limpieza social”, fueron las acciones que se emprendieron con motivo de la visita del Papa Juan Pablo II al centro histórico en el mes de julio del 2003, retirando a más de 200 niños, niñas y jóvenes por toda la ruta del Pontífice. Lo lamentable del caso es que fue la propia jerarquía católica quien solicitó al gobierno local el retiro de estos grupos (Children’s Rights Network in México, 2005; Liebel & Martínez, 2009). En los últimos años, los programas y acciones del gobierno de la Ciudad de México dirigidos hacia la población en situación de calle, han tenido un perfil más represivo que preventivo y de protección. Estas políticas públicas parecen haber puesto en la mira a aquellos grupos de excluidos que, según la perspectiva de las autoridades, ponen en riesgo el espacio público porque lo hacen ver feo y lo vuelven peligroso. Mediante la idea de tolerancia cero y de los cambios jurídicos en el sistema penal de impartición de justicia para menores y jóvenes, la intervención pública se ha enfocado en expulsar a este grupo social de los espacios que ocupan la ciudad. En el caso del acceso a la justicia, se encontró que en la población joven que está en situación de calle casi la mitad ha sido víctima de un delito como son el robo y asalto, golpes, abuso sexual y abuso de autoridades. La mayoría son detenidos por drogarse, robar y por trabajar en la calle. El arresto puede ser de horas (legalmente) y puede prolongarse por meses (ilegalmente). En algunos casos, llega a años y sin el juicio correspondiente para dictaminar sentencia (Méndez, 2003). Como efecto de estas políticas (operativos de desalojo, remisión al Ministerio Público de jóvenes en situación de calle sospechosos, penalización por consumo de droga en vía pública entre otros ejemplos) resulta peligroso andar en grupo. Ello conduce a que la población en situación

de calle sea invisible y difícil de detectar (EDNICA et al., 2010). Otros ejemplos de grupos de exterminio también han sido reportados en contextos como el argentino (DIF, 2006; Vélis, 1995), el nicaragüense (Calderón-Gómez, 2003; Oakley & Salazar, 1993), el boliviano (Trinidad, 1998), el colombiano (Harvey, 2005; Helander, 2008; Llorens et al., 2005; Matus & Piña, 2001), en donde existe la organización “MAG” (Muerte a los Gamines) (Contreras, 1995), y fueron asesinados 2,800 niños en 1991 (Entrena, 2001; Pierre, 1996), el hondureño, el guatemalteco, en donde las agresiones a niños en situación de calle fueron realizadas en un 38.77% por la Policía Nacional, un 25.26% por gente desconocida y un 24.48% por personas civiles que conocían a los menores en situación de calle, el salvadoreño (Cordera et al., 2008; J. Pérez, 2003), el haitiano y el peruano (Alor-Luna, 1999; Matus & Piña, 2001; Núñez, 1997). Por lo tanto, no se trata de erradicar la presencia de la población en situación de calle quitándolos de la vista de la población, sino de ofrecerles una mejor alternativa de vida.

En consecuencia, el fenómeno del menor o joven en situación de calle tiene implicaciones ecológicas (comprende el contexto en el que se desenvuelve), políticas (p. ej.: atención a poblaciones vulnerables e implementación de leyes para ello), sociológicas (p. ej.: características sociodemográficas, pobreza, crisis económicas y desempleo), fisiológicas (p.ej: enfermedades físicas y de transmisión sexual), y psicológicas (p. ej.: salud mental y características psicosociales), complejas e interrelacionadas entre sí que se distribuyen a lo largo de los contextos ambientales a considerar para la formulación clínica y la elaboración efectiva de tratamientos según el Modelo Cognitivo-Conductual. Adicionalmente, tales repercusiones indican las posibilidades reales de inducir cambios y obtener mejorías, los niveles de estrés a los que está sometida la población objetivo, el padecimiento de un sinnúmero de problemas emocionales y sociales como efecto de las mismas, y la influencia que ejercen en la conducta tanto individual como grupal. A pesar de ello, aún no se tienen antecedentes teóricos confiables que permitan conocer de manera integrada la dimensión del problema y cómo ha crecido a lo largo de los años. Por ejemplo, en cuanto a los datos del niño se refiere, la literatura de investigación muestra incluso contradicción en las cifras dependiendo de la institución a la que se recurra. En caso de ser de origen gubernamental, éstas suelen ser mucho más reducidas que las organizaciones de asistencia privada (S. Ortiz, 1997).

Por consiguiente, se hace imprescindible informar sobre la situación de la problemática con el fin de que la sociedad conozca las causas reales de la elección de la calle y tenga elementos para tomar las acciones más adecuadas para poder apoyarles eficazmente, ayudándoles, de esta manera, a mejorar su calidad de vida y contribuyendo a disminuir gradualmente la problemática.

En la Figura 31 se puede ver un resumen de las posibles consecuencias del fenómeno bajo estudio.

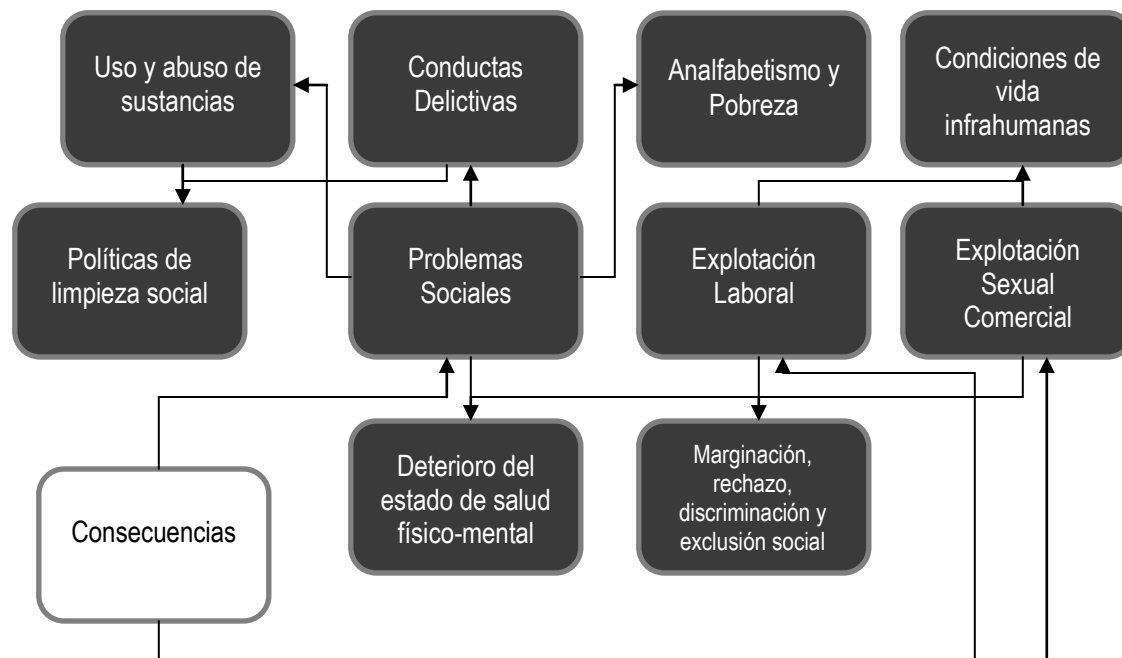


Figura 31. Resumen de las posibles consecuencias de la problemática de la población infanto-juvenil en situación de calle en Latinoamérica, conforme a la literatura de investigación revisada.

### A Nivel Mundial

La problemática de la infancia y juventud en situación de calle conlleva una serie de repercusiones a nivel social, político, económico e individual que son compartidas por distintos lugares alrededor del mundo (Kellet & Moore, 2003) (ver Cuadro 2).

En Sudán (Kudrati et al., 2008), Pakistán (Towe et al., 2009), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Estados Unidos (C. Auerswald & Eyre, 2002; R. Booth et al., 1999; Carlson et al., 2006; Desai & Rosenheck, 2004; Ennet et al., 1999; J. Ensign & Gittelsohn, 1998; J. Greene & Ringwalt, 2008; Klein et al., 2000; B. Marshall et al., 2010; Pfeifer & Oliver, 1997; E. Rice et al., 2010; E. Roy et al., 2009), y Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; Frappier, Paradis & E. Roy, 2007; Shields et al., 2004; E. Votta & Manion, 2003), el fenómeno del callejerismo conduce a que proliferen la transmisión y contagio de enfermedades venéreas como el VIH/SIDA.

Igualmente, los menores y jóvenes en situación de calle son víctimas potenciales de la explotación laboral en Myanmar, China y Bangladesh (Harvey, 2005), Uganda (Jacob et al., 2004), Rumania (Nicholas, 2011), Albania (Gjermania et al., 2007), España (E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005), Vietnam (Entrena, 2001; Harvey, 2005), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002; Entrena, 2001), país que tiene uno de los índices más elevados a nivel internacional de explotación laboral de menores y mujeres, India (Harvey, 2005; Me. Mathur et al., 2009; Saini & Vakil, 2002), Filipinas e Irak (DIF, 2006); y sexual en Rumania (Nicholas, 2011), Inglaterra (A. Moore, 2010), Pakistán (Towe et al., 2009), Nigeria (Olley, 2006), Sudáfrica (Swart-Kruger & Richter, 1997), Uganda (Jacob et al., 2004), Estados Unidos (C. Auerswald et al., 2006; Clements et al., 1997; Hyde, 2005; Molnar et al., 1998; Saewyc & Edinburgh, 2010; Stewart et al., 2004; S. Thompson et al., 2010; Viorst et al., 2009), Filipinas (T. Silva, 2002), Albania (Gjermania et al., 2007), España (E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005), Vietnam (Entrena, 2001), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Burundi, Kenia, Nepal, Portugal, Alemania y Dinamarca (DIF, 2006), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002), e India (Me. Mathur et al., 2009).

Globalmente también es común que sean víctimas de la trata de personas. Por ejemplo, en Benín (Harvey, 2005), aproximadamente 50, 000 menores en situación de calle son traficados a otros países en donde terminan vendiendo diversos bienes en la calle.

Del mismo modo, los niños y adolescentes en situación de calle se convierten en un problema público puesto que aumenta la delincuencia, el narcotráfico y el vandalismo; situación que se ha presentado en Kenia (DIF, 2006; K. Lalor, 2004), Egipto (Harvey, 2005), Uganda (Jacob et al., 2004), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Rumania (Nicholas, 2011), Tailandia (Cheunwattana & Meksawat, 2002), Camerún (Matchinda, 1999), Nigeria (Aderinto, 2000; Morakinyo & Odejide, 2003; Olley, 2006), Canadá (Dachner & Tarasuk, 2002; E. Votta & Manion, 2003), España (Cepero, 2005, 2006; Diez, 1978; Gervilla et al., 2000; E. González, 1996; E. Martínez, 1988, Melendro et al., 2000), Ruanda, República Checa, Inglaterra, Dinamarca, Irak, Indonesia y Portugal (DIF, 2006), Rusia (C. Fujimura, 2002, 2005), Tanzania (K. Lalor, 2004), y Estados Unidos (Barry et al., 2002; Bass, 1994; Clements et al., 1997; C. De Rosa et al., 1999; J. Milby et al., 2010; K. Tyler & Johnson, 2006a; K. Tyler & Beal, 2010; Viorst et al., 2009; Walters, 1999). Aunado a lo anterior, tienden a formar pandillas que se dedican a delinquir (Anooshian, 2003; Bozer, 2011; Crane et al., 2000; Geenen, 2009; Kipke et al., 1997; R. Martínez, 2006; Rose, 2009; N. Slesnick, Bartle-Haring et al., 2008; E. Votta & Manion, 2003). Como resultado de sus conductas delictivas, tienden a ser llevados al tutelar de menores si no cumplen la mayoría de edad o en caso contrario al reclusorio (Braze, 2011; J. Chun & Springer, 2005b; Maxwell, 1992; Merscham et al., 2009; Shankar-Brown, 2008; Slesnick et al., 2007; Stinton, 2007). De hecho, en Estados Unidos (Chen et al., 2006; Gwadz et al., 2009; Hickler & Auerswald, 2009; Rotheram-Borus et al., 2009; Sanders et al., 2009), el 76.3% ha tenido problemas con la policía y un 58.8% ha estado en prisión siendo más común el encarcelamiento en hombres que en mujeres.

Por otra parte, aumenta el atraso cultural y educativo de los países ya que al no adquirir una educación básica o la necesaria para obtener mejores condiciones de vida, perpetúan el ciclo de pobreza en el cual están inmiscuidos. Esta circunstancia se ha observado en Estados Unidos (Bearsley-Smith et al., 2008), y Rumania (Nicholas, 2011).

Sus condiciones de vida hacen que sean propensos a una muerte temprana en países como Inglaterra en donde la tasa de mortandad es dos veces mayor que en el resto de la población (Shaw & Dorling, 1998).

La reacción de la sociedad respecto de dicho grupo social prevalece a nivel mundial: es una sociedad estigmatizante, discriminadora y que busca marginarlos privándolos, así, de sus derechos y de las posibilidades de tener una mejor vida.

Por último, también se ha observado que en distintas regiones del mundo como Gambia (Harvey, 2005), Uganda (Jacob et al., 2004), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Rumania (Nicholas, 2011), Pakistán (Alia et al., 2004, Towe et al., 2009), Sudáfrica (J. Le Roux & Smith, 1998; Swart-Kruger & Richter, 1997), Nigeria (Olley, 2006), España (Cepero, 2005, 2006; Diez, 1978; Gervilla et al., 2000; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005; E. Martínez, 1988), Inglaterra (The Lancet, 2005), India (DIF, 2006; UNESCO, 1995), Alemania, Filipinas, Kenia y Lesotho (DIF, 2006), Estados Unidos (Abdalian, 2004; Boris et al., 2002; Cauce et al., 2000; Coker et al., 2009; Folson et al., 2005; Karabanow et al., 2007; Meade & Slesnick, 2002; L. Rew & Horner, 2003; E. Rice et al., 2005; M. Taylor-Seehafer et al., 2007; L. Whitbeck & Simons, 1993; L. Whitbeck et al., 1997a), y Canadá (DeMatteo et al., 1999; S. Hwang et al., 2010; E. Votta & Manion, 2003), son propensos a la violencia física y psicológica, y al abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, policías y otras personas que residen en la calle, inclusive dentro



de su mismo grupo de pares. Por ejemplo, en Estados Unidos (Busen & Engebretson, 2008; R. Johnson, Rew & Sternglanz, 2006; N. Slesnick et al., 2006; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; K. Tyler et al., 2003; K. Tyler & Beal, 2010; L. Whitbeck et al., 2000; L. Whitbeck et al., 2007), es usual que los varones padezcan mayor violencia física que las mujeres y que éstas sufran una mayor violencia sexual. Aunado a lo anterior, en la República Democrática del Congo (Geenen, 2009), se han implementado políticas de limpieza social como se ha suscitado en América Latina.

Finalmente, como en los apartados anteriores (ver apartados de Perfil, Conductas de Riesgo, Factores de Riesgo y Consecuencias, Capítulo I: Menores y jóvenes en situación de calle), las mayores semejanzas se observan entre América Latina y África dado que las consecuencias del fenómeno del menor o joven en situación de calle son equivalentes en ambas regiones.

En resumen (ver Cuadro 3), puede notarse que el fenómeno del callejerismo infantil-adolescente a nivel mundial conlleva una serie de repercusiones paralelas a las observadas en América Latina. En la mayoría de los países denotados como en vías de crecimiento y algunos de los clasificados como desarrollados (p. ej.: Estados Unidos, Alemania, Inglaterra, Dinamarca y Canadá), resaltan como consecuencias la explotación laboral y sexual comercial, el incremento en las actividades delictivas como parte de las redes del crimen organizado y el narcotráfico, el rechazo y exclusión sociales al ser un grupo sociocultural que atenta contra el orden, la seguridad y las normas establecidos, la violencia de la que son víctimas por las autoridades y la sociedad en general, y el contagio y propagación de infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Continente	Región	Países que comprende	Consecuencias
<b>América</b>	América del Norte	Estados Unidos y Canadá.	Propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual. Explotación sexual comercial. Delincuencia y narcotráfico. Formación de pandillas. Violencia, abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, la policía y otras personas en la calle, e inclusive dentro de su mismo grupo de pares. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana.
	América Central	México, Guatemala, Belice, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Honduras y El Caribe.	Propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual. Explotación laboral y sexual comercial. Analfabetismo y pobreza. Delincuencia. Drogadicción y narcotráfico. Políticas de limpieza social. Formación de pandillas. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana.
	América del Sur	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú, Ecuador, Uruguay, Paraguay, Colombia, Venezuela, Guayana Francesa, Guyana, Surinam.	
	Asia del	Rusia	Formación de pandillas. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales.

<b>Asia</b>	Norte		Muerte temprana.
	Asia Central	China, Corea del Norte y del Sur, Japón, Mongolia, Taiwán, Tailandia, Kasajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.	Formación de pandillas. Explotación laboral y sexual comercial. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana. Delincuencia y narcotráfico.
	Asia del Sur	India, Irán, Irak, Maldivas, Afganistán, Bangladesh, Bután, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Vietnam, Birmania, Camboya, Indonesia, Brunei, Filipinas, Indonesia, Malasia, Laos, Timor Oriental, Singapur.	Formación de pandillas. Propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual. Explotación laboral y sexual comercial. Violencia, abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, la policía y otras personas en la calle, e inclusive dentro de su mismo grupo de pares. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana. Delincuencia y narcotráfico.
<b>África</b>	África del Norte	Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Túnez, Sahara Occidental.	Formación de pandillas. Propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana.
	África Central	Chad, República Democrática del Congo, Burundi, Ruanda, Angola, Camerún, Guinea Ecuatorial, República Centroafricana, Gabón, República del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Zambia, Kenia, Tanzania, Uganda, Yibuti, Eritrea, Etiopía, Somalia, Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Togo, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona.	Explotación sexual comercial. Delincuencia y narcotráfico; formación de pandillas. Violencia, abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, la policía y otras personas en la calle, e inclusive dentro de su mismo grupo de pares. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana.
	África del Sur	Angola, Botswana, Comoras, Lesotho, Madagascar,	Propagación y contagio de infecciones de transmisión sexual. Explotación sexual comercial. Formación de pandillas. Violencia, abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, la policía y otras personas en la calle, e inclusive dentro de su mismo grupo de

		Malawi, Mauricio, Mayotte, Mozambique, Namibia, Reunión, Santa Helena, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia, Zimbabwe.	pares. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales Muerte temprana.
<b>Europa</b>	Europa Occidental	Portugal, España, Francia, Andorra, Italia, Irlanda, Islandia, Reino Unido, Noruega, Suecia, Finlandia, Austria, Alemania, Bélgica, Ciudad del Vaticano, Grecia, Países Bajos, Dinamarca, San Marino, Suecia, Suiza, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco.	Explotación laboral y sexual comercial. Delincuencia y narcotráfico. Formación de pandillas. Violencia, abuso y acoso sexual de adultos, empleadores, la policía y otras personas en la calle, e inclusive dentro de su mismo grupo de pares. Muerte temprana. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana.
	Europa Oriental	República Checa, Eslovenia, Croacia, Bosnia y Herzegovina, Serbia, Albania, Rumania, Bulgaria, Ucrania, Estonia, Letonia, Lituania, Bielorrusia, Moldavia, Armenia, Georgia, Azerbaiyán, Montenegro, Kosovo, Turquía.	Explotación laboral y sexual comercial. Formación de pandillas. Rechazo, exclusión, marginación y discriminación sociales. Muerte temprana. Delincuencia y narcotráfico.

*Cuadro 3.* Cuadro comparativo de las posibles consecuencias del fenómeno del menor o joven en situación de calle de acuerdo con la literatura de investigación revisada. Aunque México forma parte de América del Norte, se ubicó dentro de la región de América Central dado que se buscó englobar de manera conjunta a los países latinoamericanos en donde la problemática en cuestión se manifiesta de manera similar. Así mismo, para cada región, a pesar de no estar mencionadas, se incluyeron sus respectivas dependencias e islas colindantes.

## Intervenciones

Como parte de la labor con población en situación de calle, se proponen e implementan estrategias de intervención dirigidas a mejorar la calidad y satisfacción que dicho grupo social tiene con la vida. No obstante, a nivel mundial resalta el hecho de que hay pocos tratamientos para atender a menores y jóvenes en situación de calle. Ello puede deberse a que al ser un colectivo de difícil acceso y en constante movimiento, no se ha obtenido información sistematizada lo suficientemente confiable y válida que proporcione un panorama general de la magnitud y dimensiones del fenómeno a partir de lo cual se propongan estrategias efectivas de terapia. Igualmente, las investigaciones realizadas han partido de diferentes concepciones y metodologías dificultando, por ende,

la obtención de datos que conduzcan a crear intervenciones acordes a las características de tal población. De igual manera, los estudios hechos se han centrado en aspectos de corte legal, epidemiológico y social dejando de un lado el aspecto psicosocial, es decir, la promoción y mantenimiento de la salud y del bienestar biopsicosocial. La realidad es más alarmante en el caso de las mujeres en situación de calle pues no sólo hay pocos estudios que proporcionen un panorama general de su problemática, sino que además los programas de atención dirigidos a ellas son prácticamente inexistentes. Consecuentemente, en el presente apartado se hablará brevemente de las pocas intervenciones que se han elaborado mundialmente tanto en varones como en mujeres en situación de calle (ver Tabla 5).

**Tabla 5.**  
***Intervenciones dirigidas a población infanto-juvenil en situación de calle***

Investigadores	País	Intervención	Población	Objetivos	Modalidad de Aplicación	Resultados	Fortalezas	Debilidades
Álvarez-Ramírez et al. (2009)	Colombia	Cognitivo-conductual: afianzamiento de habilidades sociales	Adolescentes en situación de calle (14-18 años de edad)	Fortalecer la adquisición de habilidades de defensa asertiva de derechos, escucha y respuesta eficaz ante la crítica.	Grupal	Comportamientos más favorables en las habilidades sociales de defensa asertiva de derechos personales, escucha atenta, expresión de reclamos responsables y respuesta eficaz ante la crítica.	Uso de técnicas del entrenamiento asertivo.	Carencia de grupo control, diseño pre-experimental y falta de seguimiento.
C. Auerswald et al. (2006)	E.U.A.	Médico-psicológica	Jóvenes sin hogar (15-24 años de edad)	Comprobar la eficacia de un tratamiento para diagnosticar, curar y prevenir ITS en escenarios no clínicos.	Individual	Disminución en el contagio de ITS.	Selección aleatoria de los participantes, asistencia médica, atención a la pareja y seguimiento a 6 meses.	No uso de un grupo control, no se demostró la eficacia de la terapia a la pareja, y la intervención psicológica consistió únicamente en hablar sobre ITS y cómo prevenir contagios futuros.
Davey (2004)	E.U.A.	Multiple Family Group Weekend Retreat	Familias sin hogar	Enseñar habilidades de comunicación, de manejo del estrés, de confianza y de toma de responsabilidades intrafamiliares.	Grupal	Mayor satisfacción en la familia, presencia de sentimientos positivos sobre sí mismos y la autoridad parental, incremento	Intervención breve, permite la convivencia e interacción intra e interindividual, menor deserción, menor variación en los miembros	No uso de un grupo control, no se aplicaron pruebas psicométricas para evaluar cada habilidad, los efectos obtenidos se evaluaron mediante una breve entrevista, los

						en las habilidades de afrontamiento y de manejo del estrés, y mayor apoyo social.	del grupo, centrada en las necesidades de la población, y proporciona medios de transporte y alimentación.	resultados pueden deberse a la atención brindada a las familias y al espacio en el que se realizó la intervención, y la duración de la terapia fue de 2 sesiones de 7 horas cada una.
L. Edinburg y Saewyc (2009)	E.U.A.	Home Visiting Intervention Program	Mujeres adolescentes (10-14 años de edad), víctimas de abuso sexual que huyen de su hogar	Disminuir los efectos psicológicos asociados al abuso sexual, las conductas sexuales de riesgo, el contagio de ITS, la frecuencia de huidas del hogar y el consumo de sustancias.	Individual y grupal	Disminución de las conductas de riesgo (uso y abuso de sustancias, las ITS, los episodios de abandono del hogar y la vagancia, la ideación e intentos suicidas, el embarazo no deseado) y problemas de salud, y obtención de información sobre cómo cuidarse, prevenir ITS y embarazos no deseados y sobre cómo acudir a clínicas para recibir atención.	Asistencia en la escuela y referente a problemas escolares, cuidados a la salud (p. ej.: métodos anticonceptivos, uso de sustancias, condición física, nutrición y pruebas de embarazo), adquisición de habilidades para la vida (p. ej.: cómo recibir atención médica, cómo acudir a centros de salud, etc.), atención a padres, asistencia psicológica grupal (habilidades de resolución de problemas y conflictos familiares y con el grupo de pares) y seguimiento a 6 y 12 meses.	No uso de un grupo control, no se evaluó la autoestima ni los cambios en la interacción familiar, pocos casos, la terapia individual es proporcionada por enfermeras, terapia extensa por lo que hay mayor deserción, y la intervención se centra más en cuidados de la salud.
Ferguson (2007)	E.U.A.	Social Enterprise Intervention Model	Jóvenes en situación de calle (18-24 años de edad)	Proporcionar capacitación laboral y atención médico-psicológica	Individual y grupal	Aprendizaje de un oficio que permita subsistir y disminución de la	Presencia de un grupo control, proporciona capacita-	La intervención se centra en la capacitación laboral y en dotar de

						realización de conductas de riesgo.	ción laboral que permita la subsistencia, proporciona oportunidades laborales dentro del sector de economía formal, e incrementa habilidades de aprendizaje para sobrevivir.	habilidades de trabajo, más que en la atención a la salud. No hay seguimiento.
Giffords et al. (2007)	E.U.A.	Walkabouts Programas (Hogares transicionales para adolescentes sin hogar)	Jóvenes sin hogar (16-21 años de edad)	Enseñar y adquirir habilidades para la vida que les permita a los jóvenes sin hogar vivir de manera independiente en la sociedad.	Individual y grupal	Adquisición de habilidades para la vida, obtención de recursos suficientes para su manutención, capacitación laboral y educativa, y obtención de un empleo estable.	Proporciona terapia familiar en caso de ser solicitada, atención a la salud, entrenamiento en la administración de recursos, asistencia y capacitación vocacional, educativa y laboral, y servicios, por mínimo 6 meses después de haber participado en el programa.	No uso de un grupo control, se centra más en la capacitación educativa y laboral y en dotar de habilidades que les permitan ser autosuficientes.
Hyun et al. (2005)	Corea del Sur	Cognitivo-conductual	Adolescentes que huyen de su hogar (11-18 años de edad)	Comprobar la eficacia de una terapia cognitivo-conductual en la disminución de sintomatología depresiva y el incremento del nivel de autoestima y autoeficacia percibida.	Grupal	Disminución de sintomatología depresiva e incremento en el nivel de autoeficacia percibida.	Uso de grupo control, asignación aleatoria a los grupos de tratamiento, grupos homogéneos en nivel de depresión, autoestima y autoeficacia y características socio-demográficas, e intervención breve.	No se observaron cambios en el nivel de autoestima, difusión del tratamiento, pues ambos grupos (experimental y control) fueron del mismo lugar, y no hay seguimiento.
Jacob et al. (2004)	Uganda	Model for Orphan Resettlement	Menores huérfanos que viven	Proporcionar educación,	Individual	Disminución del número de	Promueve la reinserción	No uso de un grupo control, predominan

		and Education (MORE)	en la calle (5-17 años de edad)	capacitación laboral y rehabilitación, que conlleve a su reinserción a los medios social y familiar, y que sea un individuo funcional y adaptado a la sociedad.		niños de la calle.	familiar y social, y contribuye a disminuir gradualmente la problemática.	los varones, los problemas familiares persisten, los menores vuelven a huir de sus hogares y son forzados a participar en el programa, condiciones inadecuadas en la institución (p. ej.: falta de agua, mezcla con menores infractores, alojamiento como una prisión, etc.), no seguimiento ni promoción del aspecto educativo, a la hora de ser recolectados por la policía sufren maltrato, lo que además conduce al surgimiento del bajo mundo ("underworld"), la familia los rechaza, no se consigue la reintegración familiar, huyen a otra ciudad o pueblo, y no se tienen suficientes recursos para atender a la población demandante.
Milby et al. (2010)	E.U.A.	Cognitivo-conductual	Personas adultas sin hogar con un diagnóstico de dependencia a la cocaína	Examinar si personas sin hogar adictas a la cocaína conservan su empleo y consiguen una vivienda estable y fija.	Individual	Tiempo prolongado de abstinencia (superior a los 12 y 18 meses).	Uso de un grupo control, asignación aleatoria y seguimiento a 6, 12 y 18 meses.	No se encontraron diferencias entre los grupos experimentales en cuanto a estabilidad laboral y residencial a largo plazo.
Rotheram-Borus et al. (2009)	E.U.A.	Healthy Living Project	Personas sin hogar (>=19 años de edad), infectadas con VIH	Reducir las conductas sexuales de riesgo (tener relaciones sexuales anales o	Individual	Disminución de la realización de actos sexuales de riesgo, el número de parejas	Uso de un grupo control, asignación aleatoria a los grupos experimentales,	Predominancia del sexo masculino, deserción, la intervención se centró en conductas de riesgo

				vaginales sin condón con individuos sin VIH o de condición desconocida), y el uso y abuso de sustancias tóxicas incluyendo el alcohol.		sin VIH o de condición desconocida, el consumo de alcohol, marihuana y drogas fuertes como la cocaína y el LSD.	seguimiento a 2 años, los efectos de la intervención se mantuvieron por 2 años, y el impacto del tratamiento se incrementó con el tiempo.	asociadas únicamente al VIH, y no influyó significativamente en la decisión de los participantes de involucrarse o no en la realización de conductas de riesgo relacionadas al consumo de drogas y a la actividad sexual, y el tratamiento fue extenso (15 sesiones de 90 minutos cada una), lo cual dificulta su aplicación en otros escenarios y aumenta el riesgo de deserción.
N. Slesnick & Prestopnik (2005)	E.U.A.	Ecologically-based Family Therapy	Jóvenes que huyen de su hogar (12-17 años de edad), que han consumido drogas durante al menos 10 días	Disminuir el consumo de drogas.	Grupal	Disminución en el uso y abuso de sustancias tóxicas y en la realización de conductas de riesgo.	Uso de un grupo control, seguimiento a 3, 6 y 12 meses, asignación aleatoria a los grupos experimentales, bajos niveles de realización de conductas de riesgo, disminución en el uso y abuso de sustancias tóxicas, proporciona terapia familiar, y la intervención está basada en el Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1975, 2005).	Tanto en el grupo control como en el grupo experimental se observaron mejorías en el funcionamiento psicológico y familiar; es decir, un tratamiento no fue mejor que otro. La intervención duró 15 sesiones, por lo que aumenta el riesgo de deserción.
N. Slesnick et al. (2007)	E.U.A.	Community Reinforcement Approach (CRA)	Jóvenes sin hogar (14-22 años de edad), que	Disminuir el consumo de drogas y alcohol.	Individual	Disminución en el uso de sustancias tóxicas y	Uso de un grupo control, asignación aleatoria a	Más de 12 sesiones, por lo que el riesgo de deserción



			cumplan los criterios diagnósticos del DSM-IV para los desórdenes asociados al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas			en el nivel de sintomatología depresiva, e incremento en la estabilidad social (% de días con empleo, en la escuela, con una residencia fija y de haber acudido a centros de salud o haber recibido atención médica).	los grupos experimentales, seguimiento a los 3 y 6 meses, y la intervención se centró en las áreas de mayor necesidad para el cliente (p.ej.: hogar, atención médica, conseguir un trabajo, relaciones sociales, depresión, ansiedad y problemas legales).	aumenta, ambos grupos experimentales fueron obtenidos del mismo lugar y en ellos se observó mejoría en cuanto a problemas internos y externos.
N. Slesnick & Kang (2008)	E.U.A.	CRA y Terapia de VIH	Jóvenes sin hogar (14-22 años de edad), que cumplan los criterios diagnósticos del DSM-IV para los desórdenes asociados al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas	Disminuir el número de conductas de riesgo asociadas al VIH	Individual	Incremento en el uso del condón.	Uso de un grupo control, asignación aleatoria a los grupos experimentales, seguimiento a 3 y 6 meses, y el uso del condón se mantuvo durante el periodo de seguimiento.	Contaminación entre las condiciones de tratamiento (grupos experimental y control), el número de parejas sexuales se redujo a lo largo del tiempo en ambas condiciones, los participantes continuaron llevando a cabo las conductas de riesgo, el tratamiento se centró exclusivamente en la prevención de conductas de riesgo asociadas al VIH, predominancia del sexo masculino, y la intervención tuvo una duración de 16 sesiones, por lo que el riesgo de deserción es mayor.
N. Slesnick, Kang et al. (2008)	E.U.A.	CRA o Case Management (CM)	Jóvenes sin hogar (14-24 años de	Evaluar la eficacia de la terapia individual y	Individual	Disminución en el consumo de drogas	Seguimiento a 6 y 12 meses, y la interven-	Carencia de un grupo control, la mayoría de

			edad)	del CM en la disminución del consumo de sustancias, la promoción de la salud mental, el fomento a la educación y al empleo, la obtención de una residencia fija y estable y el uso de servicios médicos.		y alcohol y en el nivel de ansiedad, e incremento en el número de días con una vivienda fija.	ción atiende problemas de uso y abuso de sustancias, salud mental y carencia de un hogar estable, y brinda asistencia legal, médica, psicológica y de necesidades básicas.	los participantes no adquirieron una residencia estable, la asistencia escolar, el tener y conservar un empleo y el uso de servicios médicos, no aumentaron con el tiempo, y la duración del tratamiento es de 4-6 meses, por lo que el riesgo de deserción es mayor.
N. Slesnick & Prestopnik (2009)	E.U.A.	Home-based Ecologically Based Family Therapy (EBFT) & Office-based Functional Family Therapy (FFT)	Adolescentes que huyen de su hogar (12-17 años de edad), que cumplen el criterio diagnóstico del DSM-IV para abuso o dependencia al alcohol	Cambiar patrones disfuncionales en la familia que contribuyan al abuso del alcohol y el abandono del hogar.	Individual y grupal	Disminución en el consumo de alcohol. El tratamiento más efectivo fue el EBFT, ya que se observó mayor compromiso, menor deserción y menor uso de sustancias a los 15 meses.	Tres condiciones experimentales, asignación aleatoria, atención a los participantes y sus familias, seguimiento a 3, 9 y 15 meses, la terapia está basada en el Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1975, 2005), y el tratamiento se proporciona en el hogar de la familia, en donde esté viviendo el participante o en el albergue.	La intervención tuvo una duración de 15 sesiones, por lo que el riesgo de deserción es mayor, en las tres condiciones se observaron mejorías en el funcionamiento familiar (agresión verbal, conflicto y cohesión familiar) y psicológico (diagnóstico psiquiátrico, problemas externos, conductas delictivas y días viviendo en el hogar), y en el uso de sustancias (diagnóstico en el uso de sustancias, frecuencia de consecuencias e índice del consumo de alcohol), y los efectos del tratamiento pueden deberse al contexto (como en el caso de EBFT) y no a la terapia misma.

Ssewamala et al. (2012)	Uganda	Suubi (hope)-Uganda Project: Combined Microfinance Intervention	Menores huérfanos que perdieron a uno o ambos padres a causa del SIDA y que están en edad escolar (secundaria)	Disminuir la pobreza e incrementar la probabilidad de permanecer en la escuela mediante un programa de ahorro monetario que aumenta el ingreso familiar, incrementar la eficacia de la intervención, fomentar el desarrollo de aspiraciones académicas y laborales, y disminuir el nivel de depresión al aumentar sus expectativas sobre el futuro, al posibilitar su estancia en una escuela y al reducir sus dificultades financieras.	Individual	Disminución del nivel de depresión.	Uso de un grupo control, asignación aleatoria a los grupos experimentales, seguimiento a los 10 y 20 meses, y enseñanza habilidades de administración de recursos, a fomentar expectativas de orientación al logro y a mantener un ingreso que sirva de sustento.	El grupo de tratamiento tenía niveles inferiores de depresión antes de la intervención, y el tratamiento se centró en proporcionar capacitación educativa y laboral más que en atender la salud del participante.
Tenner et al. (1998)	E.U.A.	Seattle Youth Care's Prevention, Intervention & Education Program	Jóvenes sin hogar (14-21 años de edad), que están en riesgo de contraer VIH y que están infectados con VIH	Proporcionar atención a individuos sin hogar que tienen VIH o que están en riesgo de contraer VIH.	Individual y grupal	Aumentó la autoconciencia de acudir a centros de salud y el número de individuos que se hacen la prueba del VIH.	Brinda terapia psicológica, educación y capacitación, atención en crisis y dota de habilidades para la vida (posibilidad de tener una vida independiente).	No uso de un grupo control, no seguimiento, no disminuyeron las conductas de riesgo asociadas al VIH, y la intervención se centra exclusivamente en el VIH (p. ej.: prevención, tratamiento, centros de salud, etc.).
Wang (2009)	E.U.A.	Horizons for Homeless Children (Non Governmental	Familias sin hogar	Proporcionar capacitación	Grupal	Aumento en el número de familias	Hay seguimiento y disponibilidad	No uso de un grupo control, no comprende la atención a

		Organization)							
				laboral, educación y regularización escolar a familias y sus hijos, y brindar albergue a menores sin hogar y oportunidades de aprendizaje a familias sin hogar.			que obtienen y mantienen un hogar y que adquieren educación y capacitación laboral.	dad de servicios hasta que los participantes obtengan una residencia estable y hasta que alcancen la autosuficiencia, y la intervención se centra en las necesidades reportadas por los propios padres.	la salud, y la intervención se centra en la adquisición de habilidades básicas.
E. Woods et al. (1998)	E.U.A.	Boston Happens Program	Jóvenes sin hogar, en riesgo de calle e infectados con VIH (12-24 años de edad)	Proporcionar atención a jóvenes sin hogar, en riesgo de calle e infectados con VIH.	Individual y grupal	Incrementó la asistencia a centros de salud.	Proporcion a terapia psicológica, tratamiento, atención en crisis, y seguimiento a individuos infectados con VIH.	La intervención se centra exclusivamente en el VIH y no uso de un grupo control.	

Cómo se puede observar en la Tabla 5, prácticamente las intervenciones existentes se han dirigido a brindar capacitación escolar y laboral, asistencia a las necesidades básicas (p. ej.: vivienda, alimentación, empleo, educación y cuidados a la salud), y atención a conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias y aquellas asociadas a las infecciones de transmisión sexual, particularmente el VIH o SIDA. Por consiguiente, otras características psicosociales y otros aspectos de la salud, igualmente importantes e imprescindibles para la obtención de una mejor calidad de vida, se han dejado a la deriva. Aunado a lo anterior, a pesar de que la mayoría de los tratamientos han implementado técnicas cognitivo-conductuales, no se sabe cuál componente o cuál combinación de componentes ha resultado ser el efectivo en la atención de este grupo social. Adicionalmente, tan sólo una intervención se ha dirigido a la población femenina en situación de calle. El resto se ha centrado predominantemente en varones. Con lo cual, resalta el hecho de que al menos en esta población se ha relegado a las mujeres no recibiendo, así, una atención adecuada. De igual manera, el grupo de edad mayoritario es el de los adolescentes. Por ende, la etapa de la infancia no sólo no se ha abordado, sino que tampoco se ha buscado intervenir aunque sea importante la promoción del bienestar e integridad físico-psicológica para el desarrollo socioemocional del menor. Así mismo, en varios de los programas, los grupos de tratamiento no difirieron significativamente entre sí. Por tanto, no queda clara la relevancia, el impacto y la eficacia de los mismos en la atención de los menores y jóvenes en situación de calle. Además, al ser un colectivo en constante movimiento y de naturaleza transitoria, es difícil implementar estrategias de terapia de larga duración, y los estudios reportados anteriormente enfrentaron este problema pues el índice de deserción fue considerable. Del mismo modo, se puede observar que casi todos los trabajos se han hecho en E.U.A., demostrando, así, la escasez e inexistencia de estrategias y programas de intervención para este grupo social.

No obstante, hay terapias breves, que implementan técnicas cognitivo-conductuales, y que toman en cuenta las necesidades y características reportadas por tales individuos. El que sean breves proporciona una solución a la transitoriedad de este grupo social. Si se usan las técnicas cognitivo-conductuales, es mayor la posibilidad de obtener resultados positivos dado que son herramientas basadas en el modelo cognitivo-conductual que cuenta con un gran sustento teórico-empírico que ha demostrado su efectividad en la reducción y/o eliminación de diversas problemáticas que aquejan a los seres humanos. Por último, el elaborar intervenciones partiendo de las necesidades y características de la población a la que van dirigidos permite mejorar e incrementar eficazmente su bienestar biopsicosocial y, con ello, la calidad y satisfacción que tienen con la vida. Empero, el índice de impacto de dichos programas ha sido relativamente bajo, sin posibilidades de seguimiento y de generalización. Razón por la cual destaca la necesidad de proponer intervenciones efectivas que conlleven a mejorar las condiciones de vida de los menores y jóvenes en situación de calle y que contribuyan, así, a disminuir gradualmente la problemática.

En el presente estudio, se elaborará una estrategia de intervención grupal dirigida a mujeres en situación de calle buscando dotarlas de habilidades que les permitan afrontar eficazmente las situaciones estresantes. Para abordar al grupo social en cuestión, se usará la terapia cognitiva-conductual, la cual ha resultado ser la más efectiva en producir cambios y promover la salud y bienestar de las personas. Aunado a lo anterior, el taller propuesto se adecuará a las necesidades y características del grupo social bajo estudio pues cualquier terapia designada para esta población debe de tomar en consideración sus particularidades (Fall & Berg, 1996).

### ***Intervenciones en México***

Como se ha enfatizado a lo largo de todo el escrito, son pocos los programas y modelos de intervención que existen a nivel internacional y nacional. Lo que es más, en México, prácticamente son inexistentes, pues la mayoría de los estudios realizados tan sólo ofrecen propuestas de intervención. Adicionalmente, las investigaciones que han elaborado e implementado estrategias de terapia se centran principalmente en la adquisición y aprendizaje de habilidades escolares, relegando, de esta forma, la cuestión psicosocial. Por otro lado, destaca la carencia de intervenciones efectuadas únicamente con niñas y jóvenes en situación de calle. En consecuencia, resalta la necesidad de realizar estudios a partir de los cuales se puedan elaborar e implementar tratamientos efectivos sustentados en literatura de investigación y acordes a las necesidades y características de la población objetivo.

Empero, las pocas intervenciones que hay son aquéllos planteados y llevados a cabo por las organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales. A continuación se describirán de manera concisa y general algunos de estos programas empezando por las instituciones de gobierno y finalizando por las de asistencia privada que serán presentadas en orden alfabético.

Si el lector desea obtener mayor información sobre cada organización y su modelo de atención, favor de revisar el Anexo 1.

### **Instituciones Asistenciales Gubernamentales**

En el ámbito federal, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es la institución responsable de atender a la población infanto-juvenil en situación de calle, cuya modalidad tiene diferencias en cada entidad federativa, pero está orientada principalmente a reincorporar a los menores a la escuela y a su familia. Adicionalmente, la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) cuenta con un *Modelo de Capacitación para*

*sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género para Profesionales*, el cual constituye un apoyo para trabajar en el ámbito familiar y evitar que los menores abandonen el hogar por causa de agresiones. A continuación, se hablará de manera breve y general sobre las acciones y modalidades de intervención por el Gobierno del Distrito Federal y el DIF (Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana de la SSP, 2011).

### *Gobierno del Distrito Federal*

La Secretaría de Desarrollo Social del gobierno capitalino creó en octubre de 2010 el proyecto *Casa Taller para la Vida*, elaborado para que niños, adolescentes y jóvenes habituados a vivir en la calle dejaran la vía pública. El proyecto considera dos años de residencia como máximo, tiempo en el cual tendrían que trabajar y comenzar una vida independiente, lejos de la calle y de las drogas.

El Instituto de Asistencia e Integración Social (Iasis) ofrece servicios en diez Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS), en donde se brinda atención a niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores en situación de calle, indigencia o alta vulnerabilidad, proporcionándoles techo, vestido, alimentación y asistencia médica.

### *DIF*

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) coordina y promueve a nivel nacional entre los Sistemas Estatales DIF, actividades y programas tendientes a garantizar la protección, el crecimiento integral y la igualdad de oportunidades para los niños, adolescentes y familias vulnerables mediante la generación e implantación de políticas públicas y modelos de tratamiento regionales y locales de carácter preventivo y de atención, que permitan superar condiciones de desventaja y competencia social. Tiene como misión promover la integración y el desarrollo humano individual, familiar y colectivo mediante modelos de atención que privilegien la prevención de los factores de vulnerabilidad social, la profesionalización y la calidad de los servicios para generar las condiciones necesarias para que los menores y en general los grupos vulnerables del país cuenten con oportunidades para tener mejores condiciones de vida, de desarrollo personal y social y de pleno respeto y reconocimiento a sus derechos. Para cumplir con su función, propone diversos programas de intervención<sup>5</sup>. Para fines de esta investigación, tan solo se describirá de manera general el Modelo de Chimalli-DIF por ser abarcativo e integral en su atención a los niños y jóvenes.

### *Modelo Chimalli-DIF*

La política de asistencia social del Gobierno de México que desde 1978 es responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ha tenido a lo largo de los últimos años una transformación paulatina, que se expresa en una clara tendencia a evolucionar del campo de las necesidades al de los derechos. En este contexto, el DIF procesó en los últimos años un cambio en su enfoque institucional para constituir una perspectiva más amplia que incorpora:

---

<sup>5</sup> Si el lector desea conocer más sobre los programas de atención del DIF, puede consultar las siguientes páginas electrónicas: <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media%5Cgrupos%5Cmenores%5Cindex.html>, <http://sn.dif.gob.mx/servicios/> y <http://sn.dif.gob.mx/>.

- El replanteamiento de la asistencia social.- Que va más allá de concebirla como una política de ayuda y reparación de daños, para orientarla hacia la prevención de riesgos.
- La integración social.- Entendida como una discriminación positiva, que busca equilibrar oportunidades en favor de aquellos grupos y personas que por sus desventajas jurídicas, sociales o físicas se ven incapacitados para ejercer sus derechos y acceder a la justicia.
- El fortalecimiento familiar.- Para apuntalar con acciones afirmativas a la familia, como el espacio de seguridades y bienestar para todos sus miembros, en particular los más vulnerables, las niñas y los niños entre ellos, y el acceso al bienestar. Entendido éste no solo en su dimensión material, sino en su sentido más amplio que se refleje de manera importante en las capacidades y oportunidades para el ejercicio pleno de derechos, en el fortalecimiento de la autoestima, la dignidad y el respeto.

En este sentido, se elaboró el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF, que busca ser una herramienta útil para los promotores infantiles comunitarios (PIC) de los programas del DIF relacionados con los riesgos psicosociales.

Este modelo se orienta hacia el incremento de habilidades de protección por dirigirse a lograr competencia social, resolución de problemas y adopción de un sentido propositivo en las familias de niñas, niños, y adolescentes, y sus familias. Asimismo, constituye una base o punto de arranque para el planteamiento de materiales preventivos y programas regionales específicos de prevención del uso y abuso de drogas, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida, abordando todo esto de forma integral y con la participación de la comunidad misma; ello supone modificar viejos paradigmas para el planteamiento de los planes de acción o intervenciones preventivas, cambios en nuestras maneras de enfocar el fenómeno y de hacerle frente.

Es un modelo de trabajo para comunidades abiertas definidas geográficamente, o por la zona de influencia de un centro comunitario o de desarrollo familiar, o bien, por una ruta de trabajo de los Promotores Infantiles Comunitarios. Constituye una adaptación del Modelo Chimalli-Escuelas del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), elaborado para prevenir riesgos psicosociales en planteles escolares, es decir, dentro de comunidades cerradas.

El dispositivo de intervención está constituido por la reunión de personas en pequeños grupos ya sea niñas, niños y/o adolescentes, padres de familia y adultos, que se reúnen para trabajar en la adquisición de habilidades de competencia social, de resolución de problemas con un sentido propositivo. El modelo considera 26 habilidades de protección divididas en tres áreas:

- a. Uso de drogas y conducta antisocial: Disfrutar sin drogas; meditación activa; abrirse a nuevos aprendizajes; unificar sentimientos, pensamientos y acciones; controlar la atención con la respiración; desarrollo del sentido de pertenencia; tomar decisiones de protección; cuidarse del daño; participación en la comunidad y ayudar a un compañero adicto.
- b. Eventos negativos de la vida: Conocer el cuerpo del hombre y la mujer; ser capaz de relacionarse y mantener comunicación significativa; hacer frente a situaciones relacionadas con adictos; lograr estabilidad interna; asumir pérdidas y negociar con la familia.
- c. Estilo de vida: Establecimiento de relaciones sexuales sanas; cómo cuidar la alimentación; cómo conservar la salud; aprender a usar el tiempo libre; tener una

sexualidad sana; detectar necesidades sexuales y afectivas; establecimiento de relaciones afecto-protectoras; gestiones administrativas y de negociación con el dinero y el trabajo

El modelo Chimalli-DIF establece lineamientos básicos para la implementación del material preventivo, recomendando una estructura específica para los ejercicios, que no debe ser alternada por el promotor infantil comunitario (PIC), de quien será la tarea de construir los materiales (o modificar los existentes) de acuerdo a sus recursos y a las características socioculturales y sociodemográficas de su población. Toda sesión preventiva (con duración de aproximadamente una hora) deberá tener cuatro momentos básicos:

1. Conocimiento pertinente sobre factores de riesgo y de protección en el tema y la habilidad a enseñar.
2. Concientización a través de técnicas de reflexión de tipo psicocorporal para traer el tema manejado en información a la vida cotidiana.
3. Modelamiento de habilidades protectoras, en donde se busca que los grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos aprendan técnicas de protección. Esto es, diferentes maneras de lidiar con los conflictos o estresores para que se orienten hacia la solución de sus dificultades.
4. Práctica semanal, en cada sesión preventiva el promotor infantil comunitario especifica una tarea semanal en relación con la habilidad que se pretende moldear.

Además de estos cuatro momentos, el modelo ofrece un apartado de razones y fundamento en el cual se presenta la relación que existe entre cada uno de los ejercicios y habilidades a adquirir con las bases teóricas que fundamentan el modelo, así como algunos indicadores de evaluación para facilitar la tarea del promotor infantil comunitario durante la intervención preventiva, y evaluar si la habilidad trabajada ha sido adquirida por el grupo y si es posible pasar a la siguiente.

Actualmente el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus familias, Chimalli-DIF opera en 24 estados de la República: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Aguascalientes, Colima, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán; abarcando 80 municipios, 197 comunidades, en donde 160 redes comunitarias trabajan con 202 grupos con 5398 niñas, niños y adolescentes, y 94 grupos con 2926 adultos y padres de familia.

### Instituciones Asistenciales Privadas

#### *Fundación A Favor del Niño*

Es una Institución de Asistencia Privada que cubre una necesidad muy importante de la sociedad al ofrecer servicios de albergue, alimentación, escolares y formativos de excelente calidad a los hijos e hijas de familia, en su mayoría mujeres que por su situación de abandono y marginación socioeconómica se ven obligadas a sostener unilateralmente a sus familias.

#### Misión

Proporcionar formación integral en un ambiente de hogar a niños y niñas de escasos recursos para que desarrollen su potencial humano, opten por un proyecto de vida digno y



sean agentes de cambio en la sociedad.

Busca proporcionar a estos niños y niñas una infancia segura en un ambiente de respeto, de atención, de valores y formación integral para que ellos enfrenten mejor preparados su futuro y dejen de reproducir los modelos de familia disfuncional, como son sus familias de origen. Realizan trabajos preventivos a favor de los niños, evitando que se conviertan en niños de calle.

#### Visión

Fomentar en los niños una personalidad sana y positiva en:

- Valores
- Hábitos
- Disciplina
- Cariño

#### Valores

- Respeto.- Reconocer, apreciar y valorar las capacidades y habilidades de uno mismo y de los demás por su conocimiento, experiencia y/o valor como persona.
- Honestidad.- Nuestras palabras y actos, siendo incapaz de engañar, defraudar o apropiarse de lo ajeno.
- Responsabilidad.- Responder ante las situaciones que cada quien elige cuidar de forma voluntaria.
- Gratitude.- Sentimiento que nos obliga a estimar el beneficio o favor que nos han hecho o quieran hacer.

#### Objetivos Específicos

1. Realizar un trabajo preventivo para evitar la situación de calle.
2. Proporcionar una educación integral fundamentada en valores.
3. Fortalecer la integración familiar.

#### Población

Niños y niñas de un año 8 meses a 15 años de edad que, debido a su situación económica, social y familiar en la que viven presentan:

- a. Necesidad de atención emocional y desnutrición, necesidad de apoyo en las áreas de psicología y necesidades educativas especiales.
- b. Desintegración familiar y/o disfuncional con presencia de violencia, abandono o propensión a las adicciones por algún integrante de la familia.
- c. Problemas de aprendizaje y Trastorno por Déficit de Atención a causa de la situación en la que viven y algunos problemas psicomotores y neurológicos.
- d. Problemas de conducta y falta de formación adecuada.

#### Modelo de Intervención Institucional

La organización ofrece servicios conforme al calendario oficial SEP en modalidad de internos y medios internos (entradas y salidas diarias). El servicio de albergue se da separadamente para niños y niñas, mientras que los servicios escolares y formativos se ofrecen conjuntamente.

Como parte de su programa de intervención, la institución abarca las siguientes

áreas de atención en sus servicios proporcionados a los niños y adolescentes:

1. Educación escolar.- Instrucción académica certificada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) en los niveles de maternal, pre-escolar y primaria con apoyo a niños con necesidades educativas especiales y siguiendo su Modelo Conductual donde el niño modifica su conducta conscientemente.
2. Actividades extracurriculares vespertinas.- Artísticas, deportivas, computación, inglés, taller de desarrollo, estimulación temprana y psicomotricidad con el propósito de contribuir a un crecimiento positivo de las potencialidades y habilidades del niño para evitar comportamientos negativos.
3. Programa 12-15 años de edad.- Actividades extracurriculares vespertinas a adolescentes de nivel secundaria, para motivarles a continuar sus estudios como danza, karate, computación, inglés y taller de tareas. Se generan vínculos entre los ex alumnos y la organización, dando un seguimiento formal a los niños y niñas egresados con el fin de conocer su situación actual.
4. Hogar.- Atención directa de los niños en el servicio de albergue con las instalaciones necesarias para que los niños tengan un ambiente de hogar, con valores, formación espiritual y cálido acompañamiento para su sano desarrollo integral.
5. Alimentación.- El servicio de alimentos se da diariamente incluyendo tres comidas completas con dos colaciones entre comidas. Los alimentos están equilibrados de acuerdo a las necesidades infantiles y enfocados a la educación de nutrición saludable.
6. Atención a la salud.- Atención preventiva de higiene y limpieza, atención médica de especialidad (fuera de las instalaciones) y urgencias, incluyendo un seguimiento individual de la nutrición y equilibrios alimentarios para el sano desarrollo físico y mental.
7. Atención psicopedagógica.- Atención psicoterapéutica a los niños que lo requieren con previa evaluación. Atención psicopedagógica abarcando diferentes terapias y talleres especializados de apoyo para la adquisición de competencias e integración social.
8. Orientación familiar.- Escuela para padres y orientación familiar para que todos en conjunto complementen la integración del niño con su familia. Programa de orientación infantil personalizada por pedagogos.

#### *Fundación Casa Alianza México*

Casa Alianza es una organización internacional no gubernamental, de carácter laico y sin fines partidistas que, desde el año de 1968, atiende a niños, niñas y adolescentes en *situación de abandono social*. Surgió a iniciativa de Bruce Ritter, sacerdote franciscano y profesor de la Universidad de Manhattan en Nueva York. En 1972 se fundó como lo es actualmente, una institución no lucrativa y de carácter privado, con el nombre de Covenant House o, por su traducción en español, Casa Alianza. Esta Organización se extiende por varios estados de la Unión Americana, Canadá y, a partir de los ochentas, en México y Centroamérica. Su funcionamiento y permanencia en el tiempo depende directamente de las aportaciones voluntarias de inversionistas sociales interesados en nuestra causa.

En México, Casa Alianza inició su labor en 1988, año en que se fundó como Institución de Asistencia Privada, con base en el estudio de campo realizado por personal de Covenant House y otras personas contratadas en la ciudad de México, quienes más tarde constituyeron el primer equipo de educadores de calle. Hasta el siguiente año comenzó a operar con la ayuda y financiamiento de la matriz en Nueva York y del

patronato legalmente constituido en nuestro país por hombres y mujeres de distinguido nombre y reconocidos en el sector empresarial.

Actualmente, Casa Alianza México proporciona una plataforma integral de recursos para la resignificación personal y social, la salud y la educación de niñas y niños adolescentes de 12 a 18 años de edad, que han dependido de la calle para vivir o están en riesgo de dicha dependencia; víctimas de todo tipo de violencia; de fenómenos como la trata de personas y la migración; sujetos a adicciones; viviendo con VIH/SIDA; así como jóvenes madres con sus bebés.

### Misión

Inspirados en la filosofía de Covenant House, su razón de ser es: contribuir de manera sustentable a la protección y atención de niños, niñas y adolescentes en situación de abandono social, para ayudarlos a incorporarse a la sociedad de forma funcional y autosuficiente.

### Visión

- Consolidarse como organización y ser reconocidos y respetados como la mejor institución comprometida con la atención y protección de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, abandonados, víctimas de explotación sexual o sujetos a adicciones. Todo ello con el respaldo de los mejores programas de apoyo y gestión en esta problemática, basados en el respeto absoluto, responsabilidad y amor incondicional. Tales programas dirigidos y guiados por un órgano de gobierno activo, eficiente y comprometido, que asegure el crecimiento y progreso de la institución de acuerdo al plan estratégico.
- Con una metodología sólida en constante mejora que a su vez sirva de modelo en otras localidades con problemáticas similares, siendo así capaces de influir, como autoridad moral y expertos en la problemática social que atienden, en reformas legislativas y administrativas con autoridades y empresas involucradas en este sector.
- Con espacios diseñados acorde a las necesidades de la población atendida, conformados por un equipo de profesionales expertos en los diferentes ámbitos de acción de la institución, comprometidos y con alta orientación de servicio tanto a la comunidad atendida y a la sociedad en general; y vinculados estrechamente con todos los grupos de interés mediante una comunicación efectiva, transparente y constante sobre la gestión organizacional, resultados e impacto en beneficio de la sociedad.

### Filosofía

El proceso de *La Alianza* contempla a todos y todas los que convivimos y participamos de ésta; los que hacemos de Casa Alianza una realidad. Participamos de una filosofía y un sistema de valores, en el que independientemente de la labor que se desempeñe, nos sentimos comprometidos en la labor social, en el servicio humano. Esta filosofía es el proceso de la alianza como una forma de vida.

Bajo el compromiso de la alianza, el niño, niña y joven se compromete con sus propios cambios y expectativas. Sin este pacto el resultado es ilusorio y la alianza, simplemente, un mecanismo pragmático o un abismo retórico.

- *La alianza es una relación incondicional que se desarrolla en función del respeto mutuo, la libre decisión, la honestidad y la libre expresión de sentimientos.*

- *La Alianza es vista en nuestra institución como el amor y el respeto incondicional que merece cada persona de manera permanente, sin tiempo ni límites. En función de esta alianza, Casa Alianza México brinda a los niños, niñas y jóvenes una opción distinta de vida.*

Un valor sobre el cual gira toda nuestra actividad se refiere al Amor Incondicional, su significado está relacionado con la aceptación que brindamos a todos los niños, niñas y jóvenes que se acercan a solicitar apoyo, así como a aquellos que se encuentran en las calles.

Quien ejerce el amor incondicional tiene el derecho de indicar las situaciones o acciones que pueden tener consecuencias perjudiciales, por lo que, ante cualquier circunstancia, existen límites y normas de convivencia sociales

## Valores

Fomentar, descubrir y vivir:

- Justicia.- La capacidad de dar a cada uno lo que corresponde.
- Libertad.- La capacidad de tomar decisiones o elegir entre varias opciones disponibles, cuidando no violentar nuestros derechos, ni lo de los demás.
- Respeto.- La capacidad de cuidar todo y a todos los que nos rodean sin excepción.

## Principios

El trabajo institucional se basa en cinco principios fundamentales para la atención de la población a la que sirven:

- Urgencia.- Atención inmediata a las necesidades básicas, físicas y espirituales de los niños, niñas y adolescentes que llegan a los albergues sin condicionamiento o costo alguno.
- Santuario.- La confianza que ellos depositan en sus educadores y en todos los adultos que le rodean dentro del programa es guardada como un derecho a su privacidad.
- Estructura.- En los programas se fomenta un cambio de los hábitos y actitudes que contribuyan a un mejor desempeño físico, psicológico, social y espiritual de la vida cotidiana de todos ellos.
- Comunicación de valores.- Con la relación directa, acciones y ejemplos de nuestro comportamiento, transmiten a estos niños valores morales y sociales que guíen su vida independiente.
- Opción.- Los niños y adolescentes, como individuos, tienen derecho de tomar sus propias decisiones y este derecho es respetado por los educadores, formando un papel de orientadores o facilitadores en su opción.

## Población

Niños, niñas y adolescentes que dependen de la calle para su sobrevivencia; a sus familias y comunidad que:

- a. Tienen entre 12 y 18 años de edad.
- b. Dependen de la calle para su sobrevivencia.
- c. Tienen problemas de adicción.
- d. Fueron víctimas de explotación sexual comercial o laboral; de trata; de tráfico; migración ilegal; de violencia física, psicológica, emocional y/o sexual.
- e. Son adolescentes madres y a sus bebés

- f. Conviven con el virus de inmunodeficiencia adquirida y en fase SIDA, o que están en riesgo de adquirirlo.

### Modelo de Atención Institucional

La atención que brinda esta fundación a la población en cuestión se divide en tres etapas principales: calle, pre comunidad y residencial (ver Figura 32). Ésta última a se divide a su vez en tres niveles: integración, reconocimiento y fortalecimiento.



Figura 32. Etapas de atención del Modelo de Intervención Institucional de la Fundación Casa Alianza México, IAP.

Para proporcionar la atención adecuada (ver Figura 33), Casa Alianza México trabaja con base en programas probados y replicados por las distintas sedes de la institución:

1. Programa Luna.- Brinda ayuda, asesoría y educación especializada relacionada a la atención, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y salud sexual. El programa busca disminuir los riesgos de infección y de mortalidad por la enfermedad como el SIDA o VIH.
2. Espiritualidad.- Actividades y dinámicas individuales y grupales enfocadas a recuperar al ser humano espiritual.
3. Trabajo social.- Mejorar la calidad de atención integral a los niños y niñas residentes en el programa, mediante una metodología activa y participativa que permita su estabilidad emocional y la promoción a niveles posteriores ya sean familia u otras instituciones.
4. Reintegración familiar.- Valoración de la situación familiar para reinsertar al beneficiario.
5. Prevención de adicciones.- Ayuda a la reducción del daño por el uso de sustancias psicoactivas, procurando que la población adquiera estilos de vida saludables.
6. Psicología.- Apoya a niñas, niños y adolescentes para que de manera gradual alcancen su estabilidad emocional.
7. Psiquiatría.- Valorar a los niños y niñas referidos por el área de psicología para detectar y dar atención a aquéllos que padezcan algún trastorno de este tipo.
8. Vida independiente.- Prepara a los jóvenes para su autonomía, insertándolos a la escuela, cursos y talleres de capacitación laboral.
9. Área jurídica.- Promueve la defensoría y difusión de derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes.
10. Actividades terapéuticas.- Realiza actividades dedicadas a la recuperación personal mediante diversas dinámicas dentro y fuera de la organización

11. Área médica.- Proporciona a las niñas, niños y adolescentes primeros auxilios y atención médica básica para garantizar su sano desarrollo y crecimiento.
12. Acercatel: 01 800 110 10 10.- Línea telefónica gratuita que brinda apoyo a niñas, niños y adolescentes en crisis con problemáticas de: violencia física, psicológica, emocional y/o sexual, depresión, adicciones, sexualidad, desintegración familiar, soledad, estrés, entre otros.

Además de las etapas, fases y programas; existe toda una estructura que permite mantener esta labor con el paso de los años. Una parte fundamental son las direcciones que lideran el trabajo del equipo.

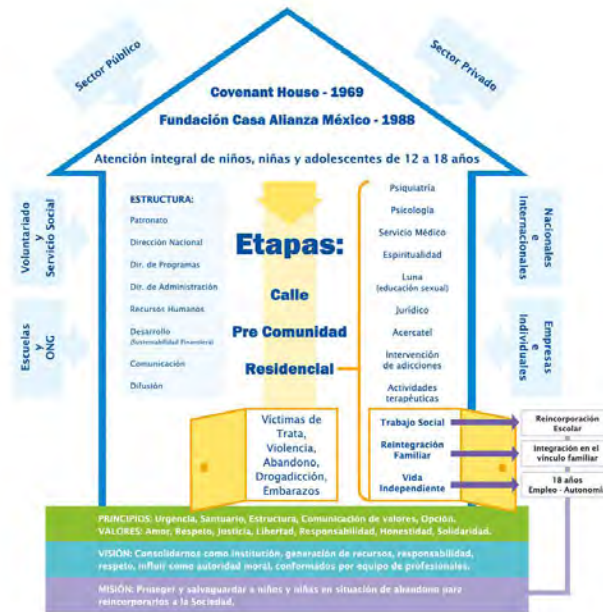


Figura 33. Representación gráfica del Modelo de Atención de la Institución de Asistencia Privada Casa Alianza México.

### Fundación Clara Moreno y Miramón

En 1912, por iniciativa de la Sra. Clara Moreno y Miramón, se estableció el “Asilo de Nuestra Señora de la Luz” con el propósito de brindar educación, alimentación, cuidado y asistencia médica, educación primaria y conocimientos en artes y oficios a niñas y niños de escasos recursos, abandonados o huérfanos de la Revolución Mexicana. El 14 de septiembre de 1917 se constituyó legalmente como Institución de Asistencia Privada bajo el nombre de Fundación Clara Moreno y Miramón, determinando ofrecer sus servicios con duración indefinida. En 1988, se reestructuró la organización de modo tal que para 1999, se instituyó como casa hogar e internado para niñas y mujeres jóvenes.

Actualmente, la Fundación Clara Moreno y Miramón es una Institución de Asistencia Privada que trabaja para construir y brindar un mejor futuro a niñas y jóvenes de entre 4 y 18 años de edad aproximadamente.

### Misión

Proporcionar albergue, educación y salud a niñas y adolescentes en condiciones de desventaja social, con el fin de contribuir a su desarrollo humano y mejorar su calidad de vida.

## Visión

La reintegración de las menores a la sociedad con la formación y valores necesarios para su realización personal y aportación a la sociedad.

## Valores

Respeto, responsabilidad, amor, empatía, integridad, subsidiariedad y permanencia.

## Población

Niñas y jóvenes en desventaja social de entre 4 y 18 años de edad.

## Modelo de Intervención Integral Institucional

La fundación realizó un trabajo de sistematización de su experiencia en atención a niñas en condición de pobreza, marginación y riesgo, asesorados por el DIF Nacional. A partir del cual, se definieron claramente las líneas del quehacer institucional y se le dio sustento teórico y metodológico a su labor asistencial, obteniendo el Modelo de Intervención Integral (ver Figura 34).

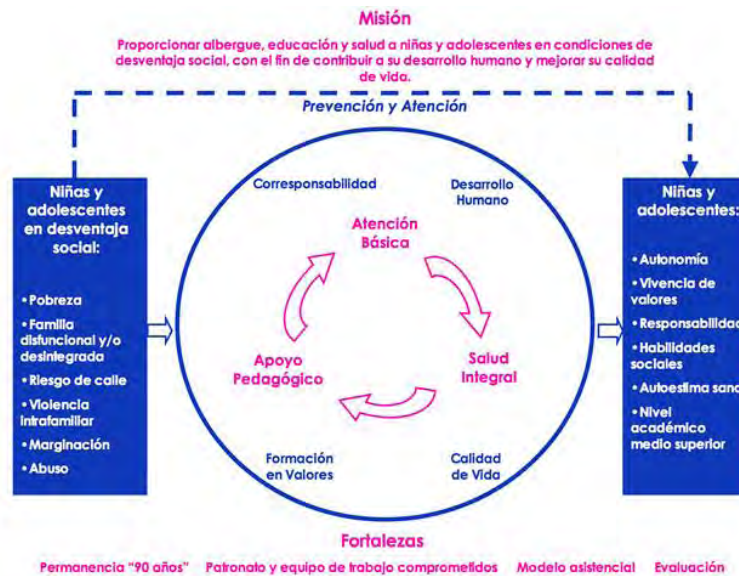


Figura 34. Representación gráfica del Modelo de Intervención Integral de la Institución de Asistencia Privada Clara Moreno y Miramón.

## Áreas de Atención

1. Atención básica.- Busca satisfacer las necesidades básicas de las beneficiarias, proporcionándoles albergue, alimentación, protección y cuidado, para contribuir a la disminución de su desventaja social. Comprende los servicios de:
  - a. Albergue de domingo a viernes. Las niñas de casa viven en la fundación a lo largo de todo el año.
  - b. Alimentación balanceada, sana y suficiente.
  - c. Cuidado y atención personalizada las 24 horas del día.
2. Apoyo pedagógico.- Facilitar la adquisición de los conocimientos y habilidades que complementen la educación de las beneficiarias mediante diferentes programas que favorezcan su desarrollo integral y armónico:

- a. Regularización escolar y formación de hábitos de estudio.
  - b. Terapia de aprendizaje.
  - c. Talleres de formación (coro, educación en la fe, dibujo, formación en valores y derechos, educación física, etc.).
3. Salud integral.- Diagnostica, re-establece y preserva la salud física, psicológica y social de las beneficiarias mediante atención médica general, atención psicológica individual y grupal y de un Programa de Orientación Familiar, que contribuyan a su desarrollo integral. Ofrece atención a la salud en tres dimensiones:
- a. Atención médica general.
  - b. Atención psicológica individual y grupal.
  - c. Orientación familiar.

### *Fundación para el Servicio (FUNDASER)*

Es una Institución de Asistencia Privada fundada en julio de 1998, dedicada a brindar asistencia, protección y oportunidades de crecimiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes y a sus familias, que por diversas circunstancias se encuentran en desventaja social, exclusión o marginación.

#### Misión

Ser una Casa Hogar organizada por un grupo de profesionales que ayuda a alcanzar el máximo desarrollo integral en niños, niñas y jóvenes en vulnerabilidad y exclusión social, en corresponsabilidad con su familia o tutor, para sumar a la sociedad hombres y mujeres socialmente comprometidos.

#### Visión

Ser una organización sólida, sustentable y reconocida por su modelo de intervención con infancia y juventud basado en el enfoque de derechos humanos e integración social.

#### Valores

- Igualdad social.- Convivir con la gente de tal forma que lo importante sea lo que uno es y no lo que tiene; es decir, sin importar raza, creencias y nivel económico e intelectual.
- Amor.- Para corresponder con empatía a los semejantes y dar lo mejor de sí mismos.
- Ecología.- Cuidar la naturaleza en un grado en el que se alcance a ver que somos parte de ella y estar conscientes que lo que demos a la tierra nos lo regresará sabiamente con justicia.
- Responsabilidad.- Afrontar el compromiso y el cuidado con los acuerdos a los que se llega y asumir las consecuencias de los propios actos.
- Respeto.- Es reconocer en sí y en los demás sus derechos y compromisos con dignidad dando a cada quien su valor y el trato merecido.

#### Población

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 4 a 26 años que por su situación de vulnerabilidad social no cuentan con los suficientes recursos familiares, materiales y económicos para alcanzar su pleno desarrollo físico, emocional, educativo y social en cada una de las etapas de crecimiento.



## Modelo de Atención Institucional

Se atiende y apoya a niños, niñas y jóvenes para que la adversidad que han sufrido no sea un hecho determinante en sus vidas sino una oportunidad para la adquisición de nuevos hábitos, habilidades y competencias que les infundan ánimo y esperanza para el desarrollo de su persona y espíritu (ver Figuras 35 y 36). Para ello, cuentan con tres programas operativos cuyos objetivos son los siguientes.

1. Casa hogar
  - a. Proveer de un espacio de seguridad que permita el desarrollo humano de niños y niñas de 5-17 años de edad mediante la satisfacción de sus necesidades básicas de albergue alimentación y educación.
  - b. Enseñar las habilidades psicosociales necesarias para el establecimiento de vínculos interpersonales positivos, en los contextos familiares, escolares y socio-laborales en los que se desenvuelven, logrando el respeto a sus derechos y la ausencia de cualquier forma de violencia.
  - c. Atender y promover la salud física-emocional y espiritual de cada uno de los niños y niñas beneficiarios de la casa hogar para que disminuyan padecimientos relacionados con las situaciones de abandono.
  - d. Lograr la proyección escolar de los niños y niñas para que cumplan exitosamente cada uno de los ciclos escolares que cursen, incrementando permanentemente su aprovechamiento académico y su desempeño escolar.
  - e. Establecer las líneas y sentar las bases de su proyecto de vida a mediano y largo plazo desde un enfoque de estilo de vida saludable.
2. Vida independiente
  - a. Enseñar múltiples habilidades, capacidades y competencias socio-laborales en jóvenes estudiantes y/o trabajadores en situación de vulnerabilidad social mediante una estructura de vida diaria asertiva y formadora de valores humanos sociales y espirituales para que consigan cada una de las metas de su proyecto de vida.
  - b. Que los jóvenes estudiantes y/o trabajadores integren hábitos, valores y principios humano-espirituales vividos en el programa de vida independiente a su red primaria.
3. Servicios a la comunidad
  - a. Enseñar habilidades y capacidades de protección en situación de riesgos asociados al abandono familiar, la pobreza y marginación social para la disminución de conductas de alto riesgo como el rezago educativo, las adicciones, empleo nocivo infantil, la explotación sexual y la delincuencia.
  - b. Instruir habilidades y capacidades resilientes que favorezcan la vinculación familiar y social desde un enfoque de buen trato, el género y el respeto a los derechos humanos.
  - c. Apoyos diversos (servicios médicos, apoyo emocional, servicios dentales, económico y en especie) a niños, niñas, jóvenes y adultos en situación de vulnerabilidad económica y social.



Figura 35. Representación gráfica del Modelo de Atención Integral de la Institución de Asistencia Privada FUNDASER.



Figura 36. Representación gráfica de los rubros que comprende el Modelo de Atención Integral de la Institución de Asistencia Privada FUNDASER.

### Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez

En el año 1991 llegan a México las religiosas Hijas de María Madre de la Iglesia formando alianza con la Fundación Familiar Infantil, IAP con el objetivo de brindar atención y formación a niñas, hijas de madres que estuvieron en el reclusorio; logrando, así, la reinserción de ellas en sus familias y fortaleciendo su educación académica. Posteriormente, en el año 2005 se conforma como la asociación civil Hogar Infantil Matilde Téllez proporcionando atención a niñas de entre 14 y 20 años de edad de familias de escasos recursos. En el 2009, se separa de cualquier alianza constituyéndose como una institución de asistencia privada bajo el nombre de Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez.

Es una Institución de Asistencia Privada operada por hermanas religiosas católicas, que busca proporcionar oportunidades a niñas y jóvenes para que tengan una mejor calidad de vida y un desarrollo sano.

## Misión

Ser un hogar que otorga atención, educación y apoyo basados en valores cristianos para el desarrollo físico-socioemocional de niñas y jóvenes vulnerables, integrándolas a su proyecto de vida.

## Visión

Ser una institución exitosa, garantizando a las niñas y jóvenes una educación en valores cristianos para que les ayude en un futuro a su desarrollo integral y se integren a la sociedad como mujeres de bien.

## Valores

- Respeto.- Implica reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del otro y sus derechos.
- Responsabilidad.- Tomar una serie de decisiones de manera voluntaria y consciente, y asumir las consecuencias de éstas y de responder de las mismas ante quien corresponda en cada momento.
- Honestidad.- Constituye una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia, respetando los valores de la justicia y la verdad.
- Compromiso.- Vivir, planificar y reaccionar de forma acertada para conseguir sacar adelante un proyecto, una familia, un trabajo y sus estudios, entre otros.
- Integridad.- Ser correcto, educado, atento, probo e intachable.
- Compañerismo.- Vínculo que se establece entre compañeros y que tiene como características principales las actitudes de bondad, respeto y confianza entre los miembros que son parte de ella.
- Humildad.- Consiste en percatarse de las propias limitaciones y debilidades, actuar de acuerdo a tal conocimiento y prestar el propio servicio hacia las demás personas.
- Generosidad.- Disposición a dar y compartir por sobre el propio interés o la utilidad. Gratitude.- Es el sentimiento que experimenta un individuo al estimar un favor o beneficio que alguien le ha concedido.

## Objetivo General

Brindar una atención integral a niñas y jóvenes en desventaja social para posibilitar su posterior adaptación a la comunidad.

## Población

Niñas y jóvenes en desventaja social que se encuentran entre los 4 y los 18 años de edad que son discriminadas socialmente y que provienen de familias disfuncionales en donde impera el maltrato, la negligencia y el abandono, la carencia de recursos para subsistir, el uso y abuso de sustancias y la realización de conductas ilícitas.

## Modelo Institucional de Atención Integral

Un modelo de atención integral es un sistema organizado que plantea e implementa programas y estrategias de intervención para la protección y promoción de la salud y del bienestar biopsicosocial de los niños y jóvenes. El presente modelo institucional (ver Figura 37) tiene la finalidad de elaborar, estructurar, integrar, coordinar, supervisar, implementar y evaluar políticas, planes, programas y acciones destinadas a

fomentar la integridad físico-psicológica de las menores y jóvenes.

Para fines de esta institución, el *Modelo de Atención Integral* comprende la ejecución de una serie de acciones destinadas a proteger y promover los derechos de la menor o joven al cubrir las siguientes áreas:

1. Necesidades básicas.- Ofrecer alimentación, vestimenta y vivienda.
2. Educación.- Implica tanto el ámbito escolar como la enseñanza y transmisión de valores cristianos.
3. Empleo.- Brindar cursos de capacitación que les permitan adquirir habilidades que faciliten el desempeño en diversos oficios.
4. Salud.- Ofrecer servicios y asistencia médica y psicológica mediante el apoyo y ayuda de profesionales de la salud.
5. Cultura y recreación.- Favorecer la asistencia y participación en actividades culturales, implementar diversos talleres recreativos y culturales, y realizar actividades lúdicas.
6. Familia.- Ofrecer apoyo y asistencia psicológica a familiares con ayuda de profesionales de la salud para mejorar la dinámica e interacción familiar y facilitar, de ser posible, la reintegración de la menor o joven a su núcleo familiar.

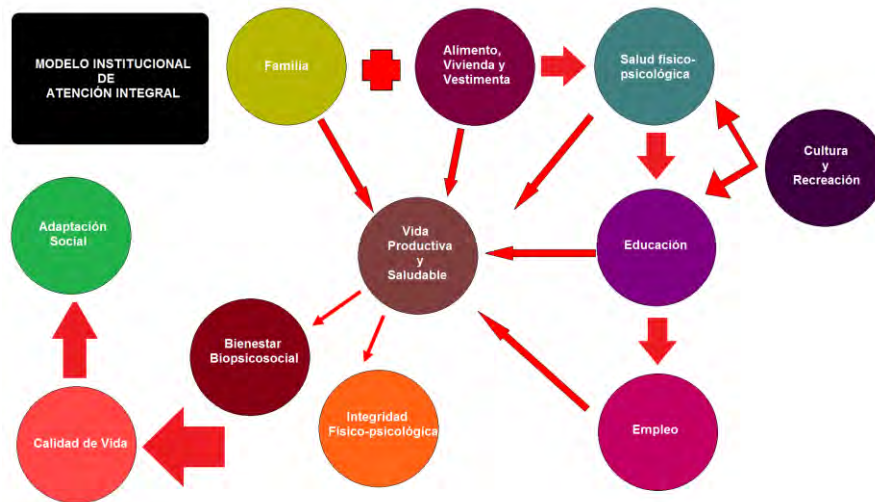


Figura 37. Representación gráfica de los rubros del Modelo de Atención Integral y de la vía por la cual se llega a la adaptación social de las niñas y adolescentes institucionalizadas en la Institución de Asistencia Privada Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez.

### *Mensajeros de la Paz México*

La institución Mensajeros de la Paz, México, surge en España gracias a la iniciativa del Padre Ángel García Rodríguez, que preocupado por los niños que no tienen un techo para vivir inicia en el año de 1962 en Oviedo, provincia de España. Este modelo llega a México, gracias a la intervención de un grupo de empresarios mexicanos preocupados por la problemática social del niño callejero que deciden iniciar operaciones en el Distrito Federal el 17 de noviembre de 1995 con la instalación de Hogares Funcionales.

Mensajeros de la Paz, México, es una obra social mexicana cuyo fin es la formación integral de menores que se encuentran en riesgo de calle y drogadicción debido a condiciones como pobreza extrema, maltrato, abandono y/o ambiente familiar inapropiado. Su labor principal es la de instalar hogares funcionales para que niños y niñas, hermanos entre sí preferentemente, vivan en un hogar estable y organizado.

Los hogares funcionales son unidades familiares donde conviven de ocho a diez

niños y niñas bajo el cuidado de educadores quienes realizan labores de padres sustitutos y son los responsables directos del desarrollo integral de los chicos.

#### Misión

Ofrecer un hogar alternativo, educación integral personalizada y plan de vida a niños y niñas desprotegidos para insertarse en la sociedad como hombres y mujeres de bien.

#### Visión

Consolidarse como una institución conocida y reconocida a nivel nacional e internacional por el impacto logrado en la atención de niños en riesgo, lo que la convierta en una líder en la prevención del callejismo.

#### Filosofía

La filosofía de Mensajeros de la Paz está sustentada por los principios que diferencian al modelo institucional y que funcionan como ejes del trabajo diario de todas las personas involucradas en la organización. Éstos son:

1. Modelo familiar contra orfanatorio.
2. Atención personalizada.
3. Potencial del ser humano.
4. Equidad de oportunidades.
5. Educación integral.
6. Reinserción a la sociedad.
7. Vida independiente.
8. Respeto al derecho de los niños.

#### Población

Niños y niñas de 4 a 12 años para ingresar, con problemas de desintegración familiar, orfandad, maltrato, abandono y/o enfermedad terminal de los padres, entre otros.

No se atienden a niños con proceso de calle o con alguna discapacidad por que no contamos con el personal y las instalaciones que esto requiere.

Los menores que reciben provienen de organismos públicos y privados, teniendo prioridad el grupo de hermanos. Las edades vienen marcadas por esta circunstancia.

#### Modelo Integral de Asistencia

El modelo integral de asistencia toma en cuenta las necesidades del niño a nivel práctico, físico, emocional, educativo, afectivo y social (ver Figura 38).

#### Objetivos Generales:

1. Acoger a menores, hombres y mujeres con problemas socioeconómicos y familiares en hogares.
2. Favorecer su evolución educativa-formativa propiciando las condiciones socio-ambientales que estimulen al máximo el desarrollo integral.
3. Procurar, cuando las circunstancias así lo aconsejen, el retorno a la familia de origen.

#### Objetivos Específicos

- Crear un ambiente educativo basado en el amor para niños, niñas y jóvenes que por diversas circunstancias carecen de vida familiar.

- Propiciar el desarrollo integral en un ambiente no institucionalizado.
- Fomentar la integración a la vida social de la comunidad.
- Preparar a la independencia y a la vida productiva.
- Reintegrar a la familia de origen, cuando así convenga.
- Propiciar el establecimiento de un plan de vida individual de acuerdo a la edad y a la vocación.
- Mantener el estado de salud físico y mental, mediante acciones preventivas y curativas.
- Favorecer el desarrollo de la autoestima, de la personalidad y de la emocionalidad con la finalidad de encontrar, definir y reforzar el sentido de la existencia.

Lo anterior se logra al:

1. Consolidar un órgano de gobierno eficaz, comprometido, interdisciplinario, activo y organizado.
2. Contar con suficiente personal altamente capacitado y comprometido.
3. Lograr una capacidad del fondo patrimonial del 60% del gasto anual.
4. Seguir contando con una sólida, transparente y eficiente administración como un apoyo real para la operación.
5. Crecer el número de hogares funcionales.
6. Establecer y consolidar un Sistema de Franquicia Social sano y eficiente.

De acuerdo al modelo institucional, los niños y jóvenes se incorporan al hogar para realizar las tareas educativas y formativas propias de su edad, utilizando los recursos sociales de la comunidad en la que están insertos.



Figura 38. Representación gráfica del Modelo Integral de Asistencia de Mensajeros de la Paz, México, IAP.

### *Fundación Renacimiento*

Fue creada en septiembre de 1997 y retoma las funciones principales de su antecesora "Casa de la Juventud" que operó de 1992 a 1997.

Actualmente, es una Institución de Asistencia Privada que se dedica a atender a niñas, niños y adolescentes que viven o han vivido en la calle y/o que por sus condiciones

sociofamiliares se considera que se encuentran en riesgo de salir a ella mediante el programa de atención integral. Sus principales características son:

- Política de puertas abiertas.
- Servicios de vivienda y alimentación.
- Atención médica, psicológica y pedagógica.
- Educación básica y talleres para aprender oficios.

De esta forma, busca lograr el desarrollo integral del individuo para reintegrarlo a la sociedad efectivamente.

También trabaja en la prevención con las familias de la comunidad cercana a la institución, a quienes se les brinda orientación, servicios y, en su caso, son canalizados a la institución que corresponda. Adicionalmente, labora con la población que aún pernocta en las calles a quienes busca sensibilizar a modificar positivamente su estilo de vida.

#### Modelo de Atención Institucional

El modelo de atención para lograr el proceso formativo y de reinserción social está constituido por cinco etapas:

1. Inducción transitoria.- Pretende crear en los muchachos hábitos de disciplina e higiene y valores que les permitan formular un proyecto de vida, mejorando, así, sus posibilidades de convivencia bajo un principio de respeto a sí mismos y hacia los demás.
2. Formativa de resocialización.- Busca que se integren a la dinámica de hogar, enseñando hábitos de convivencia, higiene, aceptación de normas sociales, adquirir un sentido de pertenencia a una familia (sus compañeros) e integrarlo al sistema educativo formal. Una vez identificada su problemática, se les incorpora a un programa interdisciplinario terapéutico para lograr la aceptación de este estilo de vida.
3. Estabilidad social.- El objetivo de esta etapa es consolidar los logros de las etapas anteriores para su progreso personal. El tiempo promedio es de 6-24 meses.
4. Inicio del despegue.- En esta etapa se prepara la separación del joven del proyecto. Se busca su incorporación digna y segura a la vida independiente. Dura de 6-18 meses aproximadamente.
5. Despegue.- En esta etapa se da un seguimiento al nuevo modo de vida de los egresados, aportando apoyos económicos en algunos casos durante un plazo de 6-12 meses posteriores a su salida.

En resumen, todos estos programas de intervención gubernamentales y no gubernamentales tienen en común los siguientes puntos:

1. Atención a las necesidades básicas.- Alimentación, vestimenta, vivienda, educación, recreación y empleo.
2. Atención a la salud.- Con el apoyo de profesionales en el área (p. ej.: médicos, psiquiatras y psicólogos).
3. Atención a la familia.- Con el objetivo de favorecer y promover la reintegración familiar que posibilite la inserción y adaptación funcional del menor o joven en la sociedad.

Dentro del área de salud, se encuentra la atención psicológica en sus modalidades individual y grupal. No obstante, las intervenciones en este campo se han dirigido a la prevención y disminución de conductas de riesgo, sexualidad, habilidades para la vida en cuanto a aprendizaje y adquisición de competencias necesarias para ser individuos

independientes, autónomos y autosuficientes, y al autoconcepto y autoestima del menor o joven. Adicionalmente, aunque abordan indirectamente variables como asertividad, ansiedad y depresión, no se tratan de manera eficaz porque las conductas que denotan falta de asertividad siguen presentes, y los síntomas y problemas asociados persisten y tienden a agravarse con el paso del tiempo. Además, variables como regulación emocional y bienestar subjetivo rara vez son tomadas en cuenta e incorporadas en sus modelos de atención. Por otra parte, llevan a cabo evaluaciones basadas en su experiencia clínica más que en escalas de medición pues usualmente no emplean instrumentos desarrollados y/o adaptados a la población en cuestión. Aunado a lo anterior, los modelos de intervención se plantean y proponen sin haber realizado un diagnóstico apropiado del problema tomando en consideración a los factores intervinientes y sin basarse en una comprensión integral y abarcativa del fenómeno. Razón por la cual en muchas ocasiones, los tratamientos implementados no se ajustan y adecuan a las necesidades detectadas y características observadas del grupo sociocultural bajo estudio. Debido a ello, el índice de impacto no suele ser el esperado. Por otro lado, referente a las intervenciones dirigidas a la salud mental de las y los beneficiarios, no especifican el modelo teórico en el que éstas se basan ni las técnicas implementadas dificultando, con ello, su réplica o reproducción en otros escenarios con poblaciones similares. Así, disminuye la confiabilidad y validez de dichas intervenciones. De igual manera, no hay programas de seguimiento y evaluación de las mismas. Con ello, se entorpece la posibilidad de determinar la eficacia e impacto del tratamiento. Así mismo, los programas de atención suelen elaborarse basándose en los objetivos de la institución misma más que en las características de los usuarios. Por último, de las organizaciones descritas anteriormente, tan solo dos instituciones asistenciales privadas atienden exclusivamente a población femenina en situación de calle.

A pesar de que los modelos de atención de las diversas instituciones presentan deficiencias, cabe destacar que cumplen una función muy importante de contención y de protección de la integridad físico-psicológica del menor o joven pues proporcionan la oportunidad de obtener mejores condiciones de vida y de preservar y promover la salud. Sus limitaciones se deben a la falta de recursos para llevar a cabo investigaciones que les permitan mejorar sus programas tomando en consideración las necesidades y características de sus usuarios, hacer seguimientos y evaluaciones de los mismos. La demanda de la población y el crecimiento gradual de ésta superan sus capacidades de atención. Son muchos los individuos que requieren atención y pocos los recursos para tratarlos. Además, los bienes se usan principalmente para satisfacer sus necesidades básicas ya que es la preocupación central por las condiciones en las que ingresan a la organización (p. ej.: desnutrición, enfermedades e infecciones dérmicas, gastrointestinales, respiratorias y sexuales, problemas dentales, falta de hábitos de higiene, carencia de vestimenta, retraso escolar y analfabetismo, etc.). El resto de los recursos se destina a cursos de capacitación, actividades lúdico-recreativas y atención a la salud psicológica. Como tal, no se cuenta con los bienes necesarios para realizar investigaciones científicas. Adicionalmente, no tienen suficiente personal para ello puesto que el existente en ocasiones no es suficiente para cubrir las demandas de la población atendida. Razón por la cual resalta la necesidad de involucrar la participación de la sociedad como voluntarios y donadores de recursos y de promover y fomentar el hacer investigaciones científicas con este tipo de poblaciones marginales en las instituciones de educación superior y otras afines que tengan la infraestructura para ello. De este modo, se apoya la labor de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales brindando una solución gradual a una problemática que, de no ser así, persiste y se agrava con el transcurrir de los años.



## **Capítulo II. Mujeres en situación de calle**

Una niña o adolescente es una persona menor de edad del género femenino sujeta de derechos y obligaciones, viviendo una etapa de su existencia de intenso crecimiento, desarrollo y formación, y que por su edad y condición de género se encuentra en un estado especial de dependencia y vulnerabilidad (Entrena, 2001; Eroles et al., 2001; Ovidio-López, 1990; Riquer-Fernández, 1998a; Riquer-Fernández & Eternod, 1998). Por ello, ser niño o niña representa una diferenciación no sólo biológica sino cultural, pues lo que la sociedad atribuye al ser mujer dista mucho de lo que significa ser hombre, sobre todo cuando se carece de una residencia fija o estable o y se corre el riesgo de abandonar el hogar (Guillén-de Maldonado & Asport, 1995; Leñero, 1998; PNUFID, 1998; Riquer-Fernández, 1998b). Consecuentemente, los niños difieren en sexo y género, estatura, peso y complexión, salud y nivel de energía, fuerza y capacidades físicas, inteligencia, temperamento, personalidad y reacciones emocionales (Papalia et al., 2009). Sin embargo, la fuerte preponderancia histórica de los niños en situación de calle ha conducido a percibir todo interés en las niñas como algo marginal a la constitución del fenómeno mismo (M. Raffaellia et al., 2000; Salter, 2003; L. Vega et al., 2002). Por ejemplo, en México, rara vez, si es que nunca, se ha hecho referencia a las niñas y adolescentes en situación de calle en las investigaciones realizadas. Además, destaca la inexistencia de programas gubernamentales asignados a la investigación de dicha problemática (G. Rodríguez, 2010), y la atención que se les ha brindado se ha basado en modelos pensados para varones (A. Estévez, 2009; Rábago-González, 2009), puesto que se suelen aplicar las características de los hombres aplicándolas a las mujeres por igual. Por tanto, los intentos por trabajar con ellas se ven obstaculizados por la falta de conocimiento sobre las diferentes experiencias que enfrentan al abandonar el seno familiar en comparación con los hombres. Debido a ello, poco se conoce sobre el ajuste diferencial de niños y niñas en situación de calle. También, el obtener conocimiento y trabajar con ellas se ve entorpecida porque tienden a ubicarse en áreas muy amplias y dispersas de la ciudad y están en constante movimiento. Así mismo, por estar en situación de “fuga”, son muy desconfiadas, muchas veces no están en condiciones óptimas para conversar a causa de los efectos producidos por el consumo de sustancias tóxicas y por su vida transitoria, sobre su estado psicológico, y no desean ser identificadas y localizadas, ante lo cual ocultan información sobre su procedencia, nombre, edad y situación familiar, principalmente.

Entonces, en este capítulo, para poder comprender el fenómeno de las niñas y jóvenes en situación de calle, se abordará de manera general dicha problemática para que así, con los antecedentes teóricos obtenidos, se puedan identificar los factores que mantienen, controlan e influyen la conducta que permitan la generación de hipótesis mediante las cuales se deriven las proposiciones de tratamientos efectivos dado que la meta en la terapia cognitivo conductual es acercar a los individuos a los niveles normativos de funcionamiento y reducir el riesgo de daño y desadaptación social.

Se hablará específicamente de las niñas y adolescentes en situación de calle porque constituyen la población de menores en situación de calle más afectada y desprotegida ya que son presa fácil de la explotación laboral y sexual, de violencia física y psicológica, del tráfico de drogas, la delincuencia y la marginación social. Adicionalmente, continúan con el mismo maltrato por el cual huyeron dado que, una vez en la calle, son constantemente acosadas por sus compañeros, empleadores y autoridades policíacas e incluso violadas (Áviles & Escarpit, 2001; Barragá;n-Rodríguez, 2010; Barr-Dinn, 1995; H. Benítez, 2000; Castro-Cavero, 2008; CDHDF et al., 1996; Demetrio, 2006; Espínola et al., 1989; R. Gutiérrez & Vega, 1997, 1998; K. Lalor, 1999; PNUFID, 1998; QUIERA et al., 1999; UNICEF & DIF, 2004; L. Vega & Gutiérrez, 1998; L. Vega et al., 2002).

Por otra parte, son objeto de amenazas, intimidaciones, discriminación, censura, maltrato, robo y cuestionamientos sobre su honorabilidad por otros menores y jóvenes en situación de calle, las autoridades y otras personas que las rodeen (A. Bautista & Conde, 2006; Capuzzi & Gross, 2008; Castellanos et al., 2006; Cepero, 2005, 2006; R. Gomes, 1996; A. Hernández, 2005a, 2008; OIT, 2000; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b, 1996c). Respecto a esto, algunos autores (A. Hernández, 2005b, 2006; Leñero, 1998; Oakley & Salazar, 1993; L. Rodríguez, 2007), mencionan que la imagen que se tiene de las mujeres de la calle como prostitutas se traslada a la niña callejera. Pojomovsky (2008a, 2008b), señala que el riesgo de exponerse a situaciones de abuso sexual y de ser tratadas como prostitutas puede ser sutilmente legitimado en tanto se trate de “chicas de la calle”, es decir, de “ningún hombre” y, como tal, con su cuerpo y su sexualidad a disposición pública. Por lo cual, la vida en la calle para las mujeres acarrea sanciones morales y repercusiones sociales que no pesan sobre los hombres.

Consecuentemente, es importante obtener información sobre ellas a partir de la cual se pueda determinar su perfil y, por ende, el ajuste diferencial de niños y niñas en situación de calle. Para ello, en la presente sección se abarcarán, como en el caso de la población infantil y adolescente en situación de calle, aspectos sociales y relacionados a la salud, su vida sexual y sus relaciones afectivas, sus características psicosociales enfocándose en la asertividad, la regulación emocional, la ansiedad y la depresión, sus conductas de riesgo (ver Figura 39) y, por último, los posibles factores de riesgo y consecuencias de dicha problemática (ver Figura 40).

Cabe destacar que, como en el caso de los menores y jóvenes en situación de calle, la mayoría de las investigaciones realizadas han sido de corte sociodemográfico, legal y epidemiológico dejando de lado el aspecto psicosocial. De ahí, que se tengan más datos sobre dichas cuestiones.

## **Perfil**

### Características Sociales y relacionadas a la salud

Referente a aspectos sociales y relacionados a la salud, se abordarán cuestiones como la prevalencia, la edad, la escolaridad, las labores realizadas, las sustancias consumidas y su salud física y mental.

Aproximadamente entre el 10 y el 30% de la población callejera infantil y adolescente son mujeres; es decir, unos 30 millones mundialmente (Cepero, 2005, 2006; A. Gomes, 1997; Harvey, 2005; Scanlon et al., 1998). De acuerdo con diversos autores (H. Benítez, 2000; CDHDF et al., 1996; COESNICA, 1992; Dimenstein, 1994; R. Gomes, 1996; Guareschi et al., 2003; M. Raffaellia et al., 2000; Riquer-Fernández, 1998b), esta circunstancia se puede explicar por dos razones:

1. Por cuestiones culturales, las niñas y jóvenes son más protegidas y apegadas a la familia. Entre las clases populares, sobre todo en provincia, se promueve la salida a la calle de los niños para la obtención de recursos. A diferencia de las niñas, a quienes se les protege y limita su universo al ámbito familiar dentro de la casa. A los hombres se les alienta a ser independientes y a trabajar para ganarse la vida. En contraste, a las niñas se les inculcan las labores domésticas y la permanencia en el hogar. Si salen, lo hacen bajo ciertas condiciones, bajo el control de los padres, y si deben trabajar, lo hacen de preferencia para conocidos. Las mismas pautas culturales hacen que las mujeres sean menos rebeldes que los varones, lo que las lleva a ser más pasivas y a soportar más los conflictos familiares. Mientras que los niños se fugan, ellas generalmente se apegan a lo que queda de la familia.

Por consiguiente, la presencia de niñas sin hogar viola las normas culturales para el comportamiento femenino, y se asocia con el mal funcionamiento familiar.

2. Por las otras opciones de vida que pueden elegir como serían el integrarse a los círculos de prostitución o trabajar de empleadas domésticas, en bares, hoteles, etc., razones por las cuales las niñas no son “tan visibles”. Por ejemplo, en Colombia, la población femenina callejera es definida por la población en general como prostituta y no como mujeres en situación de calle (K. Lalor, 1999).

Estas otras formas de vida no implican para ellas menos riesgos y más protección. Por el contrario, las hace más propensas a sufrir abusos, ya que son presas fáciles de todo tipo de agresiones, incluyendo las sexuales.

Referente a la presencia de niñas y jóvenes indígenas en la calle, de acuerdo con Pierre (1996), es minoritaria debido a razones esencialmente culturales. Los grupos indígenas siguen organizados y con modelos familiares arraigados, en los cuales los lazos intrafamiliares y redes sociales son de suma importancia y están caracterizados por fuertes vínculos de solidaridad. En caso de ausencia de los padres, siempre existe una alternativa que permite al menor recibir la atención y el cuidado que necesita, ya sea mediante un pariente cercano o lejano. Por lo tanto, aunque sufran el descuido de sus padres, los niños no son abandonados y siempre tienen otra alternativa que el abandono del seno familiar.

En cuanto a la edad, en su mayoría tienen entre 7-18 años. Aunque, como el proceso de callejerización puede ser progresivo, la primera llegada a la calle puede darse a edades más tempranas, pero es temporal y alternando con retornos a sus hogares o instituciones. Por ejemplo, en el Distrito Federal, las niñas y jóvenes se encuentran en su mayoría entre los 0-10 años de edad (UNICEF & DIF, 1996).

Sobre su nivel educativo, usualmente saben leer y escribir. No obstante, por la falta de práctica, tienden a olvidar este conocimiento. Su asistencia a la escuela está marcada por ausencias constantes y por resultados deficientes producto de combinar la escuela con un trabajo y/o vivir situaciones familiares problemáticas. Adicionalmente, es discriminada en el seno de su hogar puesto que únicamente se favorece la educación del hombre (Barr-Dinn, 1995; Castro-Cavero, 2008; García-Ugarte, 1989; Godard, 2003; Lucchini, 1996; Mansilla, 1989; OIT, 2000; UNICEF & DIF, 1996), sobre todo cuando las condiciones económicas familiares se tornan negativas (Post, 2003; Riquer-Fernández, 1998a). Su escolaridad y capacitación no son prioritarias. Como tal, el acceder a una formación profesional y/o capacitación laboral es algo que escapa y dista para la mayoría de ellas. De hecho, para el 2001, de los 120 millones de menores que no asistían a la escuela, el 53% eran niñas (Annan, 2001). Para el 2007, de los 130 millones de niños en edad escolar en el mundo que crecieron sin recibir educación básica, 73 millones eran niñas. En México, había 750.6 mil niñas y 712.7 mil niños que no asistían a la escuela (Educación sin Fronteras, 2007). Este punto es importante porque a menor nivel educativo, mayor la posibilidad de que inicien su vida sexual y reproductiva más tempranamente (Proyecto de Educación a Distancia, 1996c).

Las actividades que realizan en las calles son predominantemente las siguientes: vendedoras ambulantes, mendicidad, limpieza de parabrisas, actuación en la calle, servicio doméstico (De Rueda, 2007; A. Hernández, 2005a; Medina-Mora et al., 1997; Pojomovsky, 2008a, 2008b; Roze et al., 1999; UNICEF & DIF, 2004), y, dentro de las ilícitas, el robo, la venta de drogas y, principalmente, la prostitución (A. Bautista & Conde, 2006; Calderón-Gómez, 2003; Castillo & García, 2002; Cordera et al., 2008; De Rueda, 2007; DIF, 2006; Jones, 2009; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Trinidad, 1998; Viera-Dornelles, 2009). A nivel mundial, inician la prostitución entre los 10-12 años en un

7.7% de los casos y en un 61.5% entre los 13-14, y el resto entre los 15-16 años. La prostitución las lleva a realizar conductas de riesgo como la automutilación y el intento de suicidio (Demetrio, 2006). En la Ciudad de México, varios autores (Áviles & Escarpit, 2001; EDNICA et al., 2010), encontraron que las formas de sobrevivencia están más ligadas a la mendicidad y a las prácticas de sexo remunerado. El sexo recompensado se refiere a la modalidad que utilizan los menores para obtener beneficios económicos y materiales, sin que ello implique la profesionalización del trabajo sexual y de forma aún más importante es que no asumen la identidad propia de la prostitución (Ennet et al., 1999; J. Greene et al., 1999; Hong et al., 2010; J. Pérez, 2003).

Por otro lado, por su condición femenina y su falta de preparación escolar y laboral encuentran mayores dificultades para encontrar un espacio en el mercado de trabajo formal (A. Bautista & Conde, 2006; Espínola et al., 1989; Helander, 2008; Núñez, 1997; PNUFID, 1998; Proyecto de Educación a Distancia, 1996a; QUIERA et al., 1999; UNICEF & DIF, 2004). Por ejemplo, en México, es común que el 42% incurra en la prostitución por no encontrar trabajo (Entrena, 2001). Se prefiere la mano de obra masculina por ser más fuerte, porque rinde más y porque está menos expuesta a los peligros de la calle y de otros lugares de trabajo (Mendelievich, 1980).

Así mismo, no son bien remuneradas por sus jornadas laborales y son víctimas de explotación laboral y sexual por sus empleadores.

Referente al uso y abuso de sustancias, las más utilizadas son de tipo inhalantes (el activo, el cemento, el thinner y el resistol 5000) y, en menor proporción, las gotas farmacológicas y la marihuana. De hecho, en la Ciudad de México, el 70% de las niñas que tiene 12 años y vive en las calles consume inhalantes (Medina-Mora, 2000). Adicionalmente, presentan las mismas razones y consecuencias de consumir drogas mencionadas con anterioridad (ver apartado de Perfil, Capítulo I), incluyendo, además, la alteración de su ciclo menstrual (A. Hernández, 2008; R. Gutiérrez & Vega, 1998), y el hecho de que bajo el efecto de las sustancias tóxicas corren el riesgo de ser violadas en una proporción mayor que los varones (Guillén-de Maldonado & Asport, 1995; Medina-Mora, 2000).

Es habitual que se provean de drogas en algunos puntos de la ciudad conocidos por ellas o directamente con personas mayores con las que conviven (Pierre, 1996). Aunado a lo anterior, al menos en este grupo social, las drogas se asocian a la prostitución porque permite a la menor superar las inhibiciones que la bloquean al momento de prostituirse. Cuando una niña o adolescente no se dedica a la prostitución pero se droga, es más fácil que pueda consentir prácticas sexuales sin la protección necesaria contra las enfermedades de transmisión sexual por los efectos desinhibitorios de las sustancias consumidas (Castro-Cavero, 2008; Jones, 2009; Riquer-Fernández, 1998b). Del mismo modo, la prostitución le permite tener acceso fácil a las drogas por lo que dicha situación se torna un círculo vicioso (CDHDF et al., 1996; PNUFID, 1998). Una vez que han entrado al mundo de la prostitución, es casi imposible que salgan de él por la estrecha vigilancia que sus explotadores ejercen sobre ellas (Gomezjara et al., 1995).

Por otro lado, es común que tengan relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, que se automutilen e intenten suicidarse (Demetrio, 2006; R. Gutiérrez & Vega, 1997).

Finalmente, respecto a su estado de salud físico-mental, la literatura de investigación reporta que usualmente padecen una serie de enfermedades y deficiencias entre las que destacan las venéreas porque, al tener múltiples parejas, las niñas están particularmente expuestas a contraer enfermedades e infecciones de transmisión sexual como la gonorrea, la sífilis, la tricomoniasis, la monoliasis vaginal y el SIDA.

Como se puede observar, existen similitudes entre las características sociales y aquéllas relacionadas a la salud del varón y de la mujer en situación de calle. A pesar de ello, las niñas y adolescentes en riesgo de calle y de la calle se encuentran en un estado de mayor marginación y discriminación sociales dadas las diferencias en cuanto a condiciones en las que se desenvuelven.

### Vida Sexual

La sexualidad está compuesta por varios factores: los anatómicos, biológicos y fisiológicos implicados en el comportamiento sexual que interactúan con los psicológicos y los socioculturales para conformar los pensamientos, las emociones y la conducta relacionada con la sexualidad. Al formar parte del ciclo vital del ser humano, influye en la salud física y mental de las personas así como en la dinámica de las relaciones interpersonales cercanas ya que favorece en los individuos el deseo de estar juntos, promoviendo la intimidad y la cercanía. Por ende, otro aspecto primordial lo constituye la actividad sexual de las niñas y adolescentes en situación de calle, que comúnmente inicia muy tempranamente entre los 11-12 años de edad en el seno familiar (Cueli, 1980; Guillén-de Maldonado & Asport, 1995; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b). De hecho, en México, el 88% sufre agresiones sexuales en su hogar y el 29% son niños de entre 10-17 años. Además, el 37% incurre en la prostitución como resultado del maltrato y acoso sexual en sus familias (Entrena, 2001).

Durante su vida en la calle, las menores son solicitadas para mantener relaciones sexuales rutinariamente. Por lo que, para esta población, las relaciones sexuales, aparte de ser frecuentes y sin el empleo de métodos anticonceptivos (L. Vega & Gutiérrez, 1998), pueden convertirse en su medio de subsistencia (Barr-Dinn, 1995; V. Castro, 2001; Demetrio, 2006; Espínola et al., 1989; Jones, 2009; PNUFID, 1998; G. Rodríguez, 2010). Como consecuencia de encuentros sexuales rutinarios, las niñas y jóvenes tienden a embarazarse y abortar regularmente. De hecho, K. Juárez (2007) menciona que de cada seis niñas y adolescentes en situación de calle, tres están embarazadas. Lo que es más, una de cada diez niñas y adolescentes que viven en la calle son madres de uno a tres hijos antes de los 18 años de edad (V. Castro, 2001; Luna-Guerrero, 1997), y pueden llegar a los 21 años hasta con cinco hijos (A. Estévez, 2009). Los embarazos son de alto riesgo porque la madre no está en condiciones (presentan graves deficiencias en su salud y enfermedades de todo tipo incluyendo las venéreas), para que el producto se forme completamente o tiene problemas durante el parto, causando en la mayoría de los casos la muerte de la madre y/o el producto (Capuzzi & Gross, 2008; Children's Rights Network in México, 2005; Liebel & Martínez, 2009). Cuando son obligadas a abortar, lo hacen en la clandestinidad en condiciones insalubres y en manos de personas no profesionales (H. Benítez, 2000; Calderón-Gómez, 2003; Dimenstein, 1994; Riquer-Fernández, 1998b).

Dentro de los embarazos, éstos son no planeados y no deseados. Ante lo cual, sus prácticas de crianza suelen ser violentas y/o negligentes (Builes et al., 2006; Cárdenas, 2010; De Rueda, 2007; A. Hernández, 2005a). Por ejemplo, mientras están embarazadas y tienen a sus hijos, se drogan, comen poco, duermen menos y se exponen a situaciones de riesgo que conlleva la vida en la calle (A. Hernández, 2008). Castillo y Juárez (2002) mencionan que las niñas-madres acercan el cemento o la estopa impregnada con solvente a sus bebés para que inhalen y así dejen de llorar ante la falta de alimento. Aunado a lo anterior, si el bebé no es deseado, representará una carga adicional a las enormes limitaciones de la madre y no podrá aspirar a tener una mejor forma de vida (Proyecto de Educación a Distancia, 1996c). En contraste, L. Rodríguez (2007) y R. Gomes (1996) mencionan que las niñas en situación de calle asumen la maternidad bajo el concepto de cuidado, protección y amor que ellas no recibieron. Las niñas y adolescentes madres piensan que con el amor que no tuvieron y que sí le pueden

dar a su bebé, éste sobrevivirá. En este caso, la maternidad puede constituir un medio para ser valoradas por su pareja y así tener su compañía, dado que consideran que con un hijo(a) obtendrán reconocimiento, retendrán a la pareja y reafirmarán su paternidad (Carro et al., 1995). Constituye, además, una forma de que sus compañeros de grupo les brinden más atenciones y cuidados por su condición de madres y, por otro lado, les puede generar un estatus mayor que el que tienen las otras niñas que no tienen hijos o no están embarazadas (Márquez, 2010).

Por otra parte, Pierre (1996) menciona que al nacer su hijo, las niñas y jóvenes en situación de calle tienen dos opciones:

1. Conservar a su bebé.- En estas circunstancias, el bebé crecerá bajo las mismas condiciones que ellas: insalubridad, desnutrición, falta de atención médica, uso continuo y prolongado de drogas, y maltrato y violencia, entre otros. Adicionalmente, cuando las niñas-madres deciden permanecer en la calle, instituciones asistenciales públicas y privadas las separan de sus hijos con el argumento de que no serán o son buenas madres y que su intención es que los bebés crezcan en mejores condiciones de vida (Castro-Cavero, 2008; Liebel & Martínez, 2009). Tales situaciones generan en las madres sentimientos negativos hacia las instituciones y la sociedad en general, y todo ello trae como consecuencia el incremento en el consumo de drogas y la no adherencia institucional por ellas (A. Hernández, 2008); situación que también se presenta en Estados Unidos (C. Zlotnick, Robertson & Tam, 2003).
2. Abandonarlo en las calles, dejarlo con su familia o en las instituciones.- Si es abandonado en la calle, difícilmente sobrevivirá a ésta. Si deciden dejarlo encargado con familiares, es de suponerse que el bebé sufrirá las mismas discriminaciones y afecciones que hicieron huir a su madre, o que sea rechazado y dado en adopción. Por otro lado, las instituciones no cuentan con la infraestructura para atender la demanda de los niños abandonados y/o descuidados, contribuyendo, de esta manera, a que el problema crezca (Pojomovsky, 2008a, 2008b).

Como puede notarse, resalta la carencia de información respecto a cómo las menores y jóvenes en situación de calle viven y experimentan su sexualidad. Se sabe que constituye una vía tanto para la expresión de afecto como para la búsqueda de cercanía con otros. Pero también, al no tener las niñas y adolescentes concepciones claras al respecto, al haberse iniciado su sexualidad comúnmente producto de una violación, al convertirse ésta misma en un medio de subsistencia y al desenvolverse las jóvenes y niñas en un ambiente en donde se favorece el tener múltiples parejas, la prostitución y el abuso sexual, se convierte en un modo de fomentar la violencia, el dolor, la aversión, el desagrado y la insatisfacción repercutiendo, así, en la calidad de sus relaciones interpersonales y, por ende, en su bienestar biopsicosocial.

### Relaciones Afiliativas

Una cuestión de suma importancia en la vida de las niñas y jóvenes en situación de calle lo constituyen las relaciones afectivas dentro de las cuales se incluyen a la familia, al compañero sentimental y al grupo de iguales.

#### *Familia*

En el caso de las niñas y adolescentes en situación de calle, los estudios reportan que se observan los mismos tipos de familias que en el caso de los varones. Empero, su rol y condición que ocupan dentro de dichos hogares son completamente diferentes. A

continuación se describen de manera breve y general las características de las familias expulsoras de las menores (PNUFID, 1998).

#### I. Familias que residen en el campo

Se trata de aquellas familias numerosas que suelen vivir en zonas marginadas que carecen de servicios médicos, luz, agua potable, drenaje y escuelas entre otros. En este seno familiar, las niñas y adolescentes pocas veces pueden asistir a la escuela, pues se incorporan a las labores del campo conduciendo a que su nivel académico sea bajo y con casi nulas oportunidades de superación. Las actividades familiares se centran exclusivamente en la siembra de temporal, labor que la mayoría de las veces apenas es suficiente para cubrir las necesidades básicas. Razón por la cual, ante la imposibilidad de satisfacer otros requerimientos del grupo y debido a la falta de oportunidades de trabajo, algunos de sus miembros se ven obligados a abandonar a sus familias y emigrar a las ciudades en busca de trabajo. Por las mismas condiciones, en ocasiones, entregan a sus hijos a parientes cercanos o conocidos que viven en las grandes urbes para que les ayuden a mantener la economía familiar. Dentro de este contexto, la niña pierde contacto con los centros institucionales, que favorecerían un crecimiento cultural y material como lo son la escuela y la familia. Sin estos vínculos, las niñas salen expulsadas del ámbito familiar.

#### II. Familias que se trasladan de un lugar a otro en función de la oferta de trabajo

Son aquéllas que dependen de la demanda de mano de obra y de los diferentes requerimientos de los cultivos regionales para su subsistencia. Regularmente no cuentan con un espacio físico permanente y su vivienda. La mayoría de las veces ésta se compone de un solo cuarto. Las menores resienten la inestabilidad y la movilidad de la familia. Su educación formal es prácticamente imposible, porque se ven obligadas a trabajar pues el salario que reciben sus padres es insuficiente. Una gran cantidad de ellas se dedica a la pizca y recolección de frutos como el algodón, el jitomate y el corte de la cebolla dado que son más habilidosas para estas tareas que los hombres. La familia, al finalizar la temporada de las cosechas, regresa nuevamente a su lugar de origen. En este retorno, algunas niñas se quedan en la zona de trabajo de su familia y comienza el camino de convertirse en una niña de la calle.

#### III. Familias que tienen poco tiempo de vivir en la ciudad de México

Se trata de aquellas familias que provienen de zonas rurales del interior del país, principalmente de los estados del sur como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Tabasco y el Estado de México. Suelen conformar asentamientos en la periferia de la metrópoli en las llamadas ciudades perdidas o los cinturones de miseria en las colonias marginadas careciendo, así, de los servicios más elementales. Si residen dentro de la ciudad, viven en vecindades o edificios viejos, en una habitación pequeña en la que regularmente se hacían de cinco a quince miembros con parientes o conocidos que llegaron tiempo atrás. Debido a ello, siempre están en riesgo de ser abusadas.

#### IV. Familias de origen campesino cuya segunda y tercera generación nacieron en la Ciudad de México

Aquéllas que tienen en común bajos recursos económicos. Sus integrantes se ven obligados a buscar la subsistencia en empleos con salarios mal remunerados, esporádicos y muchas veces caen en la delincuencia, el robo o la prostitución. Sus miembros presentan grados de desnutrición y bajo nivel educativo. Regularmente una familia en estas circunstancias se encuentra rodeada de otras familias en condiciones

similares con problemas de desintegración y/o disfunción familiar, alcoholismo, drogadicción, etc. De tal manera que la problemática se agranda y se encierra en sí misma, brindando pocas alternativas de cambio. Viven en un medio hostil en donde existen pocos centros recreativos y culturales, las calles están llenas de niñas y adolescentes que pasan la mayoría del tiempo en ellas fumando, tomando alcohol o drogándose, adultos ingiriendo las mismas bebidas o tirados en las banquetas completamente ebrios. Como resultado, las relaciones de las niñas y adolescentes se estructuran en función del pandillerismo, las relaciones sexuales sin compromiso y el robo o la droga. Con la ausencia del padre y/o la madre, los conflictos que viven y la eventual incorporación de nuevos miembros como padrastros, madrastras, hermanastros, tíos, primos, etc., la familia resiente los cambios en su estructura, se desorganizan los roles y, si a esto se le añade las precarias condiciones de espacio, higiene y salud, se tiene una situación alarmante. Los padres dedican casi todo su tiempo al trabajo; el estrés y las presiones de la vida cotidiana los insensibiliza paulatinamente. Los lazos afectivos se ven fracturados y la pérdida del respeto es una consecuencia inmediata. En este ambiente niños y niñas son educados y, en consecuencia, tienden a repetir los mismos patrones y conductas. Cuando sus hijos empiezan a manifestar comportamientos inadecuados, algunos padres se sienten culpables de haberlos abandonados y desatendido. Como resultado, toman actitudes de complicidad hacia las conductas erróneas de sus hijos y, por lo mismo, no pueden enseñarles los límites y consecuencias de sus actos. La menor sale expulsada del hogar por abuso sexual.

#### V. Familias de niñas-madres de la calle

Se refiere a familias que se han generado en la calle. Su vivienda la constituye la coladera, debajo de los puentes, con amistades, en hoteles o casas abandonadas, con las condiciones higiénicas deficientes, con riesgo de contraer muchas enfermedades o donde el niño nace con un síndrome de abstinencia, por el consumo de alguna droga por la madre.

En conclusión, la familia de las menores y jóvenes en situación de calle habitualmente constituye un factor de riesgo dado que se caracteriza por ser inestable, disfuncional y por vivir en entornos que propician su desintegración. Aunque cabe destacar que, en ocasiones, puede suscitarse el caso de que sean una fuente importante de seguridad y protección para las mismas.

#### *Pareja y grupo de pares*

Las relaciones afectivas representan un aspecto fundamental en la vida del individuo porque contribuyen a su desarrollo óptimo y a su adaptación funcional dentro de la sociedad. Su carencia o deficiencia repercute en su estado de salud física-mental pudiendo llegar a generar ansiedad, depresión, frustración, estrés, hostilidad y soledad, entre otros problemas. En consecuencia, aparte de abordar las relaciones afiliativas familiares, también se hablará, a continuación, acerca de las interacciones amorosas y amistosas en las menores y jóvenes en situación de calle.

Al abandonar el nicho familiar, las niñas y adolescentes rápidamente se van juntando con grupos de niños en situación de calle con quienes comparten antecedentes familiares, experiencias y sufrimientos. Dichos grupos se caracterizan por ciertos componentes: su ubicación, cantidad de miembros y composición, el líder, la actividad y edad de los menores.

En cuanto a su ubicación, cada grupo se localiza en una zona geográfica de la cual, por lo general toman su nombre. Por ejemplo, la del Observatorio, la de Tacubaya, etc.



El número de miembros varía de 10 a 30, pero cambia constantemente por el desplazamiento de sus integrantes, ingresos a hogares, migraciones, etc. Su composición es variable; puede estar conformada únicamente de niños y jóvenes o sólo por niños. Actualmente, también existen familias callejeras. Estas familias marginadas generalmente están formadas por madres solteras en condición de extrema pobreza y vulnerabilidad que no tienen otra alternativa para sobrevivir que la calle. A este grupo se suman las niñas-madres de la calle que deciden conservar a sus hijos con ellas. Las niñas son siempre una minoría con una proporción de 2 a 3 por cada 10 niños. No existen grupos conformados únicamente por niñas, pero pueden darse casos en los cuales son ellas las que desempeñan el rol de líder (Pierre, 1996), puesto que, el medio en el que viven, las lleva a asumir un modelo masculino modificando, así, tanto su apariencia como su comportamiento y forma de hablar, que les permite conseguir el respeto de los varones y competir con ellos por igual consiguiendo, de esta manera, dicho liderazgo (Demetrio, 2006).

Finalmente, referente al liderazgo, éste es asumido por los que suelen ser los más grandes, de quien también pueden tomar el nombre del grupo (p. ej.: "los del Moro"). En algunos grupos existe una rotación permanente del que desempeña el rol de líder y, en otras, las decisiones se toman en conjunto, sin que se reconozca alguna autoridad.

Por otro lado, dentro de su grupo de pares, la posición de las niñas es ambigua y refleja en gran medida el papel que se les ha sido inculcado en las familias. Por representar la figura femenina son respetadas y tienen cierta autoridad materna. Pero por ser del sexo femenino, aparte son víctimas de abusos y maltratos. Ellas se conforman y aceptan el rol social y la condición de inferioridad que les asignan. Como tal, al interior de su "banda" son discriminadas, repudiadas y tratadas como objetos sexuales. Cuando se convierten en madres, adquieren un rol de respeto, admiración y autoridad (Capuzzi & Gross, 2008). De hecho, los varones esperan que si llegan a convertirse en sus esposas sean vírgenes, las futuras madres de sus hijos y fieles (A. Hernández, 2006).

Sus relaciones son de dependencia porque se someten a los niños, sobre todo a su pareja, y adoptan posturas maternas con los más jóvenes. Lo que es más, no se les permite trabajar pues es el papel asignado a los hombres. Suelen elegir como pareja a los líderes de las bandas o a los más grandes e inquietos. Estas relaciones les permiten ocupar un espacio reconocido en el grupo, tener el beneficio de cierta protección y sobre todo limita los abusos de menores y jóvenes de otros grupos en contra de ellas: pocos se atreven a molestar o maltratar a la compañera del líder porque le temen. Esto no significa que se salven de la violencia puesto que sus parejas las maltratan con frecuencia. Aunado a lo anterior, son obligadas a acceder a los requerimientos sexuales de las mismas, quienes también las obligan a participar en actividades delictivas (Magazine, 2006; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c), y a consumir droga (R. Gutiérrez & Vega, 1998). Para los líderes, estas relaciones son una manera de afirmar su posición, y el tener una novia puede ser considerado como un "privilegio" al cual no todos tienen derecho ni acceso. De igual manera, conforme va aumentando el arraigo a la calle y la farmacodependencia, se agudiza el daño psicológico y tienden a involucrarse con varios hombres y a cambiar de pareja con mucha frecuencia (Castro-Cavero, 2008; Pierre, 1996; L. Vega et al., 2002).

En resumen, las niñas y adolescentes en situación de calle pertenecen a grupos domésticos de carácter complejo. Esto es agrupaciones con unidades de amigos (p. ej.: familiares nucleares, matrifocales o de personas solas, entre otras), que se caracterizan por residir en el mismo espacio, compartir recursos y procurar convivir amistosamente entre ellos. Mediante la mediación sociocultural de estos grupos domésticos, las adolescentes experimentan diferentes fenómenos: el uso de inhalables como un gusto

irresistible y la adicción entendida como una costumbre, las prácticas sexuales sin ningún tipo de protección, el embarazo no planeado, los antecedentes de violencia en los abortos, los partos riesgosos, la autoatención y la ayuda institucional como un medio para obtener un servicio médico, entre otros. La conjugación de estos fenómenos los hace sumamente complejos de forma tal que estas jóvenes los experimentan como algo contradictorio, confuso, incierto, misterioso, ambivalente, fatal y paradójico (R. Gutiérrez & Vega, 1997).

Por tanto, para las niñas y adolescentes en situación de calle, las redes sociales, por un lado, son una fuente importante de compañerismo y protección. Particularmente cuando se enferman o son agredidas en la calle, su grupo supone una función protectora sin la cual muchas de ellas no podrían sobrevivir (Cepero, 2005, 2006; Jones, 2009; K. Lalor, 1999). Así mismo, un compañero es muy importante en su desarrollo emocional y socio-afectivo (P. Murrieta, 2010), de tal manera que la ausencia, abandono y/o falta de apoyo de la pareja conduce a fuertes estados depresivos, a intensos periodos de intoxicación e inclusive a intentos de suicidio (PNUFID, 1998; L. Vega & Gutiérrez, 1998). En consecuencia, las interacciones sociales les ofrecen a las menores y jóvenes en situación de calle las posibilidades necesarias para su supervivencia y funcionamiento. Empero, por otro lado, además constituyen una fuente de violencia, inseguridad, abusos y delincuencia; circunstancias que inevitablemente repercuten en su integridad física y psicológica.

### Características Psicosociales

A pesar de que existe escasa información referente a las características psicosociales de la población bajo estudio, la literatura de investigación revisada señala que se aprecian en ellas algunas como impulsividad, desconfianza, agresividad, inestabilidad, insolencia, audacia, ingenio, extroversión, un agudo sentido del humor, extrema vulnerabilidad y fragilidad producto de traumas y heridas morales profundas, y un autoconcepto y autoestima devaluados. Tienen niveles de ansiedad y depresión más altos que los hombres (M. Raffaellia et al., 2000), al igual que intentan suicidarse de tres a cuatro veces más que los varones (Capuzzi & Gross, 2008). Así mismo, no conciben un futuro posible o concreto puesto que su principal preocupación cotidiana no es qué van a hacer mañana sino cómo sobrevivir hoy (A. Bautista & Conde, 2006; Pierre, 1996).

Como puede observarse (ver Figura 39), se sabe poco respecto al fenómeno de las niñas y jóvenes en situación de calle, y los datos existentes son, en su mayoría, sociodemográficos y epidemiológicos. Como tal, se ha asumido erróneamente que no hay diferencias en cuanto a la forma en que los niños y las niñas enfrentan y experimentan la vida sin un hogar fijo o estable. Ante lo cual, destaca la necesidad de abordar a este grupo social desde una perspectiva psicosocial permitiendo, así, su adecuada conceptualización, comprensión, evaluación e intervención del mismo.

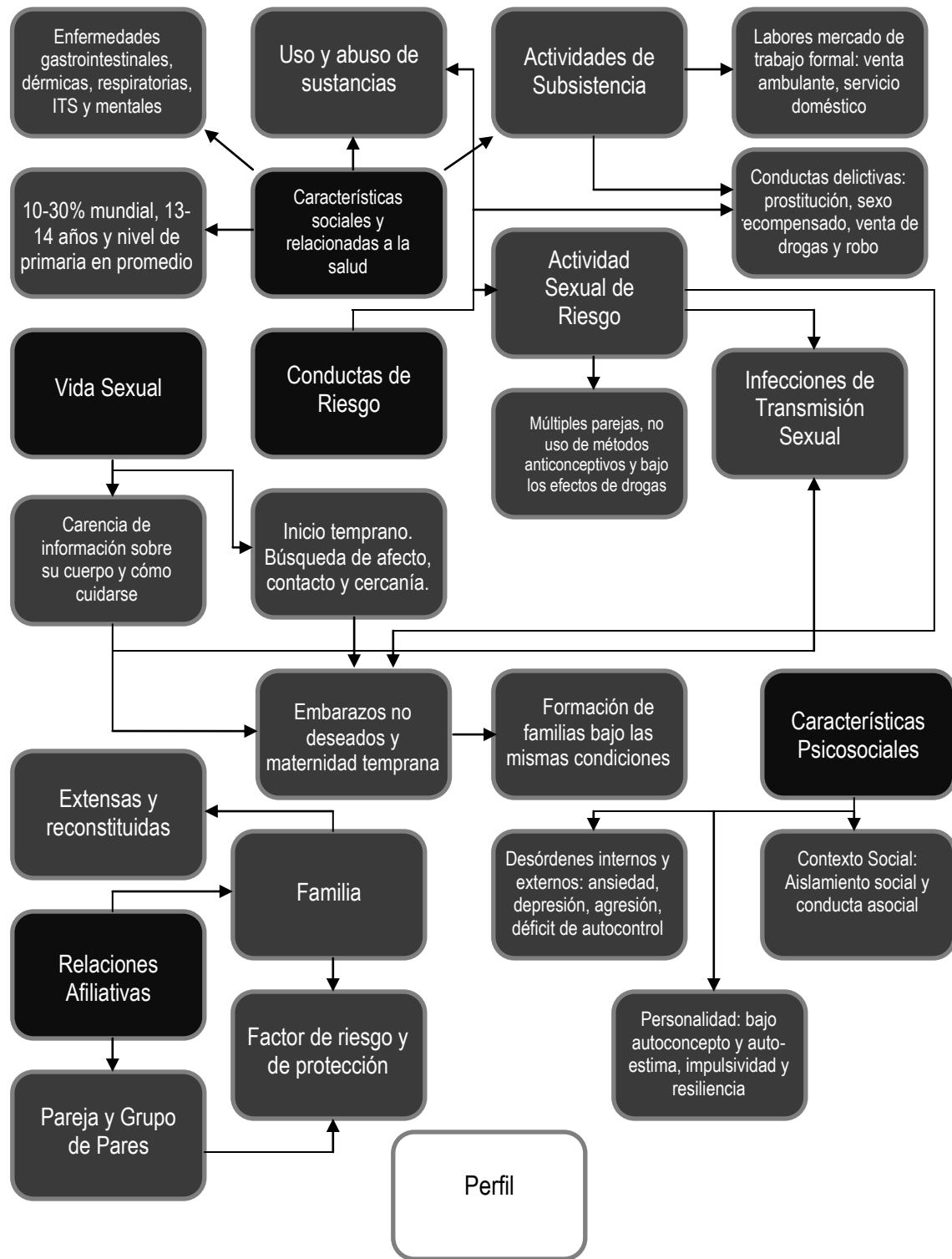


Figura 39. Resumen del perfil de la mujer en situación de calle en Latinoamérica conforme a la literatura de investigación revisada.

### Conductas de riesgo

De manera general (ver Figura 39), puede decirse para evitar repeticiones, pues a lo largo de todo el presente trabajo se describen las características, las posibles causas y

consecuencias de aquellos comportamientos que ponen en detrimento el bienestar biopsicosocial de la menor, que en las niñas y adolescentes en situación de calle destacan como conductas de riesgo interrelacionadas entre sí, las siguientes:

- a. Consumo de drogas y alcohol, incluyendo el uso y abuso de sustancias vía intravenosa.- Conduce a tener relaciones sexuales sin protección y, por ende, a la transmisión y contagio de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, a incurrir en la realización de actividades ilícitas como el robo, la venta de drogas y la prostitución, al vandalismo, a conflictos con las autoridades, a ser recluidas en los tutelares para menores y a la conformación de pandillas. Todo lo cual acrecenta la violencia y la inseguridad de una sociedad y con ello el rechazo y la discriminación del que son objeto. Así mismo, conlleva a intentos suicidas y a la automutilación, a un incremento en la sintomatología ansiosa y depresiva, a la agresividad e impulsividad, a una mayor victimización física, incluida la sexual, y psicológica y, por último, a una muerte temprana.
- b. Actividad sexual sin protección, con múltiples parejas estables u ocasionales, bajo los efectos de sustancias tóxicas y como medio de subsistencia.- Lleva a la transmisión y contagio de infecciones de transmisión sexual, a embarazos no deseados, a una maternidad temprana y, por tanto, a un incremento en el número de niños abandonados y/o descuidados. De igual manera, conduce a una muerte prematura, a incurrir en la prostitución, al alcoholismo y drogadicción, a la ideación e intentos suicidas, a las conductas de automutilación, a padecer ansiedad y depresión, a una mayor discriminación, censura y a cuestionamientos sobre su honorabilidad y, finalmente, a ser víctimas potenciales de la explotación sexual comercial.
- c. Ideación e intentos suicidas y las conductas de automutilación que conllevan a una muerte temprana, al consumo de drogas y alcohol, a presentar ansiedad y depresión y a una actividad sexual de riesgo.

### **Factores de Riesgo y Consecuencias**

En cuanto a los factores de riesgo, en este grupo social, el abuso sexual constituye el factor primordial para que abandonen su hogar (Acevedo, 2003; Barreiro et al., 2004; A. Bautista & Conde, 2006; Cepero, 2005; R. Gomes, 1994; R. Gutiérrez & Vega, 1997; A. Hernández, 2008; Jones, 2009; P. Martínez et al., 2007; Palomas, 1999; Panter-Brick & Smith, 2000; Pierre, 1996; Pojomovsky, 2008a, 2008b; M. Raffaellia et al., 2000; Salter, 2003; Volpi, 2002). Abuso que usualmente queda impune porque no tienen la protección de una familia ni del gobierno e instituciones asistenciales, y dado que al comunicar lo que le ha ocurrido, implica el riesgo de ser considerada una mujer de una conducta sexual disipada (Eroles et al., 2001; ONU, 2006). En Colombia, por ejemplo, el 85% de las niñas escapan de la casa familiar como consecuencia de la pobreza y la violencia. En muchos casos ya están marcadas pues en la tercera parte de estos casos, ha sido la madre quien inició a su hija en la prostitución por necesidades económicas (Entrena, 2001).

Aunado a lo anterior, el abuso sexual es un precursor de sufrir violación en las calles (Ryan et al., 2000). De hecho, el 60% de los casos de violación se comete en el hogar de la niña (Hyde, 2005; Peleikis et al., 2004; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c).

Como resultado del abuso que las motivó a abandonar su hogar, llegan a la calle con un daño psicológico que se convierte en un deterioro progresivo que conduce a la depresión (Castro-Cavero, 2008; Pierre, 1996), al involucramiento con varios hombres y a cambiar de pareja con frecuencia (H. Benítez, 2000; De Rueda, 2007). Ello las lleva a padecer infecciones de transmisión sexual y al alcoholismo y drogadicción (Entrena, 2001). Así mismo, tienen una probabilidad de ser abusadas sexualmente tres veces

mayor que los hombres. Las estadísticas indican que el 75% de las agresiones sexuales afectan a niñas de entre 10-16 años de edad (CESOP & Cámara de Diputados, 2005). De hecho, los niños en situación de calle reportan que violan a sus compañeras de calle porque no tienen dinero para pagar una prostituta y porque tienen la certeza de que, al no prostituirse, no están contagiadas con alguna enfermedad venérea (K. Lalor, 1999).

Dentro de otros factores que precipitan la salida del hogar, se encuentran: la carencia de la figura materna en la familia de origen, grupos sociales en pobreza o pobreza extrema con una figura masculina no paternal violenta, alcohólica o drogadicta, que en muchos casos es un abusador, y, en algunos casos, una figura masculina paterna sumisa y sin autoridad (A. Estévez, 2009; Guillén-de Maldonado & Asport, 1995), el encarcelamiento de los cuidadores primarios y el uso y abuso de sustancias intrafamiliar (Jones, 2009).

Respecto de las consecuencias de dicho fenómeno, se ha visto que incrementa la explotación laboral y sexual comercial, la delincuencia, el analfabetismo y pobreza de un país, y otros problemas sociales como el nacimiento y abandono de menores, el alcoholismo y la drogadicción y la propagación de infecciones de transmisión sexual.

Al transcurrir el tiempo de permanencia en la calle, las niñas y adolescentes corren el riesgo de volverse delincuentes y/o de caer en la prostitución (Pierre, 1996). Razón por la cual aumenta el índice de delincuencia en una sociedad.

Por el medio en el que se desenvuelven, tienden a tener contacto con delincuentes; incursionando, de esta manera, en el círculo de infractores. Aunado a lo anterior, si son arrestadas, el contacto e influencia de otros jóvenes puede ampliar sus espacios de delincuencia. Por otro lado, conforme van creciendo y su aspecto físico va cambiando asemejándose al de una mujer adulta, reciben menos dinero por las actividades que desempeñan. Ante estas circunstancias y la necesidad de sobrevivir, recurren a otros medios de subsistencia como serían el robo y la venta de drogas.

Para satisfacer sus necesidades básicas y ante la carencia de recursos para su manutención, frecuentemente caen en la prostitución en una proporción mayor que los hombres (Barr-Dinn, 1995; Demetrio, 2006; DIF, 2006; Dimenstein, 1994; Espínola et al., 1989; Medina-Mora et al., 1997; PNUFID, 1998; UNICEF & DIF, 2004), o son obligadas a prostituirse y a formar parte del turismo sexual (tráfico de niñas) (Calderón-Gómez, 2003; CDHDF et al., 1996; EDNICA et al., 2010; Mansilla, 1989; OIT, 2004; Proyecto de Educación a Distancia, 1996c; Vera et al., 2002; Viera-Dornelles, 2009). De hecho, el 30% de las prostitutas son menores entre 13-25 años de edad (Gomezjara et al., 1995). Adicionalmente, al ser un trabajo ilícito, no tienen derecho a la protección legal y social. Este clandestinaje provoca que sean perseguidas y reprimidas en forma violenta por autoridades policíacas y judiciales en diferentes niveles.

Globalmente, como en el caso de los varones, son víctimas de explotación laboral y sexual. Lo que es más, las niñas son explotadas principalmente mediante la prostitución y la pornografía. Los países con los índices más altos de explotación sexual comercial de mujeres son la India, Estados Unidos, Taiwán, Tailandia, Filipinas y Brasil (Harvey, 2005).

Igualmente, como resultado de la vida en la que se ven inmersas se embarazan regularmente incrementándose, así, el número de niños abandonados y/o descuidados y aumentando la problemática y, con ello, el atraso educativo, cultural y socioeconómico de un país. Del mismo modo, el contagio y propagación de infecciones de transmisión sexual es mayor.

Finalmente, son víctimas potenciales de maltrato en todas sus vertientes en mayor proporción que los varones una vez que se inmiscuyen en la vida callejera.

En resumen (ver Figura 40), la vida de las niñas y adolescentes en situación de calle se torna un círculo vicioso del cual difícilmente pueden salir. La pobreza, las crisis familiares y la violencia familiar motivan que muchas niñas y adolescentes abandonen sus hogares y se inserten a los modos de sobrevivencia de la calle que incluyen niveles de violencia y marginación social, deserción escolar, consumo de drogas, represión y hostigamiento policial, y un inicio prematuro de la vida sexual como un medio para la obtención de ingresos o para la pertenencia a un grupo, trayendo como consecuencia, embarazos no planeados ni deseados. Esta situación conlleva condiciones de vida insalubres, sin servicios de salud, sin acceso a una educación, ni al esparcimiento, con escasas o nulas posibilidades laborales. En consecuencia, tales condiciones de marginalidad difícilmente pueden llevar otro estilo de vida (A. Hernández, 2008).

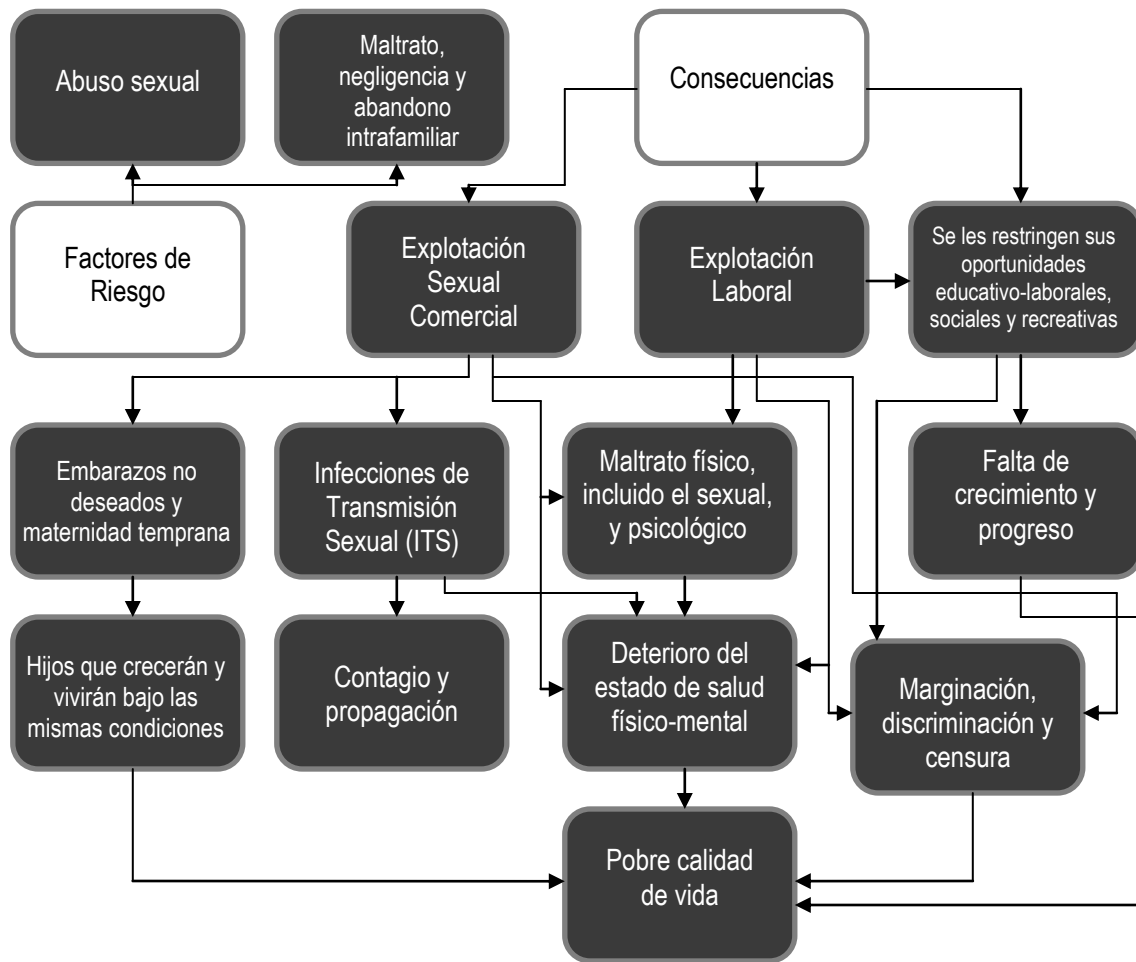


Figura 40. Resumen de los factores de riesgo y las consecuencias principales de la problemática de la mujer en situación de calle en Latinoamérica conforme a la literatura de investigación revisada.

### A Nivel Mundial

En el resto del mundo, también destaca el hecho de que existe escaso conocimiento referente al fenómeno del callejerismo en la población femenina. Lo que es más, en Estados Unidos, a pesar del incremento del número de mujeres callejeras a lo largo de los años, no ha sido objeto de estudio (Averitt, 2003; Galaif et al., 1999; Olufemi, 1999). Aunado a lo anterior, Fall y Berg (1996) señalan que es más fácil trabajar con las mujeres porque es más probable que acudan a instituciones asistenciales en comparación con los varones.

Las investigaciones realizadas se han enfocado en aspectos sociodemográficos y epidemiológicos dejando de un lado el psicosocial. Adicionalmente, como en el caso de América Latina, los datos existentes son, en su mayoría, ambiguos y contradictorios. A pesar de ello, se observan ciertas similitudes con la información reportada en Latinoamérica.

En Asia, Europa, África y América del Norte, los estudios reportan que las niñas y adolescentes constituyen el sector más vulnerable de la población callejera a pesar de ser una minoría puesto que, tal y como ocurre en Rumania (Nicholas, 2011), Nigeria (Aderinto, 2000; Olley, 2006), España (Cepero, 2005, 2006; Entrena, 2001), India (UNESCO, 1995), y Pakistán (Alia et al., 2004), permanecen poco tiempo en la calle como para ser notadas; y no es culturalmente bien visto que una mujer permanezca fuera del hogar (Martín-Barroso, 1984; Nicholas, 2011). En otros países como Uganda (L. Young, 2004), Canadá (Lenon, 2000), y Trinidad y Tobago (Jones, 2009), las niñas y adolescentes constituyen una minoría dentro de la población en situación de calle dado que se encuentran como empleadas domésticas o en la prostitución. De igual manera, conforman el sector más vulnerable porque, tanto a nivel nacional como internacional, son víctimas potenciales de la explotación laboral y sexual comercial, padecen violencia física y psicológica, sufren discriminación y censura en una proporción mayor que los varones, y son marginadas y excluidas socialmente. Por ejemplo, en Corea del Sur (S. Kim, 1998), la sociedad piensa que las niñas y adolescentes en situación de calle son prostitutas. En Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), únicamente se les enseña a los varones a trabajar para subsistir, mientras que a las mujeres se les relega completamente. Es decir, en los hombres se fomenta la independencia y se les alienta a valerse por sí mismos.

En cuanto a su origen étnico, se observa una mayor prevalencia de minorías étnicas (personas de color, latinas y asiáticas). Por ejemplo, en Estados Unidos (Brunette & Drake, 1998; Gelberg et al., 2008; D. Hoffman & Rosenheck, 2001; Kilbourne et al., 2002; Mills & Ota, 1989; A. Nyamathi, Longshore, Keenan, Lesser & Leake, 2001; J. Tucker et al., 2009; S. Wenzel, Leake, Anderson & Gelberg, 2001), predominan las afroamericanas y latinas.

Referente a características psicosociales, se ha encontrado que en Estados Unidos (Maxwell, 1992; Meadows-Oliver, 2003; Obando et al., 2004; Rayens et al., 2008; Rich & Clark, 2005; Ryan et al., 2000; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; L. Weinreb, Buckner, Williams & Nicholson, 2006; B. Zima, Wells, Benjamin & Duan, 1996), presentan con mayor frecuencia que los hombres, ansiedad, depresión y una baja autoestima. Adicionalmente, son agresivas en sus relaciones interpersonales (Luhmann, 2008), padecen estrés y carecen de recursos para enfrentarlo, y tienen tendencias e ideación suicidas en una proporción mayor que los varones (Cauce et al., 2000; Leslie et al., 2002; Ramashwar, 2008; Rotheram-Borus, 1993; Stermac & Paradis, 2001; Tuten, Jones & Svikis, 2003). Por ejemplo, 51.7% reporta tener ideación suicida y el 20% haber cometido intentos en el último año. Aparte, por lo menos el 58.4% presenta conductas de automutilación (Saewyc & Edinburgh, 2010). La baja autoestima incrementa el riesgo de padecer depresión, de consumir drogas y alcohol, de sufrir una mayor victimización en la calle (J. Stein et al., 2002), de tener múltiples parejas sexuales y de no usar métodos anticonceptivos (Tevendale et al., 2009). Aunado a lo anterior, tienen un autoconcepto devaluado y una baja autoeficacia que las lleva a realizar conductas de riesgo como la actividad sexual riesgosa y el uso y abuso de sustancias; y su estilo de enfrentamiento es predominantemente emocional que incrementa la probabilidad del consumo de drogas y de tener relaciones sexuales de riesgo (A. Nyamathi, Stein & Swanson, 2000).

En Canadá (Cheung & Hwang, 2004), padecen depresión y tienen tendencias suicidas en una proporción mayor que los varones al igual que en Australia (Hier et al.,

1990). De hecho, en Canadá (Levine, 2011), por lo menos el 75% presenta sintomatología depresiva.

En cuanto a aspectos sociales, suelen encontrarse entre los 13-14 años de edad en promedio y habitualmente trabajan en el sector informal de la economía (Olufemi, 1999; Pick, Ross y Dada, 2002). La labor más común desempeñada en Nigeria (Aderinto, 2002), Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Uganda, Senegal y Camerún (UNESCO, 1995), Tanzania y Kenia (K. Lalor, 2004), e Italia y la India (Mendelievich, 1980), (países en donde también resalta el cuidado de hermanos), es el trabajo doméstico. En Estados Unidos (Sharlin & Mor-Barak, 1992), a mayor edad de la menor, mayor la probabilidad de ayudar en el quehacer del hogar y de cuidar sus hermanos menores. En Rumania (Nicholas, 2011), Sudan (Kudrati et al., 2008), y España (Cepero, 2005, 2006), la mendicidad. En Italia, Nigeria e Indonesia (Mendelievich, 1980), la venta ambulante. En Corea del Sur (S. Kim, 1998), es el trabajo en servicios en atención al cliente (p.ej.: restaurantes, industrias, gasolineras, estaciones de servicio, etc.). Dentro de las actividades ilícitas, la más frecuentemente reportada es la prostitución al menos en Nigeria (Aderinto, 2000; Olley, 2006), Estados Unidos (L. Edinburgh & Saewyc, 2009; Heslin, Robinson, Baker & Gelberg, 2007; S. Thompson et al., 2008; K. Tyler et al., 2000; Viorst et al., 2009; Warf et al., 2010; L. Whitbeck & Simons, 1993), Inglaterra (Benson & Matthews, 1995; T. Craig & Hodson, 2000; Harding & Hamilton, 2009), Canadá (Tarasuk et al., 2009), España (Cepero, 2005, 2006), Sudán (Kudrati et al., 2008), Sudáfrica (Olufemi, 1999), Rumania (Entrena, 2001; Nicholas, 2011), Rusia (Aral et al., 2005; C. Fujimura, 2002, 2005; Shakarishvili et al., 2005), Burundi (DIF, 2006), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), Tanzania (K. Lalor, 2004; UNESCO, 1995), Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999, DIF, 2006; K. Lalor, 2004), Ghana (Wutoh et al., 2006), Corea del Sur (S. Kim, 1998), y Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Uganda, Senegal, Camerún e India (UNESCO, 1995). Empero, también llevan a cabo otras conductas delictivas como la venta de drogas; situación que se ha presentado en Estados Unidos (J. Tucker et al., 2009).

Su nivel de escolaridad usualmente es de primaria pudiendo llegar a la secundaria y, rara vez, al bachillerato. En países como Tailandia y Pakistán (Mendelievich, 1980), no asisten a la escuela. En Estados Unidos (Ramashwar, 2008; S. Thompson et al., 2008), la deserción escolar constituye un factor de riesgo para el embarazo prematuro. En Ghana (Wutoh et al., 2006), se les restringen sus oportunidades educativas y laborales, y se les obliga a permanecer en el hogar, por lo que una vez en la calle recurren frecuentemente a la prostitución como medio de subsistencia. En Corea del Sur (S. Kim, 1998), como consecuencia de su baja escolaridad tienen dificultades para encontrar un empleo bien remunerado y, debido a su edad, dentro del sector formal de economía. En Canadá (Levine, 2011), por lo menos el 46% de las mujeres sin hogar tiene un nivel educativo inferior al bachillerato.

Sobre características relacionadas a la salud, como el uso y abuso de sustancias tóxicas y el estado de salud física y mental, se ha visto que en Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), Sudáfrica (Olufemi, 1999), Inglaterra (Reeve, Casey & Goudie, 2006), Rusia (Shakarishvili et al., 2005), Corea del Sur (S. Kim, 1998), Estados Unidos (Galaif et al., 1999; A. Johnson & Kreuger, 1989; N. Slesnick & Prestopnik, 2005b; J. Tucker et al., 2005; J. Tucker et al., 2009; L. Weinreb, Goldberg, Lessard, Perloff & Bassuk, 1999; S. Wenzel et al., 2009), y Canadá (Benson & Matthews, 1995; Little et al., 2005), consumen alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana y cocaína principalmente, como medio de evasión de su realidad y, en ocasiones, vía intravenosa, padecen un sinnúmero de enfermedades como tuberculosis, desnutrición crónica, neumonía, bronquitis, asma, diabetes y artritis, y presentan problemas bucodentales e infecciones dérmicas y oculares. Igualmente,



padecen trastornos mentales en Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), Inglaterra (Reeve et al., 2006), Estados Unidos (D. Hoffman & Rosenheck, 2001; Kilbourne et al., 2002; Mills & Ota, 1989; Stewart et al., 2004; L. Weinreb et al., 2006; L. Whitbeck et al., 2004; L. Whitbeck et al., 2007), en donde los más comunes son el estrés postraumático, psicosis y desórdenes de la conducta, y Canadá (Levine, 2011), en donde el 88% presenta estrés postraumático.

Por otra parte, suelen no tener acceso a servicios de salud y que carecen de información sobre cómo cuidarse y protegerse. Enfrentan muchos obstáculos al asistir a centros de salud pues no tienen documentos oficiales, seguro social y, si son menores de edad, requieren la autorización de sus tutores legales. De hecho, en Estados Unidos (S. Wenzel et al., 2001), tan sólo el 33% de mujeres jóvenes sin hogar que cumplen la mayoría de edad acude a servicios médicos y solicita métodos anticonceptivos sí y solo sí tienen un ingreso mensual estable y cuentan con apoyo médico regular.

Respecto a su sexualidad, sostienen relaciones sexuales frecuentes sin protección, con varias parejas y, en ocasiones, bajo el efecto de estupefacientes, por lo que tienden a padecer infecciones de transmisión sexual en una proporción mayor que los hombres. Esto ocurre en Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), Ghana (Wutoh et al., 2006), Estados Unidos (Busen & Engebretson, 2008; Clements et al., 1997; C. De Rosa et al., 1999; N. Slesnick & Kang, 2008; M. Solorio et al., 2006; M. Solorio et al., 2008; Steel & O'Keefe, 2001; Tevendale et al., 2009; K. Tyler et al., 2000; Warf et al., 2010), en donde es común que la actividad sexual inicie a los 14 años y por lo menos el 80% es sexualmente activa (L. Thrane & Chen, 2010), en Sudáfrica (Olufemi, 1999), en Rusia (Shakarishvili et al., 2005), en donde las enfermedades más comunes son el VIH y la sífilis, en Burundi (DIF, 2006), y en Canadá (DeMatteo et al., 1999; Shields et al., 2004), en donde aparte presentan clamidia tracomatis y el riesgo de contraer SIDA se asocia al patrón conductual de la pareja. En Rusia (Aral et al., 2005), por ejemplo, el 86% de las menores ha tenido una infección de transmisión sexual.

Así mismo, como resultado de una actividad sexual rutinaria, con numerosas parejas y sin protección, se embarazan y abortan regularmente bajo condiciones insalubres. Por ejemplo, en Rumania (Nicholas, 2011), por lo menos el 29% ha estado embarazada, ha abortado o ha tenido un hijo. Los abortos son ilegales y bajo condiciones poco sanitarias. En Canadá (DeMatteo et al., 1999), una de cada cuatro mujeres está embarazada. Además, por las múltiples enfermedades que padecen, por consumir drogas, alcohol y tabaco y por tener una alimentación deficiente, es normal que el bebé nazca con malformaciones o presente deficiencias en el desarrollo (Little et al., 2005). En Estados Unidos (Saewyc & Edinburgh, 2010; Singh, Strode & Deisher, 1997; Tuten et al., 2003), por lo menos el 25% reporta haber tenido un embarazo y el 14% un aborto (Leslie et al., 2002; S. Thompson et al., 2008), ubicándose las tasas de embarazo en promedio en un rango entre el 40-50% aproximadamente (N. Slesnick, Bartle-Haring, Glebova & Glade, 2006); es decir, dos de cada cinco mujeres ha estado embarazada (Sobo et al., 1997). Igualmente, las mujeres sin hogar que están embarazadas tienen mayores probabilidades de desertar del sistema escolar, de tener conflictos con la ley y de contraer infecciones de transmisión sexual (Ramashwar, 2008). En Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000; A. Moore, 2010), aproximadamente un 40% ha estado embarazada, y en Sudáfrica (Olufemi, 1999), abortan sin ayuda médica profesional y, en caso de no hacerlo, abandonan a sus bebés en las calles.

Como en el caso de América Latina, en Estados Unidos (Hathaz, Lankenau, Sanders & Bloom, 2009; Mills & Ota, 1989; Webb et al., 2003), la maternidad las introduce a un mundo para el cual no están preparadas creando, de esta manera, barreras adicionales que dificultan mejorar su calidad de vida y salir de las condiciones adversas en las que se encuentran inmersas ante la falta de madurez física y psicológica para cuidar de un infante, y por la carencia de recursos económicos, de apoyo institucional, de

atención y cuidados médicos y de una nutrición adecuada, y debido a la inexistencia de redes sociales de apoyo incluyendo las familiares, entre otras circunstancias.

Un aspecto importante dentro de la sexualidad lo constituye la preferencia u orientación sexual. En este grupo social, aquellas mujeres que son lesbianas o bisexuales suelen sufrir mayor victimización física y psicológica en comparación con sus compañeras heterosexuales. Tales circunstancias prevalecen en países como Estados Unidos (Heslin et al., 2007).

En cuanto a las relaciones afiliativas, existen resultados diversos. Por una parte, se ha observado que sus redes sociales son amplias y variadas como ocurre en Estados Unidos de acuerdo con Thrasher y Mowbray (1995), y, por otro lado, son reducidas y escasas. Como puede verse, con tales resultados no es posible conocer y determinar el estado actual de las relaciones interpersonales en dicho grupo social.

Dentro de las relaciones afiliativas se encuentran aquéllas establecidas con la pareja que comúnmente suelen ser violentas en Inglaterra (Reeve et al., 2006), en donde la actividad sexual con su compañero no es deseada, Rumania (Nicholas, 2011), Tanzania (K. Lator, 2004), Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999; K. Lator, 2004), Canadá (Tarasuk et al., 2009), en donde la desesperación provocada por la falta de alimento las lleva a involucrarse en relaciones de abuso y sometimiento, y Estados Unidos (Melander & K. Tyler, 2010). Lo que es más, en Estados Unidos (S. Wenzel et al., 2009), el abuso y falta de apoyo por su pareja las lleva a consumir drogas y alcohol y a la actividad sexual de riesgo, incrementando, así, la probabilidad de contraer VIH (L. Weinreb et al., 1999). De igual forma, en dicho país, conciben la actividad sexual con sus compañeros en términos románticos y amorosos. Aunado a lo anterior, es común que tengan en promedio 13 parejas sexuales a lo largo de su vida afectiva (L. Thrane & Chen, 2010). Es importante enfatizar que también sus respectivas parejas ejercen mucho poder sobre ellas en la toma de decisiones. De tal manera que si no desean usar métodos anticonceptivos, el temor al rechazo, desaprobación y abandono por las mismas, las lleva a obedecer a éstas y no protegerse aumentando, de esta manera, la posibilidad de embarazarse y de padecer infecciones de transmisión sexual (Gelberg et al., 2008; Tevendale et al., 2009).

En Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), además, reproducen en sus relaciones sentimentales los patrones de violencia aprendidos en su núcleo familiar. De modo tal que asumen una posición sumisa, abnegada y de objeto sexual que debe cumplir los mandatos de su pareja.

Por otro lado, en Sudán (Kudrati et al., 2008) e India (UNESCO, 1995), la pareja constituye una fuente de protección y seguridad.

El grupo de pares, que forma parte de las relaciones afiliativas, es tanto un factor de protección al satisfacer las necesidades familiares, al proporcionar un sentido de seguridad, protección y afecto y al promover la asistencia escolar y el trabajo formal, entre otros, como un factor de riesgo puesto que es habitual que las redes sociales de las niñas y adolescentes incluyan a individuos que realizan conductas de riesgo que repercuten en su bienestar biopsicosocial como serían la violencia física, incluida la sexual, y la psicológica, las luchas por el poder y el liderazgo, el consumo de drogas y alcohol y el llevar a cabo actividades ilícitas (prostitución, robo, venta de drogas, etc.). Estas circunstancias se observan en Estados Unidos (Wesely, 2009), Corea del Sur (S. Kim, 1998), República Democrática del Congo (Geenen, 2009), y Kenia (DIF, 2006), en donde la violación en grupo puede ser un rito obligado para ser aceptadas en una pandilla. De hecho, su iniciación tiene lugar a los seis o siete años. En Estados Unidos (Saewyc & Edinburgh, 2010), el 6.1% ha sido abusada sexualmente por su grupo de pares. En la República Democrática del Congo (Geenen, 2009), la prostitución de las niñas,

adolescentes y mujeres jóvenes representa la principal fuente de obtención de recursos.

Dentro del grupo de pares, se observan importantes diferencias. Por ejemplo, en Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), las niñas no forman vínculos estrechos con otras mujeres que se encuentran en sus mismas circunstancias.

Referente a su núcleo familiar, como parte importante de las relaciones afiliativas, suelen provenir de hogares disfuncionales en donde impera el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, la negligencia emocional, educativa y física, el conflicto intrafamiliar, la falta de comunicación y de apoyo y el uso y abuso de sustancias. En Estados Unidos (Brunette & Drake, 1998; S. Thompson et al., 2011), sufren maltrato físico y psicológico en una proporción mayor que los varones y los cuidadores primarios suelen consumir con mayor frecuencia drogas y alcohol. La falta de apoyo parental y social y la violencia intrafamiliar incrementan la probabilidad de llevar a cabo conductas de riesgo y de embarazarse (Ramashwar, 2008). En Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), las niñas no mantienen contacto con su familia de origen en donde fueron víctimas de abuso y de conflictos intrafamiliares. En Finlandia (Lepistö et al., 2012), sufren violencia con mayor frecuencia que los hombres.

Por último, dentro de las relaciones interpersonales, en países como Estados Unidos (J. Tucker et al., 2009), se ha visto que las redes sociales de las mujeres sin hogar están conformadas por dos subgrupos: de bajo y alto riesgo. Dentro de la red social de bajo riesgo, se incluyen a familiares e individuos de organizaciones religiosas y asistenciales. Los familiares y las organizaciones religiosas mantienen vínculos emocionales fuertes con las mujeres. A diferencia de las organizaciones asistenciales en donde los lazos emocionales que se establecen son deficientes. Aparte, tanto los nexos familiares como los de las instituciones religiosas y asistenciales son temporales, de corta duración y con contactos poco frecuentes. Por otro lado, dentro de la red social de alto riesgo se ubican a individuos que conocen durante su estancia en la calle. Los miembros de esta red se caracterizan por realizar conductas de riesgo (consumo de drogas y alcohol, actividad sexual de riesgo y venta de drogas), y por tener conflictos legales. El asociarse y establecer vínculos con personas de estas redes sociales, lleva a las mujeres sin hogar al involucramiento en el consumo de drogas y alcohol y a tener relaciones sexuales sin protección.

En cuanto a conductas de riesgo, se ha observado en Estados Unidos (N. Slesnick & Kang, 2008), que es más probable que las mujeres incurran en la realización de actividades riesgosas mediante las cuales se infectan de VIH, utilicen con menor frecuencia métodos anticonceptivos y tengan relaciones sexuales de riesgo en comparación con los varones. Adicionalmente, las actividades sexuales de riesgo y la depresión incrementan la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (J. Tucker et al., 2005), el consumo de drogas y alcohol (J. Stein et al., 2002; L. Whitbeck et al., 2000), el cual, a su vez, aumenta el número de parejas sexuales (M. Solorio et al., 2008; L. Thrane & Chen, 2010), y la depresión, conduciendo, por consiguiente, a sufrir mayor violencia en las calles (Obando et al., 2004). Así mismo, el uso y abuso de sustancias, incluyendo el consumo vía intravenosa, y la victimización vivida durante la infancia y en sus relaciones de pareja en la adultez, incrementan el riesgo de contraer VIH (L. Weinreb et al., 1999), otras infecciones de transmisión sexual como la Hepatitis B y C (A. Nyamathi et al., 2004), la victimización física y sexual y las actividades sexuales de riesgo (Hathaz et al., 2009), incluyendo las prácticas de sexo recompensado (Kilbourne et al., 2002), aumentando, a su vez, la probabilidad de quedar embarazadas, que del mismo modo es mayor conforme las menores transcurren más tiempo en la calle (S. Thompson et al., 2008). De igual manera, el emplear estilos de enfrentamiento evasivos, la carencia de apoyo social y familiar, de recursos económicos y una baja autoestima (Galaif et al.,

1999), llevan al consumo de drogas y alcohol (A. Nyamathi et al., 2000), al igual que el uso y abuso de sustancias tóxicas, incluyendo el alcohol, dentro de la familia (A. Nyamathi et al., 2001), el tener un bajo nivel académico y el padecer trastornos mentales (Kilbourne et al., 2002). La depresión, la baja autoestima, la carencia de empleo y la inasistencia escolar incrementan la actividad sexual de riesgo (Tevendale et al., 2009). También, la victimización en las calles las lleva a padecer múltiples desórdenes y en una proporción mayor que los varones; y la victimización intrafamiliar conduce al consumo de drogas y alcohol (A. Nyamathi et al., 2001; L. Wenzel et al., 2006), a padecer infecciones de transmisión sexual, estrés y depresión, a tener una baja autoestima y a sufrir una mayor agresión física, incluida la sexual, y psicológica en la calle (L. Wenzel et al., 2006). Por otro lado, las prácticas de sexo recompensado, dentro de la actividad sexual de riesgo, las llevan a ser víctimas potenciales de la violencia física y sexual. Aparte, incrementan el uso y abuso de sustancias (A. Nyamathi et al., 2000), la probabilidad de suicidarse y de incurrir en la realización de actividades ilícitas que, a su vez, conduce a que tengan conflictos con la ley (Warf et al., 2010), y a que permanezcan en reclusorios o tutelares, los cuales aumentan la probabilidad de consumir alcohol (A. Nyamathi et al., 2001). Igualmente, como se mencionó anteriormente, el grupo de pares y la pareja constituyen tanto un factor de riesgo como de protección. Finalmente, la participación en actividades delictivas acrecenta el riesgo de iniciar la actividad sexual.

En Canadá (Cheung & Hwang, 2004), el consumo de drogas y el padecer VIH o SIDA llevan a una muerte temprana.

En Inglaterra (T. Craig & Hodson, 2000), suelen tener relaciones sexuales sin protección. De esta forma, se embarazan con frecuencia y tienden a padecer infecciones de transmisión sexual. El uso y abuso de sustancias, la falta de dinero y la presión de su pareja, las lleva a prostituirse (Harding & Hamilton, 2009).

En Corea del Sur (S. Kim, 1998), la prostitución incrementa la probabilidad de padecer infecciones de transmisión sexual y de tener embarazos no deseados.

Dentro del perfil de la mujer en situación de calle, destaca la vida institucional. Como en el caso de los varones, los programas y servicios de las organizaciones asistenciales no concuerdan con las características de la niña, adolescente o mujer joven. Lo que es más, a nivel mundial casi no hay instituciones que atiendan exclusivamente a dicho grupo social, y las existentes se sustentan bajo principios y normas no apropiados para la población en cuestión.

Respecto de los factores asociados, destaca el abuso sexual en Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999), Sudáfrica (Olufemi, 1999), Ghana (Wutoh et al., 2006), Inglaterra (The Lancet, 2005; Reeve et al., 2006), Rusia (Aral et al., 2005), en donde aproximadamente el 50% lo ha padecido, Australia (C. Martijn & Sharpe, 2006; E. Moore et al., 2010), en donde por lo menos el 60% ha sido víctima de abuso sexual, y Estados Unidos (DiClemente et al., 1996; Cauce et al., 2000; Luhrmann, 2008; J. Noell et al., 2001; L. Rew et al., 2001; N. Slesnick & Prestopnik, 2006; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; J. Stein et al., 2002; S. Thompson et al., 2004; Tuten et al., 2003; K. Tyler et al., 2000; K. Tyler et al., 2001; K. Tyler & Johnson, 2006a; K. Tyler et al., 2010; L. Weinreb et al., 2006; L. Wenzel et al., 2006; L. Whitbeck et al., 1997b), en donde al menos el 60% lo ha reportado y las lleva a padecer estrés postraumático (Schumm et al., 2006), circunstancia que conduce a tener múltiples parejas sexuales en la calle. Adicionalmente, una vez en la calle, frecuentemente son acosadas y abusadas sexualmente por niños y jóvenes de la calle, las autoridades y sus empleadores. En consecuencia, sufren una mayor victimización sexual estando en la calle en comparación con los hombres, aunado a una mayor victimización física y psicológica. Esta situación se ha presentado en Rumania (Nicholas, 2011), Australia (Hier et al., 1990), Ghana (Wutoh et al., 2006), Vietnam (L. Edinburgh et al., 2006), Sudán (Kudrati et al., 2008), Nigeria (Olley, 2006), Sudáfrica

(Olufemi, 1999; Pick et al., 2002), Inglaterra (Reeve et al., 2006; Smith, 1999), Estados Unidos (J. Greene & Ringwalt, 1998; Kipke et al., 1997; MacReady, 2008; Molnar et al., 1998; Obando et al., 2004; Rich & Clark, 2005; Ryan et al., 2000; N. Slesnick & Prestopnik, 2005b; N. Slesnick & Prestopnik, 2009; Stewart et al., 2004; S. Thompson et al., 2008; K. Tyler & Cauce, 2002; K. Tyler & Johnson, 2006b; Warf et al., 2010; L. Weinreb et al., 1999; L. Whitbeck & Simons, 1993; L. Whitbeck et al., 1997a; L. Whitbeck et al., 2000; L. Whitbeck et al., 2004; L. Whitbeck et al., 2007), en donde por lo menos el 36% padece abuso sexual (K. Johnson et al., 2005a), y el 33.8% ha sido violada por múltiples perpetradores (Saewyc & Edinburgh, 2010), Canadá (Benson & Matthews, 1995; DeMatteo et al., 1999; Lenon, 2000; Worthington & MacLaurin, 2009), Sierra Leona, Togo, Burkina Faso, Uganda, Senegal y Camerún (UNESCO, 1995), Tanzania (K. Lalor, 2004) Kenia (L. Aptekar & Ciano-Federoff, 1999; K. Lalor, 2004). Lo que es más, Molnar et al. (1998) encontraron que una de cada cuatro niñas de la calle es abusada sexualmente. En contraste, uno de cada diez varones. De igual manera, el abuso sexual en este grupo social es 20 veces mayor que en el resto de las menores que no se encuentran en las mismas circunstancias. Por ejemplo, en España, el 23% de las niñas han sufrido agresiones sexuales y aquéllas de 12 años son víctimas de explotación sexual comercial (Entrena, 2001). En Estados Unidos (Melander & Tyler, 2010), la victimización sexual en las calles las lleva a una mayor victimización en sus relaciones de pareja que, a su vez, conduce a realizar conductas sexuales que incrementan el riesgo de contraer VIH.

Aunado a lo anterior, es usual que no sólo huyan de su casa producto de violencia sexual, sino además de maltrato físico y psicológico como ocurre en algunos países como Inglaterra (Reeve et al., 2006; Tischler, Rademeyer & Vostanis, 2007), Estados Unidos (Burg, 1994; Mills & Ota, 1989; Stermac & Paradis, 2001; Williams, 1998), e Israel (Peled & Cohavi, 2009), en donde las menores abandonan su hogar debido a sentimientos de soledad y desapego, a la falta de apoyo familiar y al aislamiento dentro de su núcleo familiar. En Canadá (Lenon, 2000), también constituyen factores de riesgo la carencia de apoyo social y el rompimiento de las relaciones familiares.

Otras condiciones que a nivel mundial propician el abandono del hogar por la población femenina, son la falta de recursos y de una residencia estable, la carencia de un empleo fijo y el nivel socioeconómico de la familia, el estado de salud mental y el consumo de drogas (D. Hoffman & Rosenheck, 2001).

Igualmente, al igual que los varones, las niñas y adolescentes dejan su núcleo familiar en busca de placer y de diversión. No obstante, existen diferencias en cuanto a características de personalidad entre aquéllas que huyen porque su situación familiar se vuelve insostenible y las que abandonan su hogar en busca de gratificación. Por ejemplo, en Estados Unidos (Sharlin & Mor-Barak, 1992), las primeras son de mayor edad y tienen un locus de control externo. En contraste, el segundo grupo de niñas son más jóvenes en edad, impulsivas y tienen un locus de control interno. Aparte, las que buscan placer tienden a establecer vínculos con grupos que se dedican a delinquir y que llevan a cabo actividades prohibidas en el seno familiar como serían el tener relaciones sexuales y el uso y abuso de sustancias.

Por último, como consecuencia del fenómeno en cuestión se observa el incremento en la explotación sexual comercial en países como Rumania (Nicholas, 2011), Rusia (C. Fujimura, 2005), Tailandia (DIF, 2006), en donde hay por lo menos 10 menores prostituidas que niños de la calle, y Estados Unidos (Saewyc & Edinburgh, 2010), en donde por lo menos el 13.8% ha sido prostituida. Aunado a lo anterior, destaca el hecho de que una vez en la calle son objeto de victimización física, incluida la sexual, y psicológica.

Como puede observarse, la fuerte preponderancia histórica de los niños en situación de calle ha conducido a percibir todo interés en las niñas como algo marginal a

la constitución del fenómeno mismo, de tal manera que poco se conoce sobre la problemática en cuestión.

En resumen, a nivel mundial las menores y jóvenes en situación de calle conforman una minoría dentro de la población infantil-adolescente en riesgo de calle y de la calle, son predominantemente adolescentes con un grado escolar de primaria o primaria incompleta, desempeñan labores de subsistencia principalmente dentro del mercado laboral informal con salarios inferiores al de los varones pero jornadas de igual extensión, realizan prácticas de sexo recompensado, padecen ansiedad y depresión, consumen drogas para pertenecer a un grupo, satisfacer sus necesidades básicas y afectivas y por complacer a su pareja, y padecen un sinnúmero de enfermedades e infecciones siendo las más comunes las respiratorias, las dérmicas, las gastrointestinales y las sexuales y, dentro de estas últimas, el VIH o SIDA, la gonorrea, la clamidia y la sífilis. De igual manera, su grupo de pares constituye una fuente de seguridad, protección y afecto, pero también de violencia y maltrato hacia ellas. Suelen establecer relaciones de dependencia con su pareja, a la vez que en éstas sufren maltrato. Tienen una vida sexual activa y sin protección por lo que se embarazan con frecuencia y si llegan a abortar lo hacen bajo condiciones insalubres. Proviene de ambientes familiares disfuncionales en los que son víctimas de abuso sexual, es uno de los principales motivos por los que abandonan su hogar. Finalmente, una vez en la calle, suelen caer en las redes de la explotación sexual comercial, del narcotráfico y del crimen organizado, entre otras.

Consecuentemente, las niñas y adolescentes en situación de calle padecen un mayor grado de victimización y marginación en comparación con los varones ya que en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven sufren violencia física, incluida la sexual, y psicológica, rechazo social, discriminación y censura. Además, se les restringen las oportunidades educativas y laborales limitando así, sus posibilidades de obtener una mejor calidad de vida y perpetuando, por consiguiente, el círculo vicioso de violencia-exclusión en el cual se encuentran inmiscuidas.

### **Capítulo III. Investigación en México**

La población infantil y adolescente es un grupo importante tanto por el volumen que representa (uno de cada tres habitantes en México es menor de 15 años), como por la atención educativa en salud y asistencia social que requieren. De ahí que las acciones encaminadas a satisfacer sus necesidades deben tener prioridad en los programas gubernamentales (PREVIO e INEGI, 1998).

Dadas las similitudes observadas con las características descritas previamente para los menores y jóvenes en situación de calle en el caso de América Latina en general (ver Capítulo I), en el presente apartado se hablará respecto del fenómeno bajo estudio centrándose exclusivamente en aquéllas propias del fenómeno en cuestión en nuestro país. Por tanto, cuando los datos sean equivalentes tan sólo se hará referencia a lo anteriormente señalado.

En México, el fenómeno del menor o joven en situación de calle tiene una historia que se puede rastrear desde el tiempo de las sociedades prehispánicas, pero en ese entonces nunca constituyó un problema social. Cuando un niño quedaba huérfano, eran cuidados en la satisfacción de sus necesidades por mujeres que se encontraban en condiciones económicas elevadas. Más adelante, en los años posteriores a la conquista y durante la colonia, muchos niños fueron abandonados por sus padres debido a la pobreza en que vivían o porque su situación no les permitía conservarlos. Otros estaban en orfandad por la pérdida de vidas inherente al proceso de colonización. Razón por la cual se tuvieron que crear instituciones para asilarlos. En los primeros años de la colonia, la asistencia social estuvo a cargo de la caridad española sostenida por los particulares y congregaciones religiosas. Con la llegada de Vasco de Quiroga, se funda en 1523 en Santa Fe, la Casa de Niños Expósitos y, años más tarde, los Hospitales de Indio para la asistencia en enfermedades y capacitación de los naturales indigentes en oficios con que pudieran subsistir (Casa de Niños Expósitos, 1775; Gomezjara et al., 1995; Medina-Mora et al., 1997; Rodríguez-Gabarrón, 1993; Tarifa, 1994). En el siglo XVII, la esclavitud de la población indígena contribuyó a una cifra elevada de niños vagabundos. Para el siglo XVIII, proliferaron los establecimientos que atendían a niños mendigos, huérfanos, abandonados y vagabundos. Para el siglo XIX, la guerra de independencia generó el abandono de establecimientos que brindaban protección a la infancia (escuelas, hospitales de pobres, hospicios, asilos, etc.) pues eran utilizados como cuarteles. Al finalizar la guerra, era tal el abandono de la niñez que originó la formación de una gran cantidad de grupos de niños y jóvenes callejeros, que a su vez crearon un grave problema social. Durante el gobierno de Juárez se dictaron las primeras medidas de protección a la infancia y las instituciones de beneficencia quedaron a cargo del Estado. Durante la revolución mexicana se promulgaron artículos a favor de la infancia. Posterior a la revolución, se reorganizó la beneficencia. A pesar de que ha constituido un problema social por varios siglos, no es sino hasta el siglo XXI durante la década de 1980 que se manifiesta con más intensidad y adquiere mayor visibilidad social dado que el gobierno ha sido incapaz de proporcionar los servicios básicos de vivienda, salud, educación, recreación y empleo (Cordera et al., 2008; Fletes, 1997; García-Ugarte, 1989; Guillén-Lúgigo, 2000; B. Gutiérrez, 1992; P. Martínez et al., 2007; J. Pérez, 2003; Pérez-López & Arteaga, 2009), y las instituciones oficiales en su conjunto tratan tan sólo el 1% de la demanda estimada de atención (Riquer-Fernández, 1998a). En 1990, ya se trataba de un fenómeno preponderantemente infanto-adolescente, en su mayoría de niños (Peña-Orozco, 2009). Empero, el gobierno mexicano abandonó la atención directa de la población callejera al dejarla a cargo de las instituciones asistenciales privadas argumentando que existían un número significativo de ellas con los recursos suficientes para atender a este grupo social (Children's Right Network in México, 2005; Figa et al.,

1995). Actualmente, constituye una problemática caracterizada por la presencia de una heterogeneidad de grupos viviendo en la calle: adultos mayores, familias, niños, niñas, adultos e infantes, entre otros (Danielle-Strickland, 2009; Garza-Caligaris, 2009; Peña-Orozco, 2009), y todavía se le considera un fenómeno aislado de la sociedad empero de que es el segundo país con mayor número de menores y jóvenes en situación de calle en América Latina tan sólo por debajo de Brasil (Calderón-Gómez, 2003; DIF, 2006; B. Gutiérrez, 1992), y de que por lo menos un menor en la calle muere cada mes por las condiciones en las que se desenvuelve (Áviles & Escarpit, 2001).

De acuerdo con la literatura de investigación revisada, la mayoría de los estudios realizados abordan aspectos de corte social, legal y epidemiológico más que psicológico. Así mismo, las estadísticas reportadas no son actualizadas pues datan de la década de los 80's y 90's, y presentan grandes variaciones. También, es importante destacar que los trabajos de investigación rara vez, si es que nunca, hacen distinción por sexo. Hasta donde se ha revisado, los únicos datos que se tienen sobre las niñas coinciden con los mencionados en el apartado anterior (ver Capítulo II); ante lo cual se carece de conocimiento que permita su correcta conceptualización, caracterización, evaluación e intervención.

Las características particulares de la niñez y juventud en las calles de la Ciudad de México responde a que dichos niños y jóvenes provienen de familias que viven en la extrema pobreza, en donde se han convertido desde muy pequeños en un elemento más para la subsistencia económica al acompañar a sus padres a realizar trabajos o participar en actividades de subempleo. Debido a ello, tal y como ocurre en toda América Latina, las crisis económicas son un factor de riesgo para el incremento de este grupo social (A. Hernández, 2008; Herrera-Bautista, 2009; Leñero, 1998; Pierre, 1996; E. Taracena, 2007; Trinidad, 1998, L. Vega et al., 2002; Virtual Educa, 2007). Adicionalmente, suelen migrar del campo a la ciudad en busca de oportunidades de crecimiento y mejores condiciones de vida (Áviles & Escarpit, 2001). De hecho, la información existente refiere que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle provienen de las colonias o zonas marginadas de la ciudad de diversos municipios conurbanos y de otros estados de la república mexicana (p. ej.: Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Michoacán, Veracruz, Guerrero, Querétaro y Morelos), donde la situación de pobreza es manifiesta, pues existe inestabilidad económica originada por falta de fuentes de trabajo, bajos ingresos y deficiencia o inexistencia de prestaciones sociales y políticas públicas adecuadas. Este problema se intensifica más en zonas en donde la densidad de urbanización y la potencialidad económica son más prominentes (EDNICA et al., 2010).

En cuanto a antecedentes teóricos sociales de los menores y jóvenes en situación de calle en el Distrito Federal (A. Hernández, 2005a; Y. Rodríguez & López, 2009; UNESCO, 1995; UNICEF & DIF, 1996), se calcula que de los 26 millones de jóvenes que viven en zonas urbanas en México, el 38% es pobre, de los cuales 16 millones pueden llegar a convertirse en niños de la calle. En 1992, había 11,172 niños viviendo en la calle. Para 1995, el fenómeno creció en un 20%. En 1999, había 140 mil niños y adolescentes de la calle en la República Mexicana, de los cuales el 92% eran niños en la calle y el 8% de la calle. En la Ciudad de México se cree que los niños y jóvenes de la calle son cerca de 16,200 (P. Martínez et al., 2007). En contraste, de acuerdo con Vázquez (2004), en la Ciudad de México existen alrededor de 80 mil niños de la calle de los cuales el 72% son hombres y el 28% son niñas. Según el gobierno, 3,000 menores se encuentran viviendo en la calle (P. Murrieta, 2008). Fletes (1999) menciona que por lo menos hay tres niños callejeros por cada adulto viviendo en las mismas circunstancias. R. Gutiérrez y Vega (2009) refieren que hay 94 mil infantes y adolescentes en México que trabajan en la calle. Como puede verse, no se sabe cuál es la cifra real y ésta varía enormemente según la fuente a la que se recurra.



La mayoría de la población callejera se ha concentrado en delegaciones con mayor flujo, concentración económica y de mayor extensión territorial como serían Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Benito Juárez y Cuauhtémoc (Danielle-Strickland, 2009), puesto que ofrecen una mayor variedad de posibilidades económicas. De hecho, la Secretaría de Desarrollo Social tiene detectados 147 puntos de encuentro de menores en situación de calle en 10 delegaciones, siendo Cuauhtémoc la que registra el mayor número con 83 sitios (L. Álvarez, 2008). Los puntos de encuentro son sitios de concurrencia social, laboral, política, recreativa, de descanso y comercial, donde los infantes socializan y crean redes de solidaridad complejas porque mediante ellas se establecen mecanismos de autodefensa y organización que incluyen a trabajadores adultos cuya actividad laboral es el comercio adulto (COESNICA, 1992; UNICEF & DIF, 1995).

De igual manera, los niños y adolescentes en situación de calle son predominantemente hombres porque en las familias expulsoras de estos menores siguen predominando los esquemas de educación tradicional. Sin embargo, la población femenina se ha acrecentado con el paso de los años. Por ejemplo, K. Juárez (2007) señala que en la actualidad, por cada varón hay una niña en situación de calle. En contraste, Fletes-Corona (1999) encontró que por cada tres hombres hay una mujer, Thomas-De Benítez (2000) que el 90% son niños, Magazine (2006) que por cada niña o adolescente hay tres niños o jóvenes, y QUIERA et al. (1999) que hay dos niñas por cada ocho varones. Nuevamente resalta la ambigüedad y contrariedad en los datos reportados.

Referente a su origen étnico, Fletes (1999) menciona que más del 50% son indígenas. A pesar de ello, se carece de información confiable sobre su procedencia, sus estrategias de asentamiento y migración, entre otras cosas. En contraste, los censos realizados a nivel estatal y nacional desde 1992 hasta 2004 señalan que la presencia de menores indígenas constituye una minoría aproximadamente del 6-8% dentro de la población infantil y adolescente en situación de calle (COESNICA, 1992; UNICEF & DIF, 1996, 1999, 2004).

Igualmente, el rango de edad de los menores fluctúa entre los 6-17 años de edad con un promedio de 11 años (P. Murrieta, 2008). En contraste, Shein-Szydlo et al. (2005) refieren que el rango de edad se ubica entre los 12-18 años encontrándose el promedio entre los 14-16 años. Del mismo modo, dichos autores mencionan que la salida del hogar se da en promedio entre los 11-13 años de edad con un rango de edad de 4-16 años. Por su parte, QUIERA et al. (1999) mencionan que el rango de edad varía entre los 7-18 años aproximadamente. Por otro lado, Turnbull-Plaza (1998) señala que la edad promedio se ubica en los 16 años con un rango que va de 13-33 años de edad, y Magazine (2006) entre los 9-20 años de edad.

El nivel de escolaridad es de primaria incompleta o de sexto grado de primaria (Shein-Szydlo et al., 2005). De hecho, de la población de menores que viven y/o trabajan en la calle, el 82% sabe leer y escribir. No obstante, un porcentaje importante, el 16% es analfabeta. El porcentaje restante (2%) corresponde a niños menores de siete años que, de acuerdo a su estado de maduración, no están en capacidad de tener conocimiento de la lectoescritura. Lo que es más, el 90% de los niños y adolescentes que viven en la calle no asisten a la escuela (Medina-Mora, 2000). En las zonas rurales, la tasa de analfabetismo es mayor para las mujeres (8.9%) que para los hombres (8.2%) (Riquer-Fernández, 1998a; Riquer-Fernández & Eternod, 1998). Entre la niñez mexicana, el rezago educativo obedece a diversos factores como son las condiciones económicas de sus hogares, las dificultades que tienen para poder acudir a la escuela, los obstáculos administrativos para entrar a la misma (como el no tener acta de nacimiento), y el

ambiente familiar que influye en el aprovechamiento de sus estudios entre otros (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; R. Gutiérrez & Vega, 2009; Medina-Mora et al., 1997; PREVIO e INEGI, 1998).

En cuanto a ocupaciones (a qué se dedican), las actividades son las mismas que se describieron anteriormente (ver apartado de Perfil, Capítulo I): limpiadores, vendedores ambulantes, mendigos, tragar gasolina, bolear zapatos, malabares, empacadores, periodiqueros y semilleros, entre otros (Borjón, 2010; Cornejo, 1999; Domínguez et al., 2000; Medina & Velázquez, 1992; P. Murrieta, 2010; Peschard, 1992; Saucedo & Taracena, 2011; UNICEF et al., 1999), ganando en promedio, entre \$20-50 diarios (UNICEF & DIF, 1996, 2004), que utilizan para su subsistencia diaria, la manutención familiar, en caso de seguir teniendo contacto con sus familiares, comprar droga, materiales y cuotas escolares y recreación lúdica como jugar maquinitas (Áviles & Escarpit, 2001; R. Gutiérrez & Vega, 2009), entre otras cosas. Dentro de las ilícitas, se encuentran el robo, la prostitución, la trata y la pornografía infantil y el tráfico de drogas (DIF, 2006; EDNICA et al., 2010).

El 80% de los niños y adolescentes que viven en la calle laboran todo el año (Medina-Mora, 2000). Su lugar de trabajo está determinado por diversas condiciones, entre ellas: la voluntad de algún empleador no visible (es el caso de los distribuidores de mercancías), la tolerancia de líderes, dirigentes o empleados (como sucede en los mercados, tianguis, panteones, centros deportivos y terminales de autobuses), o por extensión del sitio en donde los amigos realizan actividades de comercio o mendicidad. En cuanto a las mujeres, las ocupaciones de la mayoría son: vendedoras independientes, agricultoras, trabajadoras domésticas, artesanas y obreras (QUIERA et al., 1999; Riquer-Fernández & Eternod, 1998).

Las circunstancias de vida en las que se desenvuelven los hace propensos a padecer un sinnúmero de enfermedades e infecciones siendo las más comunes, como en el caso de América Latina, las gastrointestinales, dérmicas, respiratorias y de transmisión sexual, como resultado de encuentros sexuales frecuentes y no usar anticonceptivos y ante la dificultad de poder acceder a centros de salud para recibir atención y cuidados médicos. También, suelen presentar problemas dentales, desnutrición, trastornos psiquiátricos, cognoscitivos y de aprendizaje (R. Gutiérrez & Vega, 2009). Ante la carencia de información referente al cuidado de su higiene y de los cambios de su cuerpo, las niñas y adolescentes, por ejemplo, no comprenden la menstruación. De igual forma, la mala nutrición conduce a que se altere su ciclo menstrual de manera temporal y en ocasiones, permanente.

Siete de cada diez niños de la calle se droga, el 9% desde hace menos de un año, el 35% tiene uno o dos años y el 25% más de tres años (Áviles & Escarpit, 2001). El vivir en la calle o pasar la noche en ella se asocia con un mayor consumo (UNICEF et al., 1999), pues 72% de los menores que usan drogas diariamente viven en la calle (Medina-Mora, 2000). Lo que es más, QUIERA et al. (1999) mencionan que el 90% consume drogas y, de éstos, el 70% activo. El 81% de los varones y 90% de las mujeres que han inhalado reportaron el consumo de este producto (Medina-Mora, 2000). Los inhalantes son las drogas que más consumen por su bajo costo y fácil disponibilidad: aerosoles, solventes volátiles, gases, etc. Así mismo, usan marihuana, cocaína, tabaco y alcohol (Barragán-Rodríguez, 2010; Domínguez et al., 2000; UNICEF et al., 1999). Uno de cada cuatro menores ha recibido tratamiento por su adicción y al 21% que no lo ha tenido, le gustaría que se lo proporcionaran (Medina-Mora, 2000). El uso y abuso de sustancias los lleva a vender droga, cometer más delitos, cambiar sexo por drogas y reducir la cantidad de dinero que gastaban en comida o en otras necesidades indispensables para vivir. Las consumen porque añaden algo a su vida o dado que resuelven temporalmente sus

necesidades: ayuda a olvidar, proporciona entretenimiento, promueve la socialización, quita el dolor físico, da valor, disminuye el hambre, produce excitación, mejora el estado de alerta o fomenta un sentimiento de unión con los demás usuarios de sustancias. Adicionalmente, el uso de estupefacientes en su comunidad de origen y trabajo es aceptado. Mientras más disponible esté una sustancia, mayores serán las probabilidades de que se le acepte (R. Gutiérrez & Vega, 2009; Saucedo & Taracena, 2011; L. Vega et al., 2002). Por ejemplo, UNICEF et al. (1999) encontraron que a 41,226 menores (22% varones y 10% mujeres) se les han ofrecido drogas en sus lugares de empleo. Por su parte, Medina-Mora (2000) señala que uno de cada 11 menores está expuesto a drogas en su lugar de trabajo.

Algunos que subsisten en las calles viven en zonas en las que la producción y el comercio de drogas son la principal fuente de dinero para casi todos sus habitantes. De hecho, la exposición a drogas es seis veces más frecuente entre aquéllos que viven en la calle y es del 10% en los que trabajan en espacios públicos (Medina-Mora, 2000).

Cabe destacar que aún bajo los efectos de las drogas, son capaces de continuar interactuando o desempeñando sus actividades de subsistencia como limosnear (L. Vega & Gutiérrez, 1993).

Como resultado de su adicción, presentan problemas de salud física y mental, son propensos a sufrir accidentes, a ser víctimas de violencia física, incluida la sexual, y psicológica, son rechazados por la sociedad, pueden ser reclusos en el tutelar de menores e inclusive pueden llegar a morir.

La sexualidad constituye un aspecto primordial en la formación del niño y adolescente. El desarrollo psicosexual del individuo está determinado por multitud de factores desde los biológicos y los psicológicos hasta los que tienen que ver con las relaciones interpersonales tempranas. Idealmente, la vida sexualmente activa del individuo debería iniciarse cuando los factores antes mencionados lo han llevado a un estado de madurez física y psicológica adecuada. Empero, los menores y jóvenes en situación de calle inician tempranamente su vida sexual (aproximadamente entre 10-12 años de edad), son sexualmente activos teniendo, por lo menos un 77% de ellos, relaciones sexuales con 4 o más personas regularmente, normalmente no utilizan métodos anticonceptivos y pueden llegar a involucrarse sexualmente con prostitutas (Domínguez et al., 2000). Así mismo, sufren una mayor victimización que el resto de sus pares. Como resultado de experiencias sexuales frecuentes, suelen introducirse en el mundo de la parentalidad temprana y son propensos a padecer un sinnúmero de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA. Lo que es más, 38% de niños de 13 años y 48% de jóvenes de 16 años conoce a alguien infectado con VIH, SIDA (Shein-Szydlo et al., 2005). De igual manera, sobre todo las mujeres, carecen de recursos emocionales, físicos o financieros para enfrentarse a un embarazo o un parto. Generalmente, los abortos se realizan en condiciones peligrosas y poco sanitarias (R. Gutiérrez & Vega, 2009).

Respecto a sus relaciones afiliativas, presentan las mismas características en cuanto a familia, pareja y grupo de pares que las descritas con anterioridad (ver apartados de Perfil y Factores de Riesgo, Capítulo I).

Concerniente a sus relaciones amorosas, Magazine (2006) refiere que alrededor de la mitad de los varones mayores de 15 años de edad y casi todas las mujeres mayores de 13 años se involucran en por lo menos una relación de pareja. La mayor parte de los hombres que no tienen una relación de este tipo aspiran a tenerla. No obstante, tienen dificultades en encontrar pareja dado que la población femenina es minoritaria. Los menores y jóvenes en situación de calle rara vez utilizan el término matrimonio. A pesar

de ello, se refieren a sus parejas como su esposa/mujer o esposo. Se trata de una unión consensual pues implica la cohabitación y una aspiración a la cooperación y la autonomía en varias actividades, entre ellas ganar dinero, la preparación de alimentos, la obtención de una vivienda y tener hijos. Esta cooperación implica el compartir ciertas tareas o una división del trabajo. Las parejas sin hijos o cuyos hijos no están bajo su propio cuidado, frecuentemente trabajan juntos, por ejemplo lavando parabrisas, y juntan una fracción o todos sus ingresos para costear sus alimentos, vivienda u otros gastos. Cuando una pareja tiene hijos bajo su cuidado, dividen algunas de estas tareas de modo que el marido gane dinero mientras que la mujer prepara los alimentos y cuida a los niños. Otro rasgo notable de estos matrimonios es la inestabilidad de las relaciones y la ocurrencia común de separaciones permanentes. La inestabilidad implica el hecho de que las parejas se separan durante semanas o meses y luego vuelven a juntarse durante períodos similares. Después de algunos años, una de estas separaciones puede volverse permanente cuando uno o ambas personas encuentran una nueva pareja o se van a vivir a otro lugar.

Lo que se ha observado concerniente a su grupo de iguales particularmente en la infancia y adolescencia mexicanas en situación de calle, es que más que arraigarse a la calle en sí, como un lugar de paso o de esparcimiento, los niños se apegan a la banda (término común para referirse a su grupo de pares) y al barrio. La banda es una expresión que muchas veces es usada por los niños para expresar sentimientos colectivos muy profundos de camaradería y solidaridad con los niños y jóvenes con los que se juntan para vivir, convivir y subsistir en calles, carros abandonados, alcantarillas, lotes baldíos, hoteles y con amigos, entre otros lugares. Por ende, la "banda" constituye una fuente de apoyo, protección, afecto y solidaridad (Áviles & Escarpit, 2001; DIF, 2006; R. Gutiérrez & Vega, 1999; Magazine, 2006; P. Murrieta, 2010; QUIERA et al., 1999; Saucedo & Taracena, 2011; E. Taracena, 2002; E. Taracena & Macedo, 2007). En la banda, aprenden a realizar estrategias de subsistencia y a usar la infraestructura de la llamada red social de subsistencia callejera. Igualmente, dentro de su grupo, conforman su identidad individual y social (García-Ugarte, 1989; Magazine, 2006). Como tal, su grupo de referencia habitualmente es otro grupo de niños y adolescentes de igual edad y que está dedicado al mismo tipo de trabajo que ellos. Por ejemplo, si el primer grupo de menores que el niño encuentra una vez en la calle, se dedica a lavar coches, se unirá a él y se dedicará también a realizar la misma labor. Adicionalmente, son propensos a sentir un gran afecto por otras personas si pasan mucho tiempo con ellas, si su actuación es valorada y si reciben recompensas constantes de estas personas (R. Gutiérrez & Vega, 2009).

Por otro lado, en su grupo pueden vivir algunas familias nucleares y matrifocales formadas por los menores o jóvenes con sus hijos. Cada una de estas unidades procura hacerse de un espacio privado en el interior de la residencia grupal. Las relaciones conyugales de las familias nucleares tratan de apegarse al modelo familiar tradicional: las adolescentes hablan de ser una esposa fiel, obediente, realizar el quehacer hogareño y cuidar a los hijos, así como desean un esposo responsable y amoroso. Ellas y sus parejas pelean dado que ellos no reconocen la paternidad, no se hacen cargo de los gastos de sus hijos o no quieren asumir la responsabilidad social y económica sin separarse del grupo, y hay celos y disputas, entre otros. Aparte, es común la inestabilidad en las relaciones de pareja sobre todo porque a veces el padre del niño es detenido, recluido en una prisión o abandona la relación. En cualquier caso, ellas y sus hijos resienten significativamente la ausencia de la pareja y/o su falta de apoyo. En tales casos, se encuentran las familias matrifocales, en las que ellas son las responsables de mantener a sus hijos (L. Vega et al., 2002).

A pesar de que en el interior de la banda se suscitan sentimientos de camaradería y solidaridad y aprendizajes de estrategias de subsistencia, existe el recelo, la envidia, la indiferencia, la soledad y la violencia. Durante el proceso de arraigo y permanencia en la

banda y el barrio (otros jóvenes y adultos con los que conviven y subsisten en el mismo espacio público pero que no son considerados como de la banda), los niños están expuestos a diferentes fenómenos que hacen difícil su subsistencia como la violencia, el abuso sexual, la explotación sexual comercial infantil y el uso de drogas. De hecho, la gran mayoría de las niñas y adolescentes de la calle son víctimas de violaciones sexuales. Lo que es más, ellas señalan que a veces su misma banda o grupo de referencia abusa de ellas. En consecuencia, tratan de no verse femeninas usando, por ejemplo, el pelo muy corto y tratando de vestirse y de actuar como varones. Esta violencia sexual en contra de los menores y jóvenes en situación de calle puede ocurrir al realizarse estrategias de subsistencia que buscan establecer relaciones sociales utilitarias e inmediatistas mediante las cuales negocian algunas obligaciones a cambio de ciertos beneficios. Al respecto, destacan las estrategias de sexo recompensado en la banda/barrio y la prostitución por subsistencia en la industria sexual. Las primeras suelen ser practicadas por las niñas y adolescentes recién llegadas al grupo y al barrio. En tales casos, pueden verse presionadas a aceptar intercambiar actividades sexuales por protección, regalos, todo tipo de posesiones personales y drogas (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007).

En cuanto a su núcleo familiar, aunado a las características descritas con anterioridad (ver apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I), cabe resaltar que en la Ciudad de México, la mayoría de los menores y jóvenes en situación de calle no son huérfanos. Tienen familias pero el contacto que mantienen con éstas es ocasional o nulo. Sus familias son disfuncionales por la dinámica de violencia, negligencia y abandono que impera en las mismas. Así mismo, el que miembros de la familia laboren en la calle conecta a los niños poco a poco al estilo de vida callejero hasta terminar por desprenderse de su familia y optar por vivir en la calle (Turnbull-Plaza, 1998).

Referente a características psicosociales, Pérez-Ortega (2003) observó que los menores en situación de calle poseen una imagen de sí mismos congruente con las condiciones de vida en la que están inmersos; es decir, el poseer un bueno o malo autoconcepto dependerá de la actitud que tengan hacia sí mismos. Por tanto, su autoconcepto no es bajo ni alto. En investigaciones posteriores, Ildelfonso (2008) obtuvo los mismos resultados, y R. Gutiérrez y Vega (2009) señalan que tienen una buena autoestima. En contraste, varios autores (García-López, 2000; P. Martínez et al., 2007, Mercado, 1991; M. Ponce, 1997; Thomas-De Benítez, 2000), han encontrado que el autoconcepto, la autovaloración y la autoestima están sumamente devaluados. En consecuencia, tienen una mayor tendencia a cometer suicidio.

Por otro lado, el concepto que tienen de sí mismos está relacionado con el sistema de premisas histórico-socioculturales. Las figuras de los padres se siguen conservando como una imagen que hay que obedecer independientemente de sus condiciones de vida. Aunado a lo anterior, los niños en y de la calle son confrontativos, producto de la violencia que aprenden en la calle. Así pues, comportamientos tales como asocial, violento, evasivo, introvertido e inaccesible imperan en los menores en situación de calle, siendo más inaccesibles e introvertidos los niños de la calle (Pérez-Ortega, 2003). Adicionalmente, son hiperactivos, ansiosos, somatizan más que el resto de los menores, por lo menos el 75% presenta estrés postraumático y el 80% se siente solo (Shein-Szydlo et al., 2005), carecen de habilidades de comunicación, tienen una baja capacidad de concentración y presentan intolerancia a la frustración y labilidad emocional (Thomas-De Benítez, 2000). Padecen depresión (R. Gutiérrez & Vega, 2009; Shein-Szydlo et al., 2005), y tienen sentimientos de vergüenza y desesperanza.

Aparte, aprenden habilidades de ubicación espacial (saben hacia dónde dirigirse para tomar el camión o ir a pie a su casa), de coordinación motora gruesa (indispensables para pelear, correr y escabullirse de sus perseguidores, de la policía, de inspectores, etc.) (Fletes, 1999; L. Vega et al., 2002), tienen expectativas positivas sobre el futuro (P.

Murrieta, 2010), son creativos y tienen una inteligencia superior a la normal (R. Gutiérrez & Vega, 2009). Además, como su estilo de vida es transitorio, no adquieren habilidades sociales para hacer planes a largo plazo, están aislados y tienen dificultad para establecer y mantener vínculos emocionales.

De igual manera, la mayoría dicen querer un cambio de vida. Sin embargo, un gran número se conforma con el deseo y no hace realmente un esfuerzo por salir adelante (QUIERA et al., 1999).

Finalmente, en cuanto a las características psicosociales relacionadas a las interacciones sociales, se tiene que a los menores y jóvenes en situación de calle les importan las relaciones que establecen con las personas que interactúan, siendo una fuente de satisfacción humana confirmando, así, que para el mexicano es muy importante el estilo de vida afiliativo pues las relaciones interpersonales con la familia y los amigos representan una fuente de satisfacción (Díaz-Guerrero, 2007).

Respecto a factores de riesgo de la vida callejera resaltan los ya mencionados con anterioridad (ver apartado Factores de Riesgo, Capítulo I): el que las familias sean extensas y numerosas, el uso de sustancias por los progenitores y otros miembros de la familia, reportando 16 menores de cada 100 la presencia de por lo menos un familiar alcohólico (Medina-Mora, 2000), muerte de alguno de los cónyuges y presencia de un padrastro o madrastra, la preferencia por las ganancias materiales por encima de la cohesión familiar, el resentimiento, comportamiento y actitud rebelde de los hijos, el ingreso prematuro de los hijos al trabajo remunerado para el sustento familiar, la falta de conocimientos y habilidades para poder ejercer un rol adecuado como padre/madre y la existencia de conflictos entre los valores contemporáneos y los tradicionales (DIF, 2006; Fletes, 1999; García-Ugarte, 1989; E. Taracena, 2007, 2010; Turnbull-Plaza, 1998). Se añaden: el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico por familiares y maestros, la situación económica familiar, y el abandono, la negligencia y la desintegración familiar. De hecho, en México, uno de los principales problemas que enfrenta la niñez es el maltrato en sus distintas formas (Borjón, 2010; Padierna, 2001), y el agresor comúnmente es el padre (Mercado, 1991). Lo que es más, se calcula que una de cada tres familias mexicanas padece violencia y cerca de 50% ha enfrentado casos de violencia en algún momento. De acuerdo con Xelhuanzi (2009), el 90% de los varones en situación de calle ha sido víctima de abuso sexual en su comunidad.

También, existen otros fenómenos sociales que motivan el abandono del hogar como serían: el alcoholismo, el vandalismo, el deseo de libertad y búsqueda de aventuras, y la falta de límites y normas claros dentro del hogar. Por ejemplo, el 65% de los niños de la calle señalan que sus padres seguían las reglas únicamente cuando a éstos les convenía (Shein-Szydlo et al., 2005). Del mismo modo, se observa la misma situación imperante tanto en la comunidad de origen del menor como en su escuela: la falta de acceso a los servicios básicos, la mala distribución de recursos, la carencia de oportunidades de obtener un empleo bien remunerado, el hacinamiento, un sistema educativo inflexible, restringido y de calidad deficiente, y la inexistencia de actividades recreativas, culturales y sociales dentro de la comunidad. Además, destacan las razones antes mencionadas referentes a la estructura de la sociedad en general (ver apartado de Factores de Riesgo, Capítulo I). Es decir, la imposición de políticas públicas de carácter educativo, de salud, de protección y seguridad sin considerar el ejercicio pleno de los derechos de los niños, de políticas sociales y económicas que acentúan las diferencias de clase social, de etnia y de género, limitando la participación y el acceso equitativo a recursos y a oportunidades de crecimiento social y económico de los grupos más desfavorecidos, y de políticas sociales y de progreso que no favorecen el diálogo y la relación intercultural entre grupos o comunidades diferentes por su género, por su etnia, por su clase social o por tener capacidades diferentes (R. Gutiérrez & Vega, 2009).

Se han reportado las mismas consecuencias del fenómeno en cuestión que las mencionadas anteriormente (ver apartado de Consecuencias, Capítulo I), como serían: la explotación laboral y sexual comercial, el analfabetismo, la pobreza, la delincuencia, el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico por las autoridades y la drogadicción, siendo las drogas de mayor consumo los inhalantes, dentro de éstos el activo, la marihuana, el alcohol y la cocaína. Empero, en la actualidad, empieza a ser cada vez más común el consumo del activo (tolueno), la piedra (crack) y las metanfetaminas (éxtasis), inclusive a nivel nacional (UNICEF & DIF, 1999, 2004; UNICEF et al., 1999). El poder adictivo de la sustancia es mayor comparada con las usadas anteriormente; por lo que la modalidad de consumo demanda compras frecuentes, obligándolos a buscar nuevas formas para obtener más dinero (Calderón-Gómez, 2003; J. Pérez, 2003; ONU & CEPAL, 2001). En consecuencia, surgen diversos problemas relacionados al uso de sustancias pues tienden a consumir éstas en los espacios públicos y, al estar bajo el efecto de las mismas, efectúan daños a propiedades e irrumpen con el orden establecido, resultando molestos y amenazantes para los habitantes, dueños y clientes de los comerciantes del vecindario quienes intentan alejarles, la mayoría de las ocasiones, de forma agresiva y discriminatoria (Áviles & Escarpit, 2001; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; Saucedo & Taracena, 2011).

Por otro lado, la diversificación en el consumo de drogas genera un efecto adverso para la grupalidad. Por un lado, se registra un consumo más individual que provoca que la droga ya no se comparta con otros. Hasta hace algunos años, el consumo casi exclusivo de inhalantes dentro de este grupo social era una circunstancia que, aún en condiciones de alta intoxicación habilitaba la conformación y mantenimiento de la grupalidad. La modalidad del consumo de estas sustancias hacía factible circular y compartir la droga, así como agruparse en torno a ella. Aunado a lo anterior, el consumo diversificado crea formas de diferenciación interna relacionadas con el dinero y el prestigio. Por ejemplo, los que consumen el activo son una clase de lo más baja entre los individuos en situación de calle (EDNICA et al., 2010; ONU & CEPAL, 2001). Por tanto, el consumo de drogas varía dependiendo de la región, de la edad, de las circunstancias, del grupo de referencia y del sexo (Domínguez et al., 2000; Magazine, 2006).

A pesar de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123 apartado A, fracción III prohíbe la utilización de los menores de 14 años (CDHDF et al., 1996; INEGI, 2004; Mansilla, 1989; Medina-Mora et al., 1997; OIT, 2000; Post, 2003; UNICEF & DIF, 1996), en México hay 1,113,480 menores de 5-13 años que trabajan entre 45-55 horas por semana (UNICEF, 2009b). No obstante, para poder interpretar de manera adecuada las cifras hay que tener en cuenta que no están incluidos quienes trataron de obtener algún ingreso en las calles. De igual manera, el 66% de niños y niñas entre 5-17 años cooperan en las tareas de su hogar, lo que significa que pueden ocuparse del cuidado exclusivo de otros miembros, colaborar en el mantenimiento de la vivienda y de ciertos bienes, acarrear agua, lavar y/o planchar ropa, preparar alimentos, asear la vivienda, hacer compras y otras actividades similares. Aproximadamente el 40% de estos menores ha cumplido los 14 años, mientras que el 61% tiene entre 5-13 años. Las niñas y adolescentes (66 de cada 100), se ocupan en mayor medida que los niños no sólo de los quehaceres del hogar, sino de éstos de manera simultánea con otras actividades, como el estudio y el trabajo (Levison et al., 2001; UNICEF, 2009b). Por consiguiente, los menores y jóvenes en situación de calle tienen limitadas posibilidades de permanecer en el sistema educativo debido al tiempo que ocupan en sus labores. Es importante destacar que el quehacer doméstico constituye una actividad no regulada por las leyes gubernamentales. Consecuentemente, la posibilidad de que los niños y jóvenes superen sus condiciones tan precarias se ve frustrada ante el nulo o escaso nivel de escolaridad que alcanzan (L. Vega et al., 2002).

En cuanto a la explotación sexual comercial, se observan diferencias por sexo teniendo que en el caso de las niñas está a cargo de clientes (varones adultos) y delincuentes organizados que producen y venden pornografía. En contraste, en el caso de los niños es practicada por varones adultos homosexuales, bisexuales y por delincuentes organizados de la pornografía (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007). Así mismo, en el D.F. cerca de 4 mil menores en situación de calle son víctimas de la explotación sexual, de los cuales el 80% son niñas que tienen entre 10-14 años de edad y el 20% son niños de entre 8-16 años. Dicha problemática también se ha extendido a las casas hogar (Acevedo, 2003).

Referente a la delincuencia y violencia, los menores y jóvenes en situación de calle están más expuestos a las mismas tanto como testigo y como víctima. Además, tienden a involucrarse con mayor frecuencia con las pandillas. La violencia en las calles es vivida por la mayoría de los niños como disputas y riñas con algunos policías, vecinos y comerciantes ambulantes. A esto se añade el que tienen conflictos con algunos miembros del barrio y otros grupos de menores (Barragán-Rodríguez, 2010; Saucedo & Taracena, 2011). De hecho, al 68% de los niños y adolescentes en situación de calle los han golpeado o asaltado, al 35% los han atacado o apuñalado, 40% de ellos han herido gravemente a alguien, 50% ha participado en peleas en grupo (Shein-Szydlo et al., 2005), y tan sólo el 18% reporta haber recibido buen trato después de haber sido detenidos por las autoridades (Medina-Mora, 2000). Empero, únicamente uno de cada diez casos de violencia se denuncia (Áviles & Escarpit, 2001).

Por otra parte, por su condición de menor suelen ser usados para la distribución de drogas o la comisión de delitos por adultos y personas mayores.

Los distintos tipos de violencia y exclusión social del que son víctimas, son enfrentados de varias formas incluyendo el uso de sustancias aunque con ello se hacen más propensos a padecer una mayor victimización. De acuerdo con varios autores (R. Gutiérrez, Gigengack & Vega, 1995; Turnbull-Plaza, 1998), el consumo de drogas pertenece a por lo menos cuatro tipos de estrategias: estrategias centradas en el alivio de las condiciones de pobreza (como el hambre o el frío), estrategias para manejar las emociones suscitadas por la pobreza (el miedo a la violencia y represión policial, la soledad, el estrés cotidiano de los espacios públicos o de las instituciones), estrategias para vencer el aburrimiento y finalmente estrategias de recreación lúdica. Estos hallazgos permiten destacar que los niños y adolescentes no son víctimas pasivas de la adicción a los inhalables, sino actores sociales que usan las sustancias conforme a sus necesidades. Lo que es más, la droga les proporciona la evasión y negación de su realidad porque carecen de herramientas educativas, de elementos cognitivos (capacidad de análisis, pensamiento, abstracción, reflexión), y de lazos afectivos que permitan un soporte emocional conduciendo, así, a que les sea difícil superar los traumas de su vida familiar, añadiéndose, también, la problemática de la calle (p. ej.: violaciones, prostitución, mendicidad, violencia, chantaje, robo, devaluación, etc.) (QUIERA et al., 1999).

Como los menores y jóvenes en situación de calle no concluyen, en su mayoría, la educación básica y, en algunos casos, la superior, no adquieren las habilidades, herramientas y competencias necesarias para desempeñarse eficazmente en la sociedad y conseguir un empleo remunerado dentro del mercado laboral formal, convirtiéndose, de este modo, en analfabetas funcionales. Razón por la cual, buscan trabajo en el sector informal de economía con salarios ínfimos, sin prestaciones y bajo condiciones de riesgo puesto que son propensos a sufrir accidentes, a padecer violencia física y psicológica y a ser víctimas de explotación laboral y, en ocasiones, de abuso sexual por sus empleadores y las personas que los rodean. Por consiguiente, no cuentan con los bienes necesarios y suficientes para subsistir. Aparte, conforme van creciendo y aumentando de edad, la obtención de recursos se vuelve más difícil dado que el rechazo y exclusión sociales son



cada vez mayores. Consecuentemente, ya sea como medio de subsistencia o para facilitar el ingreso de dinero, se involucran en la realización de actividades ilícitas siendo las más comunes la delincuencia, la venta de drogas y la prostitución. Adicionalmente, pueden llegar a entrar en las redes del crimen organizado que, aunado a lo anterior, incluyen la formación de sicarios, los secuestros y la trata de personas y de órganos, entre otros. Debido a ello, incrementa, entre otras cosas, la violencia y la inseguridad y con ello el rechazo y discriminación por la sociedad en general (Fletes, 1999; García-Ugarte, 1989; P. Murrieta, 2010; E. Taracena, 2007), y, de esta forma, el que los menores puedan llegar a permanecer en el tutelar de menores (QUIERA et al., 1999). Igualmente, al no haber concluido con una educación formal, ante la imposibilidad de recibir una informal y el carecer de un empleo estable dentro del marco legal que permita satisfacer las necesidades básicas, se perpetúa el círculo vicioso de pobreza en el que se encuentran inmiscuidos y del cual difícilmente podrán salir sin la implementación de líneas de acción bien definidas. Como resultado, acrecenta el atraso educativo, social y cultural de un país.

Actualmente, no es clara la forma en que el menor o joven en situación de calle se presenta en la Ciudad de México. Existen nuevas dimensiones y es notoriamente un fenómeno más complejo. Algunos de los cambios más notables se observan en el aumento de la edad de la población, la presencia de otras formas de organización social en las calles como lo es el caso de familias, la aparición de niños y jóvenes con capacidades especiales, el aumento del número de mujeres en los diferentes grupos de edad y el incremento de la maternidad en población callejera y, en consecuencia, la formación de familias en la calle. También es evidente la disminución en el número de niños que ahora se agrupan en cada punto de encuentro, existe mayor consumo de drogas y cambios en el tipo de consumo, mayor diversificación de las actividades de sobrevivencia y una mayor movilidad en los puntos de encuentro y pernocta (Calderón-Gómez, 2003; Danielle-Strickland, 2009; EDNICA et al., 2010; Garza-Caligaris, 2009; Soriano et al., 2005). Estas nuevas expresiones del fenómeno se han observado en otros países como Estados Unidos (Averitt, 2003).

En resumen, tanto en México como en el resto de América Latina, la presencia de niños y adolescentes en situación de calle puede considerarse como un efecto de la situación socioeconómica y política que viven las distintas culturas. Además, esta población proviene de grupos familiares y comunidades populares que no logran proporcionarles los satisfactorios básicos y que no cuentan con herramientas fundamentales para la crianza y educación de los hijos. Como tal, son comunes las historias de maltrato, desintegración y/o abandono que se convierten en factores que provocan que los menores se refugien en las calles para transitar por ellas o para obtener ingresos económicos para sus familias y su propia subsistencia, trabajando en la economía informal como subempleados o cubriendo multitud de actividades desde vendedores y prestadores de servicios hasta la mendicidad, la prostitución o el robo quedando, de esta manera, expuestos a todos los peligros que dichas condiciones de vida conllevan. Del mismo modo, la sociedad en general arremete en su contra, son discriminados y marginados inclusive por las propias autoridades que en forma impune los hostiga y comete atropellos en su contra. Por otro lado, forzados o voluntariamente, son usados con fines de delincuencia (p. ej.: asaltos, redes del narcotráfico, y crimen organizado), y de explotación laboral y sexual comercial, están expuestos a accidentes laborales y de tráfico, a problemas de salud, nutrición, farmacodependencia, seguridad, violencia física, incluida la sexual, y psicológica, carecen de acceso a centros de salud, se les niega su derecho de recibir una educación con lo cual no pueden encontrar un empleo dentro del mercado formal laboral, y la ayuda asistencial que se les proporciona es insuficiente y no acorde a sus características y necesidades. Aunado a los factores

anteriores, las desigualdades étnicas y de género, la falta de oportunidades educativas y laborales y la ausencia de políticas públicas a favor de los derechos de los niños y adolescentes, juegan un papel clave en el origen de la subsistencia infantil y adolescente en situación de calle.

Como resultado, se perpetúa una vida de miseria de la cual difícilmente podrán salir si no se les proporcionan las herramientas necesarias que les permita desempeñarse funcionalmente en la sociedad y mejorar, como resultado de ello, su calidad y satisfacción que tienen con la vida.

### ***Censos Realizados***

El planteamiento de estadísticas demográficas permite una aproximación a la dimensión cuantitativa del fenómeno y su relevancia social. Aparte, presionan para la toma de conciencia sobre la magnitud y complejidad del problema y de los sistemas (presentes y futuros), para la atención de los menores y jóvenes en situación de calle por una sociedad que con su presencia están denunciando (Rodríguez-Gabarrón, 1993).

Con el propósito de identificar cuál ha sido la evolución histórica de la problemática de este grupo social en la Ciudad de México en este apartado se hablará brevemente sobre los estudios sociodemográficos realizados por el gobierno del Distrito Federal en las últimas dos décadas, mediante tres instituciones: la Comisión Nacional para el Estudio de los Niños Callejeros (COESNICA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF en sus siglas en inglés), y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Durante la década de los 90's se efectuaron tres censos referentes a la población infantil y juvenil en situación de calle. El primero, llevado a cabo en 1992, quedó a cargo de COESNICA, y los últimos dos, ocurridos en 1995 y 1997, fueron realizados de manera conjunta por la UNICEF y el DIF. A continuación se presentan de manera general los resultados obtenidos.

En el censo de 1992, se contabilizaron 515 puntos de encuentro en tanto que en 1995 fueron contados 1,214, lo que representó un crecimiento del 135.73%, es decir un incremento anual del 45.24%. El crecimiento de la cantidad de puntos de encuentro indicó que el fenómeno de los menores y jóvenes en situación de calle se extendió a una mayor superficie del Distrito Federal, y que se encontraron, aunque en menor densidad, en áreas geográficas que en 1992 no abarcaban. De hecho, en 1992, las delegaciones con mayor número de población en situación de calle fueron Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Benito Juárez, Iztapalapa y Venustiano Carranza. Para 1995, se añadieron Miguel Hidalgo, Coyoacán, Álvaro Obregón, Iztacalco, Tlalpan, Xochimilco y Cuajimalpa.

Respecto al número de infantes en situación de calle, se contabilizaron un total de 11,172 en 1992, mientras que en 1995, 13,373. De tal manera, que el fenómeno no sólo se generalizó por toda la zona sino que creció en un 20%. Como tal, se experimentó un incremento promedio anual del 6.6%.

En cuanto a sexo, en 1992, el 72% eran hombres y el 28% mujeres con un rango de edad que oscilaba entre los 12-17 años siendo la media de 13 años. En el censo de 1995, el 31.49% correspondió al sexo femenino y el 68.5% al masculino con un rango de edad de 0-16 años aproximadamente. Por consiguiente, se desprende que la presencia de las niñas registró un incremento global en tan sólo tres años del 3.5% pasando del 28% en 1992 al 31.5% a finales de 1995. En contraste, para el caso de los hombres se detectó una disminución del 3.5%. Adicionalmente, en 1992, el fenómeno de los menores en situación de calle estuvo preponderantemente integrado por adolescentes, pues sólo 25% del total de la población eran niños menores de 12 años. En 1995, las calles de la

Ciudad de México acogían a 6,323 niños entre 0-11 años, lo que representó 47.2% del total de la población de menores y jóvenes en situación de calle registrada en la investigación censal realizada ese año. Aparte, en 1992, el fenómeno se caracterizó por ser esencialmente de mujeres adolescentes con una edad promedio de 13 años. En 1995, la edad promedio de las menores contabilizadas disminuyó, haciendo del fenómeno un hecho esencialmente infantil: 41% se concentró en el grupo de 0-10 años de edad. Referente a los hombres, no se observaron diferencias puesto que en ambos casos eran esencialmente adolescentes con una edad promedio de 13 años.

Sobre la participación de menores indígenas, ésta aumentó del 6.4% en 1992 al 14.6% en 1995.

Respecto a las actividades realizadas, en ambos censos destacaron las siguientes: venta ambulante, mendicidad y limpiaparabrisas. En 1995, se añadió el trabajo en espacios públicos cerrados como serían centrales de abasto, mercados y estacionamientos. De igual manera, en las niñas, una de las principales actividades fue la prostitución; dato que no se reportó en el censo anterior.

En cuanto al nivel educativo, aproximadamente en ambos censos un 60% de los desertó del sistema escolar sin haber concluido la primaria.

En ambos estudios se observó que consumían droga, siendo las más consumidas el alcohol, el tabaco, los inhalantes y la marihuana. Igualmente, fue una población sexualmente activa y propensa a padecer una serie de enfermedades entre las que destacan: las respiratorias, las gastrointestinales y las oculares. Aunado a lo anterior, se encontró que el maltrato y abuso por las autoridades fue una constante en las investigaciones realizadas.

Por otro lado, destaca que tanto en 1992 como en 1995 los motivos primordiales para decidir abandonar el hogar fueron la pobreza y el maltrato familiar.

Como puede verse, con el paso de los años el fenómeno ha ido evolucionando diversificándose y extendiéndose por toda la zona. No sólo aumenta el número de niños, sino que se observa una mayor presencia de niñas y de indígenas. De igual manera, los pequeños abandonan su hogar desde edades cada vez más tempranas. También, la incursión de los infantes en las actividades ilícitas, no tomadas en cuenta en un principio, ha aumentado con el transcurrir del tiempo.

En consecuencia, dado que la población crece día con día, queda claro que las acciones gubernamentales no han sido suficientes y no han sabido abordar la problemática.

Por otro lado, en ambos censos es notable la omisión de la situación específica de las niñas en cuanto a los ítems en salud, educación, riesgos, aspiraciones futuras, ingresos, procedencia, pasando por alto, de esta manera, las diferencias existentes entre los menores en situación de calle por sexo. Aparte, no se incluyen variables como embarazo y maternidad, con lo cual se deja de lado el nacimiento de niños fuera del hogar.

Además, dado que en los dos censos se emplearon metodologías completamente diferentes, resulta difícil hacer comparaciones entre ellos. Adicionalmente, para la realización de los trabajos, cada institución partió de su propia concepción y tipología de menor en situación de calle y abordó la problemática desde su perspectiva individual y única, repercutiendo, de esta manera, en la posibilidad de sistematizar y estandarizar la información y obtener una visión integral del fenómeno en cuestión. Por ende, no se sabe con certeza cómo ha ido evolucionando dicho grupo social en la Ciudad de México con el paso de los años.

En 1997, la UNICEF y el DIF realizaron un censo en las cien principales ciudades del país encontrando que había 114,497 menores de 0-17 años que usaban las calles y

espacios públicos como lugares de trabajo o vivienda. De este universo, 100,565 eran menores en edad escolar y adolescentes cuyas edades fluctuaban entre los 6-17 años. Los restantes 13,932 fueron menores en edad temprana entre 0-5 años de edad que acompañaban a adultos o familiares mayores en el desempeño de diversas actividades económicas. Las niñas representaron el 30% del universo, aunque su peso en el grupo de 0-5 años tendió a equilibrarse con el de los hombres, llegando a ser el 45%. La población indígena representó el 8% del grupo de 6-17 años de edad.

En comparación con los censos anteriores, se observaron similitudes en cuanto a factores de riesgo, actividades realizadas, incluyendo las ilícitas, nivel educativo, padecimientos físicos, relación con las autoridades, consumo de drogas y condiciones de la actividad sexual. Del mismo modo, la población indígena siguió constituyendo una minoría dentro de este grupo social.

Por otro lado, como en el caso del censo de 1995, el rango de edad fue de 0-17 años ubicándose la mayoría de los encuestados entre los 6-17 años. La proporción de niñas de 0-5 años de edad fue mayor.

Un aspecto importante de la investigación de 1997 es que por primera vez se tomaron en cuenta las enfermedades de transmisión sexual, circunstancia no contemplada en los censos anteriores. No obstante, no se reportaron datos referentes a su prevalencia.

Cabe destacar que la comparación entre los censos de 1992 y 1995 con el de 1997 se realizó a grandes rasgos y de manera general, puesto que los resultados obtenidos en éste último fueron a nivel nacional sin incluir a la Ciudad de México, con lo cual puede concluirse que el fenómeno del callejerismo se manifiesta de manera semejante en todo el país, implicando, por consiguiente, que la población bajo estudio presenta características y rasgos comunes en distintas entidades y regiones dentro de una misma sociedad.

Actualmente, en México aún no hay datos estadísticos referentes a la prevalencia de la población en situación de calle. Adicionalmente, pese a la percepción del crecimiento del fenómeno, algunos funcionarios lo niegan o minimizan. Por ejemplo, la titular del DIF capitalino rechazó que exista un aumento en el número de niños y adolescentes que carecen de una residencia fija y estable, y precisó que en lo que respecta a los 487 menores registrados, éstos se ubican en cinco cruceros: el puente Taxqueña, los metros Barranca del Muerto y Camarones, la zona centro en las inmediaciones del metro Hidalgo y Alameda y de Ticomán a Insurgentes. En su declaración señala que 90% de estos niños y adolescentes provienen del área metropolitana y el resto del sur del país. Añade que el abandono de menores, "...es prácticamente inexistente" y agregó que quienes son abandonados no provienen de familias que radican en la Ciudad de México sino de estados como Hidalgo, Morelos o Puebla. Aunado a lo anterior, en el conteo realizado por el Gobierno del Distrito Federal mediante la campaña "En frío invierno, calor humano", se registró un incremento en la población que duerme en la vía pública en el período 2010 a 2011 de 3 mil 49 personas a 3 mil 282. En éste, los jóvenes de entre 18 y 30 años representaron el 32% (SSP, 2011).

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los menores y jóvenes en situación de calle se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad en términos biopsicosociales porque viven en condiciones extremadamente difíciles como consecuencia de desventajas sociales puesto que duermen en espacios públicos o en viviendas de materialidad inadecuada (Early, 2005; Hadland et al., 2009; Hyde, 2005; M. Raffaellia & Koller, 2005; Thomas, 2007; Towe et al., 2009), están expuestos a todo tipo de enfermedades e infecciones, son víctimas de violencia física y psicológica, y de la explotación laboral y sexual, no tienen acceso a una educación, a cuidados de la salud y a una atención médica (Castro-Cavero, 2008; Fait, 2008; Lebrero & Quicios, 2005), permanecen por tiempo prolongado en un entorno violento y criminal, no reciben servicios de calidad (Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007), y se hallan en un estado de abandono, exclusión social, marginación y pobreza o pobreza extrema. Dentro de los menores y jóvenes en situación de calle, las mujeres conforman el sector más vulnerable ya que son víctimas potenciales de explotación sexual y laboral, de maltrato físico y psicológico, y de marginación, discriminación y censura en una proporción mayor que los hombres (Cepero, 2005; CESOP & Cámara de Diputados, 2005; Del Río, 2008; L. García et al., 2009; A. Estévez & Silva, 2006; A. Hernández, 2005; Liebel et al., 2009; ONU, 2006; Pojomovsky, 2008a, 2008b; QUIERA et al., 1999). A pesar de que es una realidad abrumadora, se suelen generalizar las características del menor o joven en situación de calle aplicándolas a las niñas y adolescentes por igual sin tomar en consideración que ser niño o niña representa una diferenciación biológica y cultural, dado que lo que la sociedad atribuye al ser mujer dista mucho de lo que significa ser hombre, sobre todo en condiciones de vulnerabilidad. Además, hasta donde se ha revisado, no se tiene información sistematizada sobre dicha población. Existen algunos datos sobre ellas en estudios generales sobre menores y jóvenes en situación de calle y poblaciones marginales. Empero, su problemática por no ser aún conocida ni detectada, todavía no es objeto de una atención adecuada. Razón por la cual el propósito fundamental de esta investigación consistió en estudiar a las niñas y jóvenes en situación de calle partiendo del Modelo Cognitivo-Conductual con el fin de elaborar e implementar una intervención que las dote de habilidades de afrontamiento para que así puedan adaptarse funcionalmente a su entorno. Se eligió la terapia cognitivo-conductual porque no sólo cuenta con un sustento teórico y empírico abundante (Ehrenreich & Santucchi, 2009), sino que es el tipo de tratamiento adecuado para una población que necesita una intervención breve y de alto impacto por su naturaleza transitoria y de difícil acceso (Coker et al., 2009; Duval & Vincent, 2009; Sanders et al., 2009). Para ello, primero se exploró al colectivo social bajo estudio para posteriormente identificar y determinar conductas disfuncionales susceptibles de ser modificadas mediante la instrumentación de tratamientos efectivos y por último se llevaron a cabo talleres de habilidades de afrontamiento. De esta manera, se pretende incrementar su bienestar subjetivo percibido y, con ello, la satisfacción que tienen con la vida. Finalmente, se contribuirá a disminuir gradualmente la problemática.

##### ***Pregunta de Investigación General***

¿Cuál es el efecto que ejerce un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento en el bienestar subjetivo percibido de mujeres en situación de calle?

##### ***Objetivo General***

Elaborar e implementar un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento que incremente el bienestar subjetivo de mujeres en situación de calle.

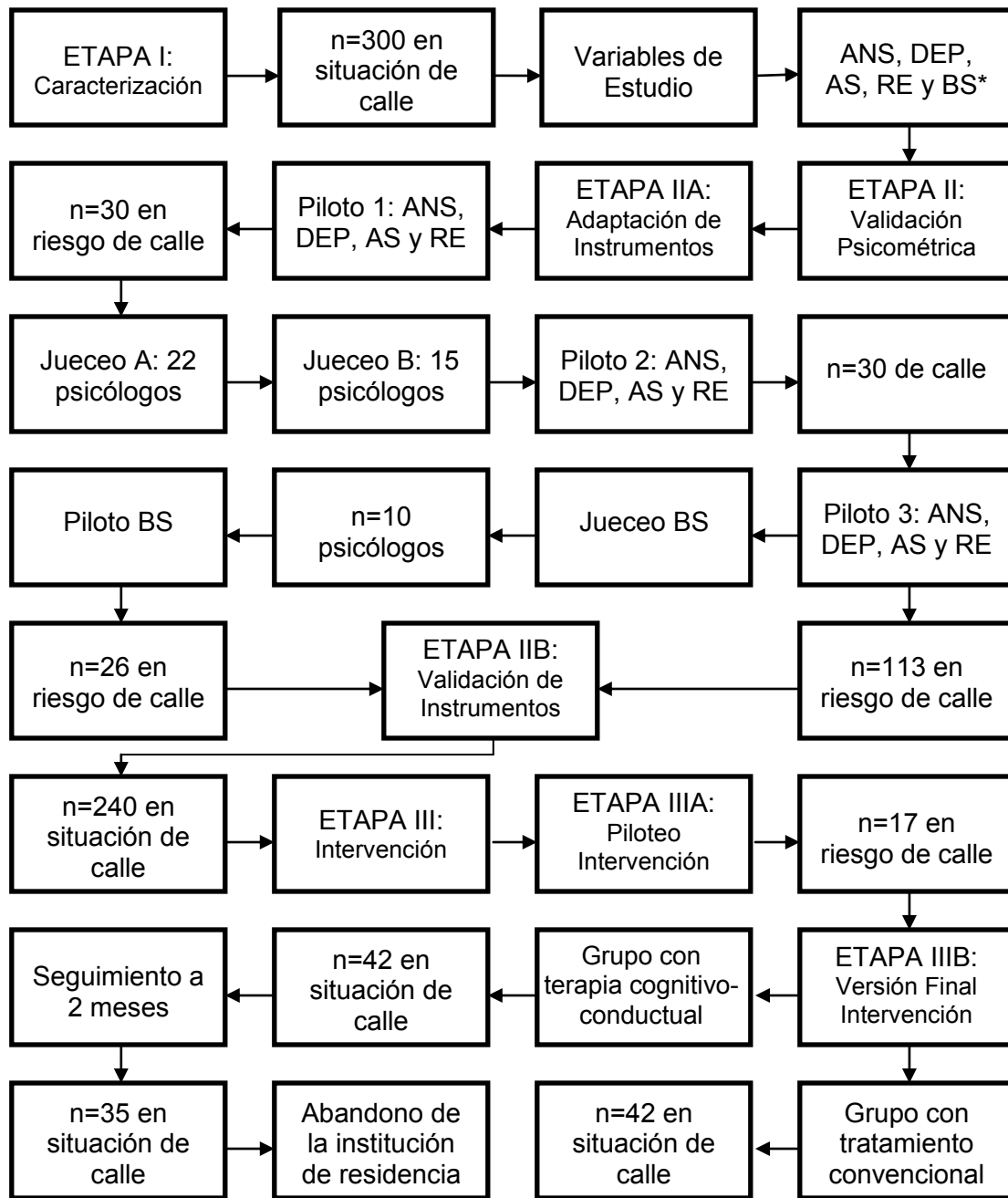
Para cumplir con el objetivo propuesto, se llevará a cabo la investigación en tres etapas<sup>6</sup>:

- Etapa I: Construcción psico-sociocultural de mujeres en situación de calle mediante la técnica de entrevista semi-abierta (Kerlinger & Lee, 2002) y un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (2005).
- Etapa II: Adaptación y validación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes siguiendo el procedimiento metodológico y estadístico de validación psicométrica propuesto por Reyes-Lagunes y García (2008).
- Etapa III: Implementación de un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento.

Para facilitar la comprensión del lector, a continuación se presenta un esquema del proceso de desarrollo de la presente investigación (ver Esquema 1). Las abreviaciones ANS, DEP, AS, RE y BS hacen alusión a las variables de estudio: sintomatología ansiosa (ANS), sintomatología depresiva (DEP), asertividad (AS), regulación emocional (RE) y bienestar subjetivo (BS). Las instituciones de asistencia privada fueron elegidas de manera intencional no probabilística y la participación del conjunto social bajo estudio fue voluntaria. La asignación a los grupos de tratamiento no fue aleatoria y éstos se aparearon en las características sociales más relevantes buscando conformar colectivos similares entre sí para poder detectar, de esta manera, el efecto de la intervención implementada.

---

<sup>6</sup>Se define etapa como cualquier avance parcial en la realización de una obra o proyecto. Sinónimo de fase (Diccionario Enciclopédico Quillet, 1978; Pequeño Larousse Ilustrado, 1978). Se eligió el término “etapa” en lugar de “estudio” para referirse al proceso de elaboración de una investigación en partes sucesivas. Aunado a lo anterior, el concepto “estudio” hace referencia a cualquier tipo de investigación o proyecto (APA, 2010). Por tanto, como no se trata de diversas investigaciones sino de una sola dividida en varias fases, el término “etapa” resulta ser el más conveniente para ello.



Esquema 1. Resumen del proceso de selección de participantes e implementación del taller hasta el primer seguimiento.  
 \*ANS: Sintomatología Ansiosa, DEP: Sintomatología Depresiva, AS: Asertividad, RE: Regulación Emocional, BS: Bienestar Subjetivo

## 5. MÉTODO

### ***ETAPA I. Hacia una construcción psico-sociocultural de mujeres en situación de calle***

La vida de las niñas y jóvenes en situación de calle se torna un círculo vicioso del cual difícilmente pueden salir. La pobreza, las crisis familiares y la violencia familiar motiva

que muchas mujeres salgan de sus casas y se inserten a los modos de sobrevivencia de la calle que implican violencia, marginación social, deserción escolar, consumo de drogas, represión y hostigamiento policial, y una vida sexual activa que puede traer como consecuencia embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual. Estas formas de sobrevivencia conllevan a condiciones de vida insalubres, sin servicios de salud, sin acceso a una educación ni al esparcimiento, y con escasas o nulas posibilidades laborales y de crecimiento. De ahí que en tales condiciones de marginalidad, difícilmente puedan llevar otro estilo de vida (A. Hernández, 2008). Sin embargo, en México y, a nivel internacional, pocas veces se ha hecho referencia a las menores y jóvenes en situación de calle en las investigaciones realizadas. Lo que es más, el gobierno mexicano ha ignorado la dimensión del problema y carece de diagnósticos confiables, concepciones claras y líneas de acción bien definidas (Calderón-Gómez, 2003; Children's Rights Network in Mexico, 2005; Y. Rodríguez, 2003). Así mismo, hasta donde se ha revisado, destaca la inexistencia de programas gubernamentales asignados a la investigación de dicha problemática y, en la mayoría de los casos, se asume erróneamente que no hay diferencias en cuanto a la forma en la que los niños y las niñas enfrentan y experimentan sus condiciones de vida. Ante lo cual, los intentos por trabajar con ellas se ven obstaculizados por la falta de conocimiento sobre las características que las definen porque ello dificulta considerablemente las posibilidades de cuantificar, medir y estimar la magnitud del fenómeno y de plantear formas públicas y no públicas de intervención acordes a sus características y condiciones de vida.

Por tanto, la información que existe respecto a las menores y jóvenes en situación de calle es escasa, limitada, presenta grandes variaciones y no es sistematizada. Aunado a lo anterior, hasta donde se ha revisado, existen pocos estudios que hayan abordado a dicho grupo desde una perspectiva de índole psicosocial tanto en México como en el resto del mundo. Adicionalmente, de acuerdo con el Modelo Cognitivo-Conductual, para la propuesta de un tratamiento efectivo, es necesario conocer las condiciones en las que se desenvuelve la población objetivo y que influyen en la misma; pues tales condiciones contribuyen a la conducta y es imposible modificar o inducir cambios sin esta comprensión (Granvold, 1994; A. Kazdin, 2000). En este caso, la efectividad del tratamiento deriva en identificar el panorama actual de la problemática. Para ello, es imperativo explorar el ambiente físico inmediato y extenso, el contexto macrosocial y cultural, el entorno laboral/académico y el ámbito intra e interpersonal de la población blanco (V. Caballo, 1998; Gomar et al., 2010; Simos, 2008). De esta manera, no sólo se asegura la elaboración de procedimientos efectivos de intervención, sino de que éstos tomen en cuenta las preocupaciones de la sociedad y, principalmente, las de los consumidores del tratamiento. Así, se obtiene validez social (Wolf, 1978).

Tomando en consideración lo anteriormente planteado, en esta etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle), se pretenden explorar las características sociales, relacionadas a la salud, de la vida institucional, de las conductas de riesgo, de las relaciones afiliativas y de la vida sexual de las menores y jóvenes en situación de calle, para poder obtener una concepción clara del colectivo social bajo estudio a partir de la cual se tenga una mayor comprensión del fenómeno en cuestión y de la dimensión de la problemática que posibilite la identificación de factores relevantes susceptibles de ser modificados mediante el planteamiento e implementación de líneas de acción bien definidas que buscan promover el bienestar subjetivo de las menores o jóvenes y, con ello, la satisfacción que tienen con la vida.

### **Preguntas de Investigación**

1. ¿Qué es una mujer en riesgo de calle?
2. ¿Qué es una mujer de calle?



3. ¿Cuáles son las características sociales que presenta una mujer en riesgo de calle?
4. ¿Cuáles son las características sociales que presenta una mujer de calle?
5. ¿Cuáles son las diferencias entre una mujer en riesgo de calle y una de calle?
6. ¿Qué es una mujer de calle para una mujer en riesgo de calle?
7. ¿Qué es una mujer de calle para una mujer de calle?
8. ¿Cuáles son las actividades de subsistencia de una mujer en riesgo de calle?
9. ¿Cuáles son las actividades de subsistencia de una mujer de calle?
10. ¿Cuáles son las características del estado de salud física de mujeres en riesgo de calle?
11. ¿Cuáles son las características del estado de salud física de mujeres de calle?
12. ¿Cuáles son las características del estado de salud mental de mujeres en riesgo de calle?
13. ¿Cuáles son las características del estado de salud mental de mujeres de calle?
14. ¿Cuáles son las características de las conductas de riesgo de mujeres en riesgo de calle?
15. ¿Cuáles son las características de las conductas de riesgo de mujeres de calle?
16. ¿Cómo es la vida institucional para una mujer en riesgo de calle?
17. ¿Cómo es la vida institucional para una mujer de calle?
18. ¿Cuáles son las características de la comunidad de origen de una mujer en riesgo de calle?
19. ¿Cuáles son las características de la comunidad de origen de una mujer de calle?
20. ¿Cuáles son las características de las relaciones afiliativas de una mujer en riesgo de calle?
21. ¿Cuáles son las características de las relaciones afiliativas de una mujer de calle?
22. ¿Cómo es la vida sexual de una mujer en riesgo de calle?
23. ¿Cómo es la vida sexual de una mujer de calle?

### **Objetivo General**

Identificar las características que definen a mujeres en situación de calle.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características sociales, de las conductas de riesgo, relacionadas a la salud, de la vida institucional, de las relaciones afiliativas y de la vida sexual de la población bajo estudio.
2. Analizar las características en cuestión en mujeres en situación de calle.
3. Encontrar si existen diferencias entre mujeres de calle y mujeres en riesgo de calle en las características evaluadas.
4. Elaborar un perfil de una mujer en situación de calle a partir de las características antes mencionadas.

### **Participantes**

300 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad de instituciones asistenciales privadas de la Ciudad de México elegidas de manera intencional no probabilística (ver Tabla 6).

Cómo criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes estuvieran residiendo en una institución asistencial privada que atiende exclusivamente a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, población que incluye tanto a aquéllos en riesgo de calle como a los que carecen de una residencia fija y estable.

Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución.

La participación fue voluntaria con aceptación de los tutores legales, en caso de haber, y/o de la organización de procedencia (ver Anexo 1).

**Tabla 6.**  
**Características descriptivas de las participantes (n=300)**

<b>Lugar de Nacimiento</b>	68.3% Ciudad de México (n=205)	29.3% Interior de la República (n=88)	2.3% Extranjero (n=7)		
<b>Edad (años)</b>	6-23 (M[DE]=12.07, 3.754)				
<b>Escolaridad</b>	1% Analfabeta (n=3)	59% Primaria (n=177)	33.7% Secundaria (n=101)	5.3% Bachillerato (n=16)	1% Licenciatura (n=3)
<b>Continuidad de Estudios</b>	88.3% Continúa estudiando (n=17)	11.7% No continúa estudiando (n=35). De estas 35 participantes, 27 (9%) no concluyeron sus estudios.			
<b>Motivo de Ingreso Institucional</b>	40.7% Maltrato familiar (n=122)	53% Carencia de recursos (n=159)	3.7% Abandono familiar (n=11)	1.3% Carencia de una residencia fija y estable (n=4)	1.3% Uso y abuso de sustancias (n=4)
<b>Tiempo de Estancia Institucional (meses)</b>	1-204 (M[DE]=35.41, 36.347)				
<b>Estancia Temporal*</b>	41.7% Madre (n=125)	6.3% Padre (n=19)	16.3% Madre y Padre (n=49)	20.3% Todo el tiempo permanece en la institución (n=61)	15.3% Otro (n=46): familiares, amigos y vecinos, entre otros.
<b>Trabajo</b>	94% No trabaja (n=282)	6% Sí trabaja (n=18): vendedora, recepcionista, comerciante ambulante y empleada doméstica.			
<b>Religión</b>	82.7% Católica (n=248)	8% Cristiana (n=24)	4.7% Otra (n=14): santería	4.7% Sin religión (n=14)	
<b>Sustancias Consumidas</b>	77.7% No consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=233)	22.3% Consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=67)			
<b>Maltrato Físico<sup>7</sup></b>	52.7% Ha sido víctima de maltrato	47.3% No ha sido víctima de maltrato			

<sup>7</sup> Para fines de este estudio, el maltrato físico comprende los traumas producidos en el cuerpo del pequeño como serían laceraciones, hematomas, quemaduras, fracturas o heridas producidas mediante el castigo (Barreiro et al., 2004; Gervilla et al., 2000; R. Gutiérrez & Vega, 1992; Leventhal, 1996; Picornell, 2006). El psicológico se presenta bajo formas de hostilidad verbal crónica como insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas, falta de afecto y atención, entre otros (APA, 2010; Changa et al., 2008; E. González, 1996; Lebrero & Quicios, 2005). El abuso sexual se refiere a la procuración de gratificación sexual, irrespetando y desconociendo los sentimientos y deseos de quienes hace participar en sus acciones (APA, 2010; Carro et al., 1995; C. Fujimura, 2005; ONU, 2006). Puede ser con o sin contacto físico. El primero va desde la violación anal, vaginal u oral, hasta los tocamientos intencionales de zonas sexuales con o sin agresión. El segundo son actos como el exhibicionismo, la utilización del menor para pornografía o las solicitudes y actos indecentes ante un infante (Balcells & Alsinet, 2000; Helander, 2008; Lebrero & Quicios, 2005; Picornell, 2006; Righthand et al., 2003).

<b>Abuso Sexual</b>	físico (n=158)	físico (n=142)
	26% Ha sido víctima de abuso sexual (n=78)	74% No ha sido víctima de abuso sexual (n=222)
<b>Maltrato Psicológico</b>	55% Ha sido víctima de maltrato psicológico (n=165)	45% No ha sido víctima de maltrato psicológico (n=135)

*Nota.* \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

## **Tipo de Investigación y Diseño**

Exploratorio, De Campo y Transversal (Kerlinger & Lee, 2002).  
De teoría fundamentada en su versión emergente o clásica (Denzin & Lincoln, 1994).

## **Escenario**

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones de las instituciones de asistencia privada en la cual residían las participantes al momento de esta fase (I: Caracterización de mujeres en situación de calle). Las actividades comprendidas para la aplicación de la misma, se llevaron a cabo dentro de los espacios asignados por los directivos de la organización, generalmente, un salón de clases o de juntas.

## **Materiales**

- Grabadora de audio

## **Instrumentos de Evaluación**

Una de las maneras de obtener información precisa y confiable referente a las condiciones actuales de una determinada población y a partir de la cual se proceden a plantear propuestas de tratamiento efectivas, es el uso de entrevistas (V. Caballo, 1998; Granvold, 1994; A. Kazdin, 2000; Simos, 2008). Tales herramientas proporcionan una medida objetiva obtenida empíricamente del funcionamiento global de los individuos y sus ambientes. Como resultado, se utilizaron una entrevista semiabierta producida en esta fase (I: Caracterización de mujeres en situación de calle), que aborda características sociales, relacionadas a la salud, de las relaciones afiliativas y de la vida sexual e institucional, y un cuestionario sobre conductas de riesgo elaborado, en cuanto a preguntas realizadas, siguiendo los postulados de Ajzen (2005)<sup>8</sup> referente a su Teoría de la Conducta Planeada para explorar el uso y abuso de sustancias, la realización de actividades ilícitas y la conducta sexual de riesgo (ver Anexo 2).

<sup>8</sup> Cabe destacar que el objetivo de este estudio no es aplicar el Modelo de la Conducta Planeada de Ajzen (2005), someterlo a prueba o utilizarlo como sustento teórico para la realización de la investigación. Únicamente se tomó como referencia para la elaboración de preguntas a incluir en el cuestionario de conductas de riesgo empleado.

## Variables

### Descriptivas

#### Definición Conceptual

**Características sociales.** Datos o indicadores sociales, económicos y demográficos que sirven para seleccionar grupos objetivos y planificar medios (en <http://www.merca20.com/sociodemograficos/>). Para fines de la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle), se tomaron en cuenta las características sociales de edad, escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento, comunidad de origen y actividades de subsistencia.

**Características relacionadas a la salud.** Incluye el estado de salud físico y mental y el consumo de sustancias tóxicas. Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). El consumo de drogas y alcohol se define como la autoadministración de una sustancia psicoactiva.

**Conductas de riesgo.** Son aquéllas que atentan contra el bienestar biopsicosocial de los individuos al repercutir en los ámbitos en los que se desenvuelven: personal (p. ej.: en su salud físico-mental), escolar (p. ej.: fracaso, deserción, pobre rendimiento académico), laboral (p. ej.: pérdida del trabajo), familiar (p. ej.: deterioro y rompimiento de las relaciones familiares), y social (p.ej.: discriminación, encarcelamiento, exclusión social y violencia) (Berra & Dueñas, 2009; CDC, 2008; Celís & Vargas, 2005; Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010). Para fines de esta etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle), se consideraron como conductas de riesgo el uso y abuso de sustancias, la actividad sexual sin protección y la realización de actividades ilícitas: robo, venta de drogas y prostitución.

**Relaciones afiliativas.** Son aquéllas que satisfacen las necesidades de afecto, apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor, necesidades básicas y determinantes para la supervivencia de la especie (Díaz-Loving & Sánchez, 2004). Para la presente etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle), se abarcarán dentro de las relaciones afiliativas a la familia, la pareja y el grupo de pares.

**Vida sexual.** Es la manera en la que menores o jóvenes en situación de calle ejercen su sexualidad entendida ésta como las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que suponen expresiones del deseo sexual, el poder y diversas emociones mediadas por el género y otros aspectos de la posición social (p. ej.: conjunto étnico, estatus social, etc.). Los distintos componentes de la sexualidad son la identidad sexual, el comportamiento sexual y el deseo sexual (en [http://www.paho.org/spanish/sha/be\\_v23n2-glosario.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n2-glosario.htm)). Constituye un aspecto central del ser humano e incluye la actividad sexual, los roles sexuales, la identidad de género, la orientación sexual, lo erótico, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y expresa mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales (OMS, 2006).

**Vida institucional.** Se trata de la participación por parte de menores o jóvenes en situación de calle en algún programa de atención institucionalizada por algún organismo de la sociedad civil o de instancias gubernamentales que implica la residencia en internado o medio-internado. Usualmente, tales organizaciones satisfacen las necesidades básicas en cuanto a alimentación, vestimenta, vivienda, educación y recreación y brindan, además, capacitación, servicios médicos y psicológicos, entre otros (Sánchez-Orozco, 2008; Servín-Leyva, 2007).

## Definición Operacional

**Características sociales.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente de trabajo social de mujeres en situación de calle en esta etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle) y mediante las respuestas dadas a las preguntas del área de características sociales de la entrevista semiestructurada elaborada en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación que abarca los aspectos de: concepción, edad, escolaridad, lugar de nacimiento, comunidad de origen y actividades de subsistencia.

**Características relacionadas a la salud.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente clínico-médico de mujeres en situación de calle en esta etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle) y mediante las respuestas dadas a las preguntas del área de salud de la entrevista semiestructurada elaborada en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación que abarca los aspectos de: concepción, salud física y mental y consumo de drogas, tabaco y alcohol.

**Conductas de riesgo.** Se refiere a la información obtenida mediante el análisis de las respuestas proporcionadas por las participantes a las preguntas del cuestionario del Modelo de la Conducta Planeada de Ajzen (2005) aplicado a mujeres en situación de calle elaborado en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación.

**Relaciones afiliativas.-** Se refiere a la información obtenida a partir de las respuestas dadas a las preguntas del área de relaciones afiliativas de la entrevista semiestructurada elaborada en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación y que abarca los rubros de familia, grupo de pares y pareja.

**Vida sexual.** Se refiere a la información obtenida a partir de las respuestas dadas a las preguntas del área de sexualidad de la entrevista semiestructurada elaborada en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación y que abarca los aspectos de: concepción, conducta sexual, experiencia sexual, embarazo y aborto, maternidad, abuso sexual y pareja sexual.

**Vida institucional.** Se refiere a la información obtenida a partir de las respuestas dadas a las preguntas del área de vida institucional de la entrevista semiestructurada elaborada en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación y que abarca los aspectos de: motivo de ingreso, actividades, trato del personal, relación con compañeros institucionalizados, servicios brindados, satisfacción con la institución y tiempo de permanencia en la misma.

## Procedimiento

Con el fin de conocer las características sociales, relacionadas a la salud, de la vida institucional, de las conductas de riesgo, de las relaciones afiliativas y de la vida sexual de niñas y jóvenes en situación de calle, se llevó a cabo la presente fase (I: Caracterización de mujeres en situación de calle) buscando construir una caracterización psico-sociocultural del colectivo social en cuestión. Partiendo de dicha caracterización, se podrán identificar algunas de las principales problemáticas o conductas disfuncionales susceptibles de ser modificadas mediante la labor del psicólogo.

Para ello, primero se elaboró una guía de entrevista semiabierta basándose en estudios realizados a nivel nacional e internacional con poblaciones infantil y adolescente en situación de calle. De igual manera, se elaboró un cuestionario para examinar conductas de riesgo (consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección y actividades ilícitas) basándose en los postulados de la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (2005). Esto es las preguntas fueron redactadas tomando en cuenta dicho modelo. Posteriormente, ambos instrumentos fueron evaluados por cuatro psicólogos que cuentan

con amplios conocimientos de los rubros abarcados. Una vez hechas las modificaciones pertinentes, se propuso una versión mejorada y corregida de ambos cuestionarios de evaluación (ver Anexo 2). La entrevista semi-estructurada se aplicó a 300 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad que se encuentran actualmente residiendo en instituciones asistenciales privadas (ver Tabla 6). De las 300 participantes, se eligieron aquéllas con una edad mínima de 10 años para que se les aplicara el instrumento para valorar conductas de riesgo debido a las preguntas del mismo y tomando en consideración que las conductas de riesgo evaluadas comienzan por efectuarse en la pre-adolescencia (10-11 años aproximadamente) conforme a la literatura de investigación revisada. Las instituciones asistenciales privadas fueron seleccionadas de la lista de la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal<sup>9</sup>. De un total de 24 organizaciones no gubernamentales que cubren el perfil poblacional, se obtuvo acceso a ocho (en orden alfabético): Fundación A Favor del Niño, IAP, Fundación Casa Alianza México, IAP, Fundación Clara Moreno y Miramón, IAP, Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez, IAP, Fundación Mensajeros de la Paz, IAP, Fundación para el Servicio, IAP, Fundación Renacimiento, de Apoyo a la Infancia que Labora, Estudia y Supera, IAP, y Fundación SEDAC, IAP.

Para ingresar a las organizaciones no gubernamentales, primeramente se pidió una cita con el o la directora de dicha fundación por teléfono. Se acudió a la reunión programada y se presentó el proyecto en cuestión inicialmente ante el jefe o jefa del departamento de salud, del área de recursos humanos y/o de la coordinación en general. Una vez aprobado el estudio por tales departamentos, se procedió a presentar la investigación ante el o la directora de la fundación. Acto seguido, se acordaron fechas y horarios de trabajo en caso de haber sido aceptado el proyecto y se entregó la documentación requerida por cada organización (p. ej.: currículum vitae actualizado, comprobante de domicilio, dos cartas de recomendación, anteproyecto, copia de título y cédula profesionales, carta de aprobación del proyecto de investigación por realizar expedida por el Comité Académico de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM]), dos fotografías tamaño infantil, carta compromiso de entrega de resultados y de confidencialidad de datos obtenidos y carta de motivos de laborar voluntariamente en la organización). De igual manera, se solicitó el permiso en cada institución de utilizar una grabadora de audio para cada entrevista aclarando que la información obtenida sería anónima, confidencial y usada únicamente con fines de investigación. Finalmente, una vez avalado y habiendo cumplido con los requisitos organizacionales se comenzó con la realización del trabajo.

La entrevista semi-estructurada se hizo individualmente al igual que el cuestionario sobre conductas de riesgo que, además, fue aplicado en forma de entrevista. Los instrumentos de evaluación se ejecutaron en los lugares fijados por cada fundación que avaló la realización del proyecto especificado. El psicólogo explicó a cada menor o joven de manera general los propósitos del estudio, sus respectivas dudas y se les aclaró que los datos proporcionados serían anónimos, confidenciales y se usarían solo con fines de investigación. Así mismo, se solicitó su consentimiento para grabar las conversaciones. Con aprobación de cada participante, se hicieron las entrevistas y se aplicó el cuestionario sobre conductas de riesgo. No hubo un tiempo límite para éstas pues se buscaba obtener toda la información posible referente a su historia de vida. Una vez finalizada la entrevista y respondido el cuestionario, se les agradeció su participación.

Acto seguido, se solicitó la ayuda de tres personas (de distintas profesiones) para transcribir tanto las entrevistas realizadas como los cuestionarios aplicados para evitar sesgar los posibles resultados. Los tres individuos transcribieron cada uno 100

---

<sup>9</sup> [http://www.jap.org.mx/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=584](http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=584)

entrevistas. Transcritas las entrevistas y los cuestionarios, se procedió a hacer un análisis de contenido usando el programa computacional Atlas-Ti versión 5 con el fin de codificar la información obtenida mediante un método objetivo y cuantitativo a partir del cual se infirieron las variables de estudio de la segunda fase de la investigación (II: Adaptación y validación de instrumentos).

### **Análisis Estadístico de Datos**

Análisis de contenido mediante el programa computacional Atlas Ti versión 5.

### ***ETAPA II. Características psicosociales de mujeres en situación de calle***

Partiendo de la información recabada en la fase anterior (Etapa I: Caracterización de mujeres en situación de calle), se encontró que la población femenina en situación de calle presenta índices de ansiedad y depresión, inasertividad y regulación emocional. Esto es, se identificaron algunas de las principales problemáticas que aquejan a este colectivo social. Tales características psicosociales influyen en la calidad y satisfacción que se tiene con la vida, repercutiendo, así, en la integridad físico-psicológica de los seres humanos. Por tanto, resulta imprescindible el elaborar y/o adaptar instrumentos de medición que proporcionen diagnósticos apropiados que permitan examinar adecuadamente dichas características. De esta manera, se tiene conocimiento confiable y válido referente al estado anímico, las habilidades sociales y el manejo y control de emociones de los individuos. A partir de lo cual, se entiende de la mejor manera posible a la conducta blanco, se identifican las bases de la misma y esta información se utiliza para la formulación de un tratamiento efectivo dirigido a acercar a los individuos a los niveles normativos de funcionamiento modificando dicha conducta. Por ende, basándose en el Modelo Cognitivo-Conductual, se podrán elaborar intervenciones dirigidas a disminuir un estado afectivo negativo como la ansiedad y la depresión, a fomentar la expresión constructiva de las emociones en el momento y lugar adecuados, y a incrementar el repertorio conductual asertivo de las personas. Con ello se favorece la adaptación funcional de la población objetivo y se promueve su bienestar subjetivo. Es decir, procediendo la identificación de conductas disfuncionales se pueden plantear propuestas de tratamiento para atender dichas conductas y fomentar la adquisición de nuevos y mejores comportamientos.

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, resalta la importancia de hacer y/o adaptar escalas tomando en cuenta el contexto sociocultural de la población a la que van dirigidos para que se puedan realizar evaluaciones precisas y diagnósticos certeros al ser usadas experimental o clínicamente. La carencia de instrumentos de medición confiables y válidos conduce a estimaciones imprecisas y, en consecuencia, a una interpretación arbitraria de los resultados que puede perjudicar a la población bajo estudio. Adicionalmente, se dificultan la evaluación y comprensión de los distintos fenómenos psicosociales y la elaboración de programas efectivos de intervención.

En la presente fase (II: Adaptación y validación de instrumentos), se adaptarán instrumentos de medición de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo percibido basándose en escalas que se han elaborado con población mexicana o, en su defecto, han sido validadas en esta cultura. Consecuentemente, mediante la realización de esta etapa, se adaptarán pruebas de evaluación a un nuevo conjunto social permitiendo, así, que tanto los profesionales del área de salud como las instituciones asistenciales, los centros de salud y las dependencias gubernamentales que atienden a la población infantil y juvenil en situación de calle dispongan de instrumentos psicométricos que permitan realizar evaluaciones, mediciones, diagnósticos e interpretaciones confiables y válidas. Aunado a lo anterior, con

la información recabada, se propondrán estrategias de intervención y de seguimiento acordes a las características de las menores y jóvenes en situación de calle. De tal modo, se promueve y contribuye al bienestar subjetivo de la agrupación social bajo estudio y, a largo plazo, se posibilita la disminución gradual de la problemática ya que se implementan y mejoran las formas de abordar al fenómeno en cuestión.

### **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuáles son los índices de sintomatología ansiosa y depresiva, inasertividad, y falta de regulación emocional y de bienestar subjetivo percibido en mujeres en riesgo de calle?
2. ¿Cuáles son los índices de sintomatología ansiosa y depresiva, inasertividad, y falta de regulación emocional y de bienestar subjetivo percibido en mujeres de calle?
3. ¿Cuál es la diferencia en el nivel de sintomatología ansiosa entre mujeres en riesgo de calle y mujeres de calle?
4. ¿Cuál es la diferencia en el nivel de sintomatología depresiva entre mujeres en riesgo de calle y mujeres de calle?
5. ¿Cuál es la diferencia en el nivel de asertividad entre mujeres en riesgo de calle y mujeres de calle?
6. ¿Cuál es la diferencia en el nivel de regulación emocional entre mujeres en riesgo de calle y mujeres de calle?
7. ¿Cuál es la diferencia en el nivel de bienestar subjetivo percibido entre mujeres en riesgo de calle y mujeres de calle?

### **Objetivo General**

Analizar perfiles psicológicos de mujeres en situación de calle utilizando la medición de la asertividad, la sintomatología ansiosa y depresiva, la regulación emocional y el bienestar subjetivo.

Para cumplir con el objetivo propuesto, la Etapa II (Adaptación y validación de instrumentos) comprenderá a su vez dos subetapas:

1. ETAPA IIA: Piloteo de los instrumentos elaborados.
2. ETAPA IIB: Aplicación al conjunto total de participantes.

### **ETAPA IIA. Adaptación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes**

De acuerdo con el Modelo Cognitivo-Conductual, para poder formular un tratamiento efectivo, el primer paso consiste en hacer un diagnóstico del problema para poder identificar y analizar las características y condiciones actuales de la conducta blanco que permitan el planteamiento de una propuesta de intervención (A. Kazdin, 2000).

Como parte del proceso de realización de un diagnóstico, se recurre al empleo de diversas fuentes de recolección de datos dentro de las cuales se encuentran los instrumentos de medición. Éstos, deben de tomar en cuenta el contexto sociocultural de la población a la van dirigidos para que se puedan realizar evaluaciones precisas y diagnósticos certeros al ser usados experimental o clínicamente. Al carecer de instrumentos útiles, se dificulta la evaluación y comprensión de los distintos fenómenos psicosociales y, por consiguiente, el planteamiento de tratamientos efectivos de prevención, rehabilitación y/o intervención. Por tanto, es necesario que los instrumentos de medición sean específicos y elaborados de acuerdo a las características de cada grupo social mediante el análisis de sus respectivas propiedades psicométricas



permitiendo, de esta manera, la obtención de indicadores veraces de confiabilidad y validez, y posibilitando el que las escalas elaboradas puedan ser retomadas para futuras aplicaciones con poblaciones similares.

Esto es, al contar con una batería de pruebas confiable y válida, se podrán hacer mediciones efectivas de las conductas disfuncionales de las participantes, siendo en este caso índices de ansiedad y depresión, inasertividad y regulación emocional, que permitan evaluar adecuadamente las mismas y los efectos del tratamiento sobre éstas.

### Objetivo General

Adaptar instrumentos de medición de las variables psicosociales mencionadas a continuación:

- a. Asertividad
- b. Sintomatología Ansiosa
- c. Sintomatología Depresiva
- d. Regulación Emocional
- e. Bienestar Subjetivo

### Participantes

173 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad de instituciones asistenciales privadas de la Ciudad de México elegidas de manera intencional no probabilística (ver Tablas 7 y 8).

Cómo criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes estuvieran residiendo en una institución asistencial privada que atiende exclusivamente a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, población que incluye tanto a aquéllos en riesgo de calle como a los que carecen de una residencia fija y estable.

Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución.

La participación fue voluntaria con aceptación de los tutores legales, en caso de haber, y/o de la organización de procedencia (ver Anexo 1).

**Tabla 7.**  
**Características descriptivas de las participantes de los Pilotos para Ansiedad, Depresión, Asertividad y Regulación Emocional**

	<b>Piloto A: Niñas en riesgo de calle</b> (n=30)	<b>Piloto B: Adolescentes de calle</b> (n=30)	<b>Piloto C: Mujeres en riesgo de calle</b> (n=113)
<b>Edad (años)</b>	6-14 (M[DE]=9.23, 2.22) 90% Primaria (n=27) 10% Secundaria (n=3)	13-22 (M[DE]=16.33, 2.34) 3.33% Analfabeta (n=1) 36.67% Primaria (n=11) 40% Secundaria (n=12) 20% Bachillerato (n=6)	6-23 (M[DE]=10.29, 3.07) 85.8% Primaria (n=97) 8% Secundaria (n=9) 6.2% Bachillerato (n=7)
<b>Escolaridad</b>			
<b>Lugar de Nacimiento</b>	100% Ciudad de México (n=30)	36.67% Ciudad de México (n=11) 63.33% Interior de la República (n=19)	88.5% Ciudad de México (n=100) 10.6% Interior de la República (n=12) 0.9% Extranjero (n=1)

**Tabla 8.**  
**Características descriptivas de las participantes del Piloto para Bienestar Subjetivo (n=26)**

<b>Edad (años)</b>	6-17 (M[DE]=10.58, 2.50) 88.5% Primaria (n=23)
--------------------	---

<b>Escolaridad</b>	7.7% Secundaria (n=2) 3.8% Bachillerato (n=1)
<b>Lugar de Nacimiento</b>	84.6% Ciudad de México (n=22) 11.5% Interior de la República (n=3) 3.8% Extranjero (n=1)

---

## Tipo de Investigación y Diseño

Exploratorio, De Campo y Transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

De un grupo: mujeres en situación de calle (6-23 años de edad) (Clark-Carter, 2002).

## Escenario

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones de las instituciones de asistencia privada en la cual residían las participantes al momento de esta subfase (IIA: Adaptación de instrumentos). Las actividades comprendidas para la aplicación de la misma, se llevaron a cabo dentro de los espacios asignados por los directivos de la organización, generalmente, un salón de clases o de juntas.

## Instrumentos de Evaluación

Se tomaron reactivos de los siguientes instrumentos por haber sido elaborados para población mexicana y por tener propiedades psicométricas adecuadas, para su posterior adaptación al colectivo social bajo estudio:

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (IDARE; Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975).
- *Escala de Ansiedad para Niños de Spence* (SCAS; Hernández-Guzmán et al., 2008).
- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D; Radloff, 1977).- Adaptada a población mexicana por González-Forteza, Jiménez, Ramos y Wagner (2008).
- *Cuestionario de Depresión para Niños* (CDS; Lang & Tisher, 1978).- Adaptado a población mexicana por Cruz-Jiménez, Morales y Ramírez (1996).
- *Escala de Depresión de Birlson* (1980, 1987).- Adaptado a población mexicana por De la Peña et al. (1996).
- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; Beck, Steer & Gavin, 1988).- Adaptado a población mexicana por Jurado et al. (1998).
- *Escala Multidimensional de Asertividad* (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2002)
- *Escala Multidimensional de Asertividad para Niños* (Flores-Galaz et al., 2004)
- *Inventario de Asertividad* (Gambrill & Richey, 1975).- Adaptado a población mexicana por Castaños, Reyes, Rivera y Díaz-Loving (2011).
- *Escala de Salud y Vida Cotidiana* (Forma B) de Moos (1984).
- *Inventario de Calidad de Vida y Salud* (INCAVISA; Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009)
- *Instrumento de Calidad de Vida* (WHO-QOL-BREVE en su versión en español; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).
- *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento* (SEVIC; Sánchez-Sosa & Hernández, 1993).

## Variables

### Definición Conceptual

#### Descriptivas

**Características sociales.** Datos o indicadores sociales, económicos y demográficos que sirven para seleccionar grupos objetivos y planificar medios (en <http://www.merca20.com/sociodemograficos/>). Para fines de la Etapa IIA (Adaptación de instrumentos), se tomaron en cuenta las características sociales de edad, escolaridad y lugar de nacimiento.

#### Dependientes

**Asertividad.** Es un constructo que engloba un conjunto de habilidades sociales. Para fines de esta investigación, se entiende asertividad como la habilidad social para expresar deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos de manera directa, clara, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.

**Depresión.** Se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico y, por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o suicidio e intentos de suicidio (V. Caballo & Smith, 2005).

**Ansiedad.** Es un estado de activación del organismo que comprende tres tipos de respuestas: psicofisiológicas, motoras y cognitivas (V. Caballo & Simón, 2005).

**Regulación emocional.** Se refiere a los intentos que hace el individuo para influenciar sus emociones, cuándo tenerlas y cómo estas se experimentan y expresan. Tales esfuerzos pueden ser automáticos o conscientes e implican tanto emociones positivas como negativas (J. Gross, 1998).

**Bienestar subjetivo.** Percepción propia, personal, única e íntima que el individuo hace sobre su situación física y psíquica, la cual no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva que se genera de la evaluación que desde el exterior se hace de aquéllos indicadores de ambas situaciones (Anguas, 2000).

### Definición Operacional

**Características sociales.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente de trabajo social de las participantes evaluadas en la Etapa IIA (Adaptación de instrumentos) de la presente investigación.

**Asertividad.** Se refiere a las respuestas obtenidas mediante un cuestionario estructurado hecho en la presente etapa (IIA: Adaptación de instrumentos) que permita detectar la habilidad para expresar asertivamente deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos.

**Depresión.** Se refiere a las respuestas obtenidas mediante un cuestionario estructurado elaborado en esta etapa (IIA: Adaptación de instrumentos) que permita detectar sintomatología depresiva.

**Ansiedad.** Se refiere a las respuestas obtenidas mediante un cuestionario estructurado hecho en la presente etapa (IIA: Adaptación de instrumentos) que permita detectar sintomatología ansiosa.

**Regulación Emocional.** Se refiere a las respuestas obtenidas mediante un cuestionario

estructurado elaborado en esta etapa (IIA: Adaptación de instrumentos) que permita detectar el manejo adecuado/inadecuado de emociones negativas.

**Bienestar Subjetivo.** Se refiere a las respuestas medidas mediante un instrumento que evalúe el bienestar subjetivo percibido.

## **Procedimiento**

El procedimiento para la selección e ingreso a las instituciones asistenciales privadas fue el mismo que el especificado en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación.

Para la adaptación de instrumentos de medición, primero se seleccionaron reactivos de diversas escalas adaptadas a población mexicana adulta e infantil-adolescente: 23 para ansiedad, 22 para depresión, 29 para asertividad y 14 para regulación emocional. Cada instrumento tuvo seis opciones de respuesta que iban de 1 (Nunca) a 6 (Siempre o Casi siempre [más del 80% del tiempo]). Cabe destacar que tales opciones de respuesta fueron las mismas para los pilotesos y la aplicación al grupo total de participantes.

La versión preliminar de las pruebas con 88 reactivos en total, se aplicó a 30 niñas en riesgo de calle de entre 6-14 años de edad seleccionadas aleatoriamente del total de 86 mujeres de la fundación A Favor del Niño, IAP (ver Tabla 7). La aplicación de los instrumentos fue individualmente en forma de entrevista con una duración de una hora aproximadamente. Se eliminaron tres reactivos por referirse a enojo o agresión, seis reactivos por no tener sentido, dos reactivos por repetirse y cinco reactivos por no ser comprendidos por las participantes. Por tanto, de los 88 reactivos quedaron 73, de los cuales a 38 se les hicieron cambios en su redacción y sintaxis para facilitar su comprensión por parte del colectivo social bajo estudio. Los cambios realizados se sometieron a dos jueces. En el primer jueceo, participaron 22 psicólogos para analizar si los reactivos modificados conservaban el mismo sentido teórico y semántico que sus predecesores. Para ser aceptado un reactivo, debió haber existido concordancia en las evaluaciones de por lo menos el 80% de los jueces. Así, únicamente seis reactivos no cumplieron con dicho criterio; por lo que se volvieron a probar incluyendo otros cuatro que se reescribieron para simplificarlos pero que sí pasaron el primer jueceo. En el segundo jueceo, participaron 15 psicólogos. Se eliminó un reactivo. Entonces, de los 45 reactivos que constituían las escalas que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva, se eliminaron 11, cuatro de la prueba de asertividad y tres de la de regulación emocional quedando conformada una versión corregida y mejorada de la batería de pruebas de la siguiente manera: 17 reactivos para ansiedad y depresión cada una, 25 para asertividad y 11 para regulación emocional. Se añadió un reactivo para medir asertividad con lo cual la prueba de esta variable quedó conformada por un total de 26 reactivos. La escala final con un total de 71 reactivos se aplicó a 30 adolescentes de calle de entre 13-22 años de edad seleccionadas de manera no probabilística de las instituciones asistenciales privadas Casa Alianza México y SEDAC (ver Tabla 7). La aplicación de los instrumentos fue individualmente en forma de entrevista con una duración aproximada de 30 minutos. Se eliminaron 11 reactivos por no discriminar, ocho reactivos por no ser de utilidad para la agrupación social en cuestión, uno porque las jóvenes proporcionaron respuestas no pertinentes a la investigación y uno por no haber sido comprendido por las participantes. Consecuentemente, una nueva versión perfeccionada de la batería de pruebas quedó constituida de la siguiente manera: 11 reactivos para ansiedad y para depresión cada una, 17 para asertividad y 11 para regulación emocional. El total de 50 reactivos se aplicó a un conjunto diferente de participantes de los anteriores de 113 menores y jóvenes en riesgo de calle de entre 6-23 años de edad seleccionadas de manera no probabilística de las fundaciones A Favor del Niño, IAP, Fundación para el Servicio, IAP y Mensajeros de la

Paz, IAP (ver Tabla 7). La aplicación de las escalas fue individualmente en forma de entrevista con una duración aproximada de 15 minutos. Se eliminaron cinco reactivos por no haber sido comprendidos por las participantes, tres reactivos por referirse a síntomas fisiológicos y ocho reactivos por no ser pertinentes para la investigación en curso. Por ende, la versión mejorada y corregida de las pruebas que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad y regulación emocional, quedó conformada de la siguiente forma: nueve reactivos para ansiedad, nueve reactivos para depresión, nueve reactivos para asertividad y ocho reactivos para regulación emocional. Esta batería de escalas es la que se usó para la aplicación a la población meta.

Referente a la variable de bienestar subjetivo, se eligieron 11 reactivos de instrumentos adaptados a población mexicana. Se hicieron cambios en su redacción buscando conservar su sentido teórico y semántico original. Se sometieron a un jueceo en el que participaron 10 psicólogos. Se eliminaron dos reactivos y se reescribió uno, quedando un total de nueve. Así mismo, basándose en escalas previas se redactaron 24 nuevos reactivos. Como tal, la versión preliminar del instrumento contó con 35 reactivos en total. Además, se buscó examinar la intensidad de experimentar diferentes emociones tanto positivas como negativas. Por lo que se añadieron a los 35 reactivos, una lista de sentimientos: 9 emociones (cinco positivas y cuatro negativas). Se eligieron aquellas emociones comprendidas por las propias participantes y que éstas experimentan con mayor frecuencia e intensidad. Esta prueba tuvo seis opciones de respuesta que iban de 1 (Nunca) a 6 (Siempre o Casi siempre [más del 80% del tiempo]). Cabe destacar que dichas opciones de respuesta fueron las mismas para el piloteo y la aplicación al grupo total de mujeres en situación de calle.

Tal escala se aplicó a 26 mujeres en riesgo de calle de entre 6-17 años de edad seleccionadas de manera accidental no probabilística de las organizaciones no gubernamentales Fundación para el Servicio, IAP y Mensajeros de la Paz, IAP (ver Tabla 8). La aplicación de la prueba fue individual en forma de entrevista con una duración aproximada de 10 minutos. No se eliminó reactivo alguno y se agregó una emoción más para que las emociones positivas y negativas fueran equiparables en cantidad. De modo tal que la versión mejorada y corregida del instrumento para valorar bienestar subjetivo quedó conformada por 35 reactivos que denotan el grado de satisfacción del individuo y que evalúan la frecuencia con la que vivencian sentimientos positivos y negativos, y por 10 emociones que indican la intensidad con la que las personas experimentan sentimientos positivos (cinco) y negativos (cinco). Esta versión es la que se aplicó al total de participantes.

Cabe aclarar que, previo a la aplicación de los instrumentos, el investigador explicó a cada menor o joven de manera general los propósitos del estudio, sus respectivas dudas y se les aclaró que los datos proporcionados serían anónimos, confidenciales y se usarían solo con fines de investigación. Con aprobación de cada participante, se aplicaron las escalas elaboradas.

Es importante destacar que la construcción de la batería de pruebas utilizada se centró principalmente en los objetivos de la investigación en curso y del taller implementado. Esto es, se buscó que los reactivos seleccionados permitieran examinar exclusivamente habilidades de afrontamiento y que también estuvieran relacionados entre sí. Así, de esta manera, al modificar una variable mediante la intervención aplicada, se incrementa la probabilidad de propiciar cambios en las otras. Debido a ello, en la presente investigación no se evalúan exhaustivamente a la sintomatología ansiosa y depresiva, a las conductas asertivas y a la regulación emocional. Más bien, tales variables se midieron con base en la manera en la que las niñas y jóvenes en situación de calle afrontan

situaciones estresantes. Ante lo cual, las escalas elaboradas van de la mano con el taller cognitivo-conductual aplicado.

Por último, se aclara que no se llevaron a cabo análisis estadísticos en esta sub-fase (IIA: Adaptación de instrumentos), pues el objetivo consistió en adaptar instrumentos de medición culturalmente relevantes y obtener una versión preliminar de los mismos que se usó en la etapa subsecuente (Etapa IIB: Validación de instrumentos) y a partir de la cual se realizarían análisis de validación psicométrica.

## **ETAPA IIB. Validación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes**

Como parte del proceso de adaptación de instrumentos de medición, está la validación de los mismos. Paso en el que se demuestra qué tan bien las escalas elaboradas miden lo que pretenden medir y qué tan consistentes son en la obtención de información referente al constructo que se esté evaluando (Kerlinger & Lee, 2002). De esta manera, el investigador se cerciora de que las pruebas cumplen con los requerimientos necesarios para que puedan ser retomadas en investigaciones subsecuentes con poblaciones similares. Adicionalmente, se asegura que las escalas obtenidas permitan hacer un diagnóstico confiable y preciso del problema bajo estudio, a partir del cual se proponga un plan de tratamiento efectivo y se ponga a prueba dicho plan (A. Kazdin, 2000).

### **Objetivo General**

Analizar las características psicométricas de confiabilidad y validez de los instrumentos elaborados.

### **Objetivos Específicos**

1. Valorar índices de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo en mujeres en situación de calle.
2. Analizar las características psicosociales antes mencionadas en el grupo social bajo estudio.
3. Examinar la relación que existe entre cada una de las variables psicosociales antes mencionadas en mujeres en situación de calle.
4. Elaborar un perfil basado en tales características psicosociales para la población bajo estudio.

### **Participantes**

240 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad de instituciones asistenciales privadas de la Ciudad de México elegidas de manera intencional no probabilística (ver Tabla 9).

Cómo criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes estuvieran residiendo en una institución asistencial privada que atiende exclusivamente a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, población que incluye tanto a aquéllos en riesgo de calle como a los que carecen de una residencia fija y estable.

Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución.

**Tabla 9.**  
***Características descriptivas de las participantes (n=240)***

<b>Lugar de Nacimiento</b>	77.1% Ciudad de México (n=185)	20.4% Interior de la República	2.5% Extranjero (n=6)
----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------

	(n=49)				
<b>Edad (años)</b>	6-23 (M[DE]=11.13, 3.47)				
<b>Escolaridad</b>	0.8% Analfabeta (n=2)	70% Primaria (n=168)	22.5% Secundaria (n=54)	5.8% Bachillerato (n=14)	0.8% Licenciatura (n=2)
<b>Continuidad de Estudios</b>	93.8% Continúa estudiando (n=225)	6.2% No continúa estudiando (n=15). De estas 15 participantes, 9 (3.8%), no concluyeron sus estudios.			
<b>Motivo de Ingreso Institucional</b>	27.9% Maltrato familiar (n=67)	4.6% Abandono familiar (n=11)	65.4% Carencia de recursos (n=157)	1.3% Carencia de una residencia fija y estable (n=3)	0.8% Uso y abuso de sustancias (n=2)
<b>Tiempo de Estancia Institucional (meses)</b>	1-204 (M[DE]=42.30, 37.35)				
<b>Estancia Temporal*</b>	43.8% Madre (n=105)	7.1% Padre (n=17)	19.6% Madre y Padre (n=47)	16.3% Todo el tiempo permanece en la institución (n=39)	13.3% Otro (n=32): familiares, amigos y vecinos, entre otros
<b>Trabajo</b>	97.1% No trabaja (n=233)	2.9% Si trabaja (n=7): vendedora, ayudante de cocina y recepcionista, entre otros			
<b>Religión</b>	84.2% Católica (n=202)	7.5% Cristiana (n=18)	3.8% Otra (n=9): santería	4.6% Sin religión (n=11)	
<b>Sustancias Consumidas</b>	85% No consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=204)	15% Consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=36)			
<b>Maltrato Físico</b>	43.8% Ha sido víctima de maltrato físico (n=105)	56.3% No ha sido víctima de maltrato físico (n=135)			
<b>Abuso Sexual</b>	21.3% Ha sido víctima de abuso sexual (n=51)	78.8% No ha sido víctima de abuso sexual (n=188)			
<b>Maltrato Psicológico</b>	50.8% Ha sido víctima de maltrato psicológico (n=122)	49.2% No ha sido víctima de maltrato psicológico (n=118)			

Nota. \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

## Tipo de Investigación y Diseño

Correlacional, De Campo y Transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

De un grupo: mujeres en situación de calle (6-23 años de edad) (Clark-Carter, 2002).

## Escenario

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones de las instituciones de asistencia privada en la cual residían las participantes al momento de esta subfase (IIB: Validación de instrumentos). Las actividades comprendidas para la aplicación de la misma, se llevaron a cabo dentro de los espacios asignados por los directivos de la organización, generalmente, un salón de clases o de juntas.

## Instrumentos de Evaluación

- *Ansiedad*.- Cuestionario de nueve preguntas que evalúa sintomatología ansiosa mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Además, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Depresión*.- Cuestionario de nueve preguntas que evalúa sintomatología depresiva mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). También, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Asertividad*.- Cuestionario de nueve preguntas que evalúa la expresión asertiva de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Así mismo, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Regulación Emocional*.- Cuestionario de siete preguntas que evalúa regulación emocional mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). A parte, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta. Adicionalmente, hay una pregunta de tipo cualitativo para conocer el tipo de estrategias que las participantes emplean para el manejo y control de sus emociones cuando se encuentran tristes, nerviosas o preocupadas.
- *Bienestar Subjetivo*.- Cuestionario de 35 preguntas que evalúa bienestar subjetivo percibido mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Igualmente, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta. Aunado a lo anterior, se evalúa la intensidad y frecuencia de 10 sentimientos (cinco positivos y cinco negativos) mediante una escala que va del 0 (Nada) al 10 (Mucho).

Ejemplos de reactivos de los instrumentos descritos anteriormente, pueden consultarse en el Anexo 3.

## Variables

Definición Conceptual

### Descriptivas

**Características sociales.** Datos o indicadores sociales, económicos y demográficos que sirven para seleccionar grupos objetivos y planificar medios (en <http://www.merca20.com/sociodemograficos/>). Para fines de la Etapa IIB (Validación de instrumentos), se tomaron en cuenta las características sociales de edad, escolaridad, lugar de nacimiento, personas con las que vive, actividades de subsistencia, si ha sido



víctima de maltrato físico, sexual y/o psicológico, tiempo de estancia en la institución, motivo de ingreso, consumo de sustancias y religión.

#### Definición Operacional

**Características sociales.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente de trabajo social de las participantes evaluadas en la Etapa IIB (Validación de instrumentos) de la presente investigación.

Las variables dependientes fueron las mismas que en la Etapa IIA (Adaptación de instrumentos) de esta investigación. Razón por la cual, para evitar repeticiones, únicamente se especificarán y describirán una sola vez.

#### Procedimiento

El procedimiento para la selección e ingreso a las instituciones asistenciales privadas fue el mismo que el especificado en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación.

La batería de instrumentos se aplicó a 240 mujeres en situación de calle de entre 6-23 años de edad (ver Tabla 9). La aplicación de los instrumentos fue tanto individual como grupal dependiendo de las habilidades de comprensión y de lectoescritura de las participantes. La aplicación individual fue en forma de entrevista. En ambas modalidades, el tiempo en que se tardaron en responder a los instrumentos fue de aproximadamente 15 minutos. Las instituciones asistenciales privadas en las que se aplicaron los instrumentos fueron: A Favor del Niño, Fundación para el Servicio, Casa Alianza México, Clara Moreno y Miramón, Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez, Mensajeros de la Paz, Renacimiento y SEDAC.

Cabe aclarar que, previo a la aplicación de los instrumentos, el investigador explicó a cada menor o joven de manera general los propósitos del estudio, sus respectivas dudas y se les aclaró que los datos proporcionados serían anónimos, confidenciales y se usarían solo con fines de investigación. Con aprobación de cada participante, se aplicaron las escalas elaboradas.

#### Análisis Estadísticos

Para la validación de los instrumentos, se siguió el procedimiento de validación psicométrica propuesto por Reyes-Lagunes y García (2008): análisis descriptivos, de tendencias con tablas de contingencia (crosstabs), de discriminación de reactivos usando la prueba t de Student, de validez de constructo empleando el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal y de confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Así mismo, se hizo un análisis factorial confirmatorio para obtener mayores indicadores de las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Adicionalmente, se llevaron a cabo análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y de diferencias entre diversas características sociales con análisis de varianza univariados cuando se tenían más de tres grupos distintos y mediante la prueba t de Student al contar con únicamente dos grupos de comparación. Se realizaron pruebas de Chi-cuadrada cuando las variables de análisis eran categóricas de tipo nominal.

Para la realización de los análisis estadísticos antes mencionados, se usaron los programas computacionales SPSS versión 20 y AMOS versión 20.

### **ETAPA III. Adquisición de habilidades de afrontamiento en mujeres en situación de calle**

Una vez identificadas y evaluadas las características psicosociales mencionadas con anterioridad, se pueden planificar e instrumentar tratamientos efectivos de intervención que disminuyan las conductas disfuncionales y que propicien la adquisición de comportamientos adaptativos.

La asertividad es un constructo que engloba un conjunto de habilidades sociales como serían: 1) la defensa de los derechos e intereses, 2) el iniciar, mantener y terminar conversaciones en las relaciones interpersonales o tomar la iniciativa en las interacciones con otros, 3) la iniciativa para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, 4) el resistir la presión grupal o individual, 5) el liderazgo, dirección e influencia de otros, 6) la declinación y aceptación de peticiones, 7) la manifestación y recepción de cumplidos, 8) el manejo de la crítica positiva y negativa, 9) el expresar deseos, pensamientos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, 10) el disculparse y 11) el solicitar cambio de conducta, entre otras. Todo ello de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2004). Sin embargo, la capacidad de ser asertivos o socialmente competentes no se hereda, no es algo innato o inamovible es algo que se va aprendiendo a lo largo de la vida. Dado que las habilidades sociales sólo se aprenden con la práctica (Rivera, Flores-Galaz, Euán & Castañeda 2010), y dependen de la cultura en la que se vive (Díaz-Guerrero, 2007), resulta imprescindible elaborar un programa de entrenamiento asertivo dirigido al colectivo social bajo estudio para poder dotarlas de habilidades que les permita desempeñarse funcionalmente en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven puesto que carecen de dichas habilidades ya que interactúan de manera agresiva o pasiva y sin la capacidad de manifestar lo que piensan y sienten, ni de defender con decisión y firmeza sus propios derechos sin atropellar los ajenos. Por tanto, la falta de asertividad aminora la satisfacción que tienen con la vida (Flores-Galaz, Xool & Molina, 2010).

Por otra parte, la ansiedad inhibe o interfiere en la adquisición o realización de conductas asertivas (Rivera et al., 2010) al repercutir en el ajuste biopsicosocial del ser humano. Además, conduce a que los individuos subvaloren sus habilidades para enfrentar situaciones estresantes, sobreestimen el peligro, tengan preocupaciones y pensamientos catastróficos recurrentes, presenten problemas para dormir, apatía, dificultad para concentrarse e interactúen de manera agresiva o pasiva, contribuyendo, así, a su deterioro físico, psicológico, social y ocupacional (Rachman, 2004) y, por consiguiente, a la disminución de su bienestar subjetivo. Así mismo, es un padecimiento que suele acompañarse de la depresión, la cual a su vez contribuye a la falta de asertividad.

De acuerdo con Abela y Hankin (2008), la depresión constituye uno de los desórdenes psicológicos más prevalentes a nivel mundial. En los niños y adolescentes se asocia con un riesgo mayor de presentar ansiedad, trastornos de conducta, desórdenes alimenticios y abuso de sustancias. Lleva al deterioro de los ámbitos social, escolar y familiar porque las relaciones con el grupo de pares se rompen perdiendo, de esta manera, su apoyo social, se altera la dinámica familiar y disminuyen el rendimiento y aprovechamiento escolares. Igualmente, repercute en el propio individuo puesto que tiene un bajo autoconcepto, pierde interés por actividades que antes eran de su agrado, reduce sus aspiraciones académicas, carece de iniciativa y persistencia, disminuye sus ingresos, presenta maternidad o paternidad precoces, tiende a tener perspectivas negativas acerca de sí mismo, de las personas que lo rodean y del futuro, considera que no es digno de ser amado y respetado, es demasiado crítico consigo mismo, tiene bajos niveles de conducta prosocial y presenta ideación e intentos suicidas. Razón por la cual constituye un

trastorno que afecta seriamente el bienestar subjetivo de los seres humanos.

La regulación emocional comprende toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Como tal, se refiere a los intentos activos de influir en la ansiedad y la depresión y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados de manera que los recursos que la persona tiene queden protegidos sin que la confianza en sí misma disminuya (J. Silva, 2005). Consecuentemente, implica el aprender a manejar de una manera adecuada los estados emocionales siendo oportuno, honesto y respetando al mismo tiempo los derechos de los demás (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2004). Es así como la asertividad promueve el reconocimiento, aceptación y manifestación de reacciones emocionales eficazmente; mientras que la ansiedad y la depresión son consecuencias de un manejo disfuncional de las mismas. Como tal, el aprendizaje de estrategias de regulación de emociones puede promover el entendimiento y expresión adaptativa de éstas (J. Gross, 1998). De lo contrario, las reacciones emocionales pueden constituir un factor que propicie la realización de conductas de riesgo (p. ej.: uso y abuso de sustancias y actividad sexual de riesgo) (Sánchez-Aragón & Díaz-Loving, 2009), la falta de adaptación a los distintos entornos en los que se desenvuelve el individuo, los desórdenes mentales y las enfermedades físicas, entre otros (J. Gross & Thompson, 2007) repercutiendo, así, en su integridad físico-psicológica y aminorando, consecuentemente, su bienestar subjetivo percibido.

Por ende, al ser una población que tanto en América Latina (A. Bautista & Conde, 2006; J. Bautista, 2007; Capuzzi & Gross, 2006; Castro-Cavero, 2008; Flores et al., 2009; P. Martínez et al., 2007; T. Rodríguez et al., 2007; Y. Rodríguez & López, 2009; UNICEF, 2006a), como en el resto del mundo (Kerfoot et al., 2007; Luhrmann, 2008; Me. Mathur et al., 2009; Olley, 2006; Robert et al., 2005; Saewyc & Edinburgh, 2010; S. Thompson et al., 2010; Weinreb et al., 2006), se caracteriza como esencialmente ansiosa, deprimida, agresiva, irritable, con deficiencias de autocontrol e impulsivas, es decir, sin un manejo adecuado de emociones, y carente de habilidades sociales, al no existir al menos en nuestro país información sobre dichas variables en tal agrupación social y tratamientos eficaces dirigidos a menores y jóvenes en situación de calle que aborden las variables en cuestión, al ser un fenómeno que con el paso de los años se ha agudizado (Castro-Cavero, 2008; Cordera et al., 2008; ECPAT Internacional & Guatemala et al., 2002; D. Fernández, 1995; Espinosa-Yáñez, 1997; Gurrola, 1998; Proyecto de Educación a Distancia, 1996b; Roze et al., 1999; Trinidad, 1998), al ser un colectivo social que se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad en términos biopsicosociales (Early, 2005; Echeverría-Cabrera & Tavera-Romero, 2007; Fait, 2008; Fujimura, 2005; Hadland et al., 2009; Hyde, 2005; Morakinyo & Odejide, 2003; M. Raffaellia & Koller, 2005; Thomas, 2007; Towe et al., 2009), ante la inexistencia de investigaciones sistematizadas y de índole psicosocial hasta donde se ha revisado, la diversidad de mediciones y metodologías empleadas, la carencia de concepciones uniformadas sobre dicha población (Bucher, 2008; Keros et al., 2007; Lebrero & Quicios, 2005; Salkowa & Fichter, 2003; M. Saucedo & Taracena, 2011; Springer, 2001); y dadas las repercusiones físicas, psicológicas y sociales de la falta de asertividad, de la inexistencia de un manejo adecuado de emociones, de la ansiedad y de la de depresión y al estar estas variables interrelacionadas, destaca la necesidad de crear e implementar intervenciones mediante las cuales se pueda mejorar la integridad física y psicológica de las menores y jóvenes en situación de calle dotándolas de habilidades que les permitan desenvolverse eficazmente en sus entornos inmediatos contribuyendo, de esta manera, a disminuir gradualmente la problemática.

Adicionalmente, al llevar a cabo esta fase de investigación (III: Intervención), no sólo se asegurará el que se formulen procedimientos efectivos de tratamiento, sino también se tomarán en cuenta circunstancias relevantes para la vida cotidiana y se buscará crear una diferencia en el transcurrir diario de las participantes. En consecuencia,

se cambiará la conducta disfuncional tomando en consideración su validez social (Wolf, 1978).

### **Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuáles son los efectos del taller implementado sobre la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres en situación de calle?
2. ¿Cuáles son los efectos del taller implementado sobre la asertividad y la regulación emocional en mujeres en situación de calle?
3. ¿Cuál es el nivel de bienestar subjetivo percibido antes y después del taller implementado en mujeres en situación de calle?

### **Objetivo General**

Conocer los cambios en la regulación emocional y en los niveles de asertividad, de ansiedad y de depresión antes y después de implementar un taller de adquisición de habilidades de afrontamiento en mujeres en situación de calle.

Para cumplir con el objetivo propuesto, la Etapa III (Intervención) comprenderá a su vez dos subetapas:

1. Etapa IIIA: Propuesta de un taller de adquisición de habilidades de afrontamiento basándose en la terapia cognitivo-conductual.
2. Etapa IIIB: Implementación de un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento.

### **ETAPA IIIA. Versión preliminar del taller cognitivo-conductual**

De acuerdo con el Modelo Cognitivo-Conductual, para la elaboración e implementación de un tratamiento efectivo, es necesario primero realizar un diagnóstico del problema que proporciona la información pertinente referente a la población objetivo y la conducta de interés (conducta blanco). Así, se identifican y evalúan las condiciones relevantes que influyen en dicho comportamiento. Esta comprensión del fenómeno bajo estudio es la que permite plantear propuestas de intervención y determinar la efectividad de las mismas. Con los datos obtenidos en el diagnóstico, se propone un tratamiento que toma en cuenta las preocupaciones de la sociedad y de los individuos a quienes va dirigido buscando inducir cambios que hagan una diferencia en la vida de éstos. Posteriormente, se pone a prueba para poder identificar los procedimientos y estrategias más efectivos e idóneos para la población bajo estudio (A. Kazdin, 2000).

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, en esta subfase (IIIA: Piloteo intervención) se planteó una versión preliminar de un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento para conocer cuáles técnicas y estrategias cognitivo-conductuales resultan efectivas para niñas y jóvenes en situación de calle y cuáles requieren modificarse adaptándose a sus características y necesidades. Sólo así se promueven cambios reales y se propician mejorías (Fall & Berg, 1996; Ishikawa et al., 2009).

### **Objetivo General**

Elaborar un taller de adquisición de habilidades de afrontamiento basado en la terapia cognitivo-conductual para mujeres en situación de calle que comprenda los siguientes rubros:

- Regulación emocional dirigida al control y manejo de sintomatología ansiosa y depresiva.
- Sintomatología ansiosa y depresiva.
- Habilidad asertiva: Expresión de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos.

### Objetivos Específicos

1. Implementar técnicas cognitivo-conductuales que disminuyen los síntomas de ansiedad y depresión e incrementan las habilidades asertivas y de manejo y control de emociones de acuerdo con la literatura de investigación revisada.
2. Comprobar cuáles técnicas cognitivo-conductuales inducen cambios en el grupo social bajo estudio.
3. Adaptar y adecuar las técnicas cognitivo-conductuales usadas a las características y necesidades de las participantes.

### Participantes

17 mujeres en situación de calle de entre 8-17 años de edad de instituciones asistenciales privadas de la Ciudad de México elegidas de manera intencional no probabilística (ver Tabla 10).

Cómo criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes presentaran sintomatología ansiosa y/o depresiva, fueran clasificadas como inasertivas o carentes de habilidades sociales determinadas, que expresaran y manejaran emociones negativas de manera disfuncional y que estuvieran residiendo en una institución asistencial privada que atiende exclusivamente a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, población que incluye tanto a aquéllos en riesgo de calle como a los que carecen de una residencia fija y estable.

Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución.

La participación fue voluntaria con aceptación de los tutores legales, en caso de haber, y/o de la organización de procedencia (ver Anexo 1).

**Tabla 10.**  
***Características descriptivas de las participantes (n=17)***

<b>Lugar de Nacimiento</b>	76.5% Ciudad de México (n=13)	23.5% Interior de la República (n=4)			
<b>Edad (años)</b>	8-17 (M[DE]=12.29, 2.418)				
<b>Escolaridad</b>	64.7% Primaria (n=11)	29.4% Secundaria (n=5)	5.9% Bachillerato (n=1)		
<b>Continuidad de Estudios</b>	100% Continúa estudiando (n=17)				
<b>Motivo de Ingreso Institucional</b>	52.9% Maltrato familiar (n=9)	47.1% Carencia de recursos (n=8)			
<b>Tiempo de Estancia Institucional (meses)</b>	1-180 (M[DE]=45.29, 40.004)				
<b>Estancia</b>	29.4% Madre	11.8% Padre	11.8% Madre y	35.3% Todo el	11.8% Otro

<b>Temporal*</b>	(n=5)	(n=2)	Padre (n=2)	tiempo permanece en la institución (n=6)	(n=2): hermana y padrinos
<b>Trabajo</b>	100% No trabaja (n=17)				
<b>Religión</b>	88.2% Católica (n=15)	5.9% Cristiana (n=1)	5.9% Sin religión (n=1)		
<b>Sustancias Consumidas</b>	94.1% No consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=16)	5.9% Consume tabaco (n=1)			
<b>Maltrato Físico</b>	23.5% Ha sido víctima de maltrato físico (n=4)	76.5% No ha sido víctima de maltrato físico (n=13)			
<b>Abuso Sexual</b>	17.6% Ha sido víctima de abuso sexual (n=3)	82.4% No ha sido víctima de abuso sexual (n=14)			
<b>Maltrato Psicológico</b>	47.1% Ha sido víctima de maltrato psicológico (n=8)	52.9% No ha sido víctima de maltrato psicológico (n=9)			

*Nota.* \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o período vacacional.

## Tipo de Investigación y Diseño

Correlacional, De Campo y Transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

Cuasiexperimental de un grupo sometido a pre-test-post-test (Campbell & Stanley, 1991).

## Escenario

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones de las instituciones de asistencia privada en la cual residían las participantes al momento de esta subfase (IIIA: Piloteo intervención). Las actividades comprendidas para la aplicación del estudio, se llevaron a cabo dentro de los espacios asignados por los directivos de la organización, generalmente, un salón de clases o de juntas.

## Materiales

- Computadora personal
- Proyector o cañón
- Grabadora de audio
- Videocámara
- Hojas de papel, lápices, gomas y sacapuntas
- Tarjetas informativas
- Presentaciones power-point
- CD de audio con música relajante

## Instrumentos de Evaluación

- *Ansiedad*.- Cuestionario de ocho preguntas que evalúa sintomatología ansiosa mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Además, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Depresión*.- Cuestionario de nueve preguntas que evalúa sintomatología depresiva mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). También, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Asertividad*.- Cuestionario de nueve preguntas que evalúa la expresión asertiva de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Así mismo, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta.
- *Regulación Emocional*.- Cuestionario de siete preguntas que evalúa regulación emocional mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). A parte, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta. Adicionalmente, hay una pregunta de tipo cualitativo para conocer el tipo de estrategias que las participantes emplean para el manejo y control de sus emociones cuando se encuentran tristes, nerviosas o preocupadas.
- *Bienestar Subjetivo*.- Cuestionario de 32 preguntas que evalúa bienestar subjetivo percibido mediante seis opciones de respuesta que van de 1 (Nunca) a 6 (Siempre). Igualmente, se incluyen intervalos de porcentajes equivalentes a cada opción de respuesta. Aunado a lo anterior, se evalúa la intensidad y frecuencia de 10 sentimientos (cinco positivos y cinco negativos) mediante una escala que va del 0 (Nada) al 10 (Mucho).

## Variables

Definición Conceptual

### Descriptivas

**Características sociales.** Datos o indicadores sociales, económicos y demográficos que sirven para seleccionar grupos objetivos y planificar medios (en <http://www.merca20.com/sociodemograficos/>). Para fines de la Etapa IIIA (Piloteo intervención), se tomaron en cuenta las características sociales de edad, escolaridad, lugar de nacimiento, personas con las que vive, actividades de subsistencia, si ha sido víctima de maltrato físico, sexual y/o psicológico, tiempo de estancia en la institución, motivo de ingreso, consumo de sustancias y religión.

Definición Operacional

**Características sociales.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente de trabajo social de las participantes evaluadas en la Etapa IIB (Validación de instrumentos) de la presente investigación.

Las variables dependientes fueron las mismas que en la Etapa IIA (Adaptación de instrumentos) de esta investigación. Razón por la cual, para evitar repeticiones, únicamente se especificarán y describirán una sola vez.

## **Procedimiento**

El procedimiento para la selección e ingreso a las instituciones asistenciales privadas fue el mismo que el especificado en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación.

Basándose en la literatura de investigación revisada y en intervenciones realizadas con población infantil y adolescente, se elaboró la versión preliminar del taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento. Esta versión se aplicó en tres instituciones asistenciales privadas: Fundación para el Servicio, Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez y Mensajeros de la Paz. El total de participantes fue de 17 niñas en riesgo de calle de entre 8-17 años de edad (ver Tabla 10). Las participantes fueron seleccionadas con base en sus puntuaciones obtenidas en las escalas de medición elaboradas ( $M \geq 3$  para síntomas de ansiedad y depresión,  $M \leq 3$  para asertividad y regulación emocional). No se hicieron comparaciones porque la intervención se estaba sometiendo a prueba.

El taller consistió de un total de 10 sesiones de 2-3 horas aproximadamente. Tanto el contenido como el curso de las sesiones se determinaron por el progreso observado en cada grupo de participantes (ver Anexo 4).

Cabe aclarar que, previo a la aplicación del taller, el investigador explicó a cada menor o joven de manera general los propósitos del estudio, sus respectivas dudas y se les aclaró que los datos proporcionados serían confidenciales y se usarían solo con fines de investigación. Con aprobación de cada participante, se procedió a la implementación del taller.

Es importante resaltar que no se realizaron análisis estadísticos pues el objetivo de esta fase (IIIA: Piloteo intervención) consistió en instrumentar una versión preliminar de una intervención cognitivo-conductual acorde a las características y necesidades detectadas del colectivo social bajo estudio. De esta manera, se sometieron a prueba diversas técnicas de dicho modelo teórico y se adaptaron y adecuaron a la población en cuestión, conduciendo a la obtención de una versión mejorada y corregida de tal tratamiento.

## **ETAPA IIIB. Versión final del taller cognitivo-conductual**

Como parte de la labor con población en situación de calle, se elaboran e implementan estrategias de intervención dirigidas a mejorar la calidad y satisfacción que dicha agrupación social tiene con la vida. No obstante, a nivel mundial resalta el hecho de que hay pocos programas de intervención para atender a este conjunto social. Ello puede deberse a que al ser un colectivo de difícil acceso y en constante movimiento, no se ha obtenido información sistematizada lo suficientemente confiable y válida que proporcione un panorama general de la magnitud y dimensiones del fenómeno a partir del cual se propongan estrategias efectivas de intervención. Sin esta comprensión, es imposible inducir cambios y obtener mejorías (Granvold, 1994; A. Kazdin, 2000). Igualmente, las investigaciones realizadas han partido de diferentes concepciones y metodologías dificultando, por ende, la obtención de datos que conduzcan a crear intervenciones acordes a las características de tal población. De igual manera, hasta donde se revisó los estudios hechos se han centrado en aspectos de corte legal, epidemiológico y social dejando de un lado el aspecto psicosocial. En consecuencia, no se procura la promoción y mantenimiento de la salud y del bienestar biopsicosocial. La realidad es más alarmante en el caso de las mujeres en situación de calle ya que no sólo hay pocos estudios que proporcionen un panorama general de su problemática sino que además los programas



de atención dirigidos a ellas son prácticamente inexistentes. Tomando en consideración que el último paso para la elaboración e implementación de un tratamiento efectivo según el Modelo Cognitivo-Conductual, es la aplicación de la intervención más efectiva resultado de diagnosticar el problema, elaborar un plan con base en dicho diagnóstico y de poner a prueba tal plan, en esta sub-fase (III B: Versión final intervención), se llevó a cabo el programa de tratamiento más conveniente para dotar de habilidades de afrontamiento a las participantes y poder promover cambios en sus condiciones de vida incrementando, con ello, su bienestar subjetivo y contribuyendo, así, a disminuir gradualmente la problemática.

### **Objetivo General**

Implementar un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento en instituciones de asistencia privada que brindan atención a mujeres en situación de calle.

### **Objetivos Específicos**

1. Aplicar el taller antes mencionado a mujeres en situación de calle.
2. Modificar las habilidades sociales negativas y los niveles de ansiedad y de depresión de mujeres en situación de calle.
3. Incrementar las habilidades sociales positivas que presenten.
4. Enseñar a reconocer, manejar y expresar emociones negativas asociadas a síntomas de ansiedad y depresión de forma apropiada considerando el lugar y momento adecuados.
5. Probar si el taller implementado promueve la asertividad, la regulación emocional y disminuye los niveles de ansiedad y depresión en las participantes seleccionadas.
6. Examinar el bienestar subjetivo percibido de las participantes en cuestión.

### **Hipótesis de Investigación**

La participación en un taller de manejo de emociones negativas y de adquisición de habilidades asertivas reducirá los niveles de ansiedad y de depresión de mujeres en situación de calle, las enseñará a reconocer y expresar apropiadamente sus emociones negativas tomando en cuenta el contexto en el que se desenvuelven y las dotará de habilidades asertivas mejorando, así, su bienestar subjetivo percibido.

### **Participantes**

84 mujeres en situación de calle de entre 9-17 años de edad de instituciones asistenciales privadas de la Ciudad de México elegidas de manera intencional no probabilística. Con las 84 participantes se conformaron dos grupos de comparación: 42 constituyeron el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) y 42 el grupo con tratamiento convencional (aquel que se implementa en la institución de procedencia) (GT) (ver Tabla 11).

Cómo criterio de inclusión se tomó a consideración el que las participantes presentaran sintomatología ansiosa y/o depresiva, fueran clasificadas como inasertivas o carentes de habilidades sociales determinadas, que expresaran y manejaran emociones negativas de manera disfuncional y que estuvieran residiendo en una institución asistencial privada que atiende exclusivamente a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle, población que incluye tanto a aquéllos en riesgo de calle como a los que carecen de una residencia fija y estable.

Los criterios de exclusión fueron: el que las participantes desistieran de colaborar en la investigación y/o que abandonaran su respectiva institución.

La participación fue voluntaria con aceptación de los tutores legales, en caso de haber, y/o de la organización de procedencia (ver Anexo 1).

**Tabla 11.**

***Características descriptivas de las participantes por grupo de comparación (n=84)***

	<b>Grupo con TCC (n=42)</b>	<b>Grupo con tratamiento convencional (GT) (n=42)</b>
<b>Condición</b>	85.71% En riesgo de calle (n=36) 14.29% De calle (n=6)	85.71% En riesgo de calle (n=36) 14.29% De calle (n=6)
<b>Lugar de Nacimiento</b>	95.2% Ciudad de México (n=40) 4.8% Interior de la República (n=2)	83.3% Ciudad de México (n=35) 16.7% Interior de la República (n=7)
<b>Edad (años)</b>	9-17 (M[DE]=11.62, 2.036)	9-17 (M[DE]=11.9, 1.95)
<b>Escolaridad</b>	69% Primaria (n=29) 28.6% Secundaria (n=12)	64.3% Primaria (n=27) 35.7% Secundaria (n=15)
<b>Continuidad de Estudios</b>	97.6% Sí continúa estudiando (n=41) 24% No continúa estudiando (n=1)	95.2% Sí continúa estudiando (n=40) 4.8% No continúa estudiando (n=2)
<b>Motivo de Ingreso Institucional</b>	23.8% Maltrato familiar (n=10) 73.8% Carencia de recursos (n=31) 2.4% Abandono familiar (n=1)	21.4% Maltrato familiar (n=9) 69% Carencia de recursos (n=29) 7.1% Abandono familiar (n=3)
<b>Tiempo de Estancia Institucional (meses)</b>	2-120 (M[DE]=54.57, 32.425)	3-96 (M[DE]=44.43, 31.026)
<b>Estancia Temporal*</b>	45.2% Madre (n=19) 26.2% Madre y Padre (n=11) 21.4% Todo el tiempo permanece en la institución (n=9)	57.1% Madre (n=24) 16.7% Madre y Padre (n=7) 7.1% Todo el tiempo permanece en la institución (n=3)
<b>Trabajo</b>	97.6% No trabaja (n=41)	100% No trabaja (n=42)
<b>Religión</b>	90.5% Católica (n=38) 7.1% Cristiana (n=3)	73.8% Católica (n=31) 14.3% Cristiana (n=6)
<b>Sustancias Consumidas</b>	85.7% No consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=36) 9.6% Sí consume (n=6)	90.5% No consume drogas, alcohol y/o tabaco (n=38) 9.5% Sí consume (n=4)
<b>Maltrato Físico</b>	45.2% Ha sido víctima de maltrato físico (n=19) 54.8% No ha sido víctima de maltrato físico (n=23)	40.5% Ha sido víctima de maltrato físico (n=17) 59.5% No ha sido víctima de maltrato físico (n=25)
<b>Abuso Sexual</b>	28.6% Ha sido víctima de abuso sexual (n=12) 71.4% No ha sido víctima de abuso sexual (n=30)	28.6% Ha sido víctima de abuso sexual (n=12) 71.4% No ha sido víctima de abuso sexual (n=30)
<b>Maltrato Psicológico</b>	71.4% Ha sido víctima de maltrato psicológico (n=30) 28.6% No ha sido víctima de maltrato psicológico (n=12)	52.4% Ha sido víctima de maltrato psicológico (n=22) 47.6% No ha sido víctima de maltrato psicológico (n=20)

*Nota.* \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

## **Tipo de Investigación y Diseño**

Explicativo, De Campo y Transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

Cuasiexperimental con grupo control no equivalente<sup>10</sup> sometido a pre-test-post-test (Campbell & Stanley, 1991). Para fines de este estudio, se define al grupo control como aquél que recibe el tratamiento convencional siendo éste el de la institución asistencial de residencia de la menor o joven.

<sup>10</sup>Grupo que se usa frecuentemente en diseños cuasiexperimentales seleccionado para controlar algunas amenazas específicas hacia la validez interna como historia, maduración, selección, etc. Se le define como no equivalente porque no está formado mediante asignación aleatoria en la investigación (A. Kazdin, 2001).

Cabe destacar que el único criterio de los diseños experimentales que no se cumple es la asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento. Empero, dada la naturaleza de la población, las normas institucionales y la dificultad de acceso a la misma, no se puede llevar a cabo dicho proceso. Razón por la cual, al tener dos grupos de comparación y al ser éstos equivalentes mediante apareamiento, de acuerdo con A. Kazdin (2001) se trata de un diseño experimental con grupo control sometido a pre-test-post-test. Adicionalmente, según Campbell y Stanley (1991) se controlaron todas las fuentes de invalidez interna con excepción de mortalidad. Por ende, puede denominarse un diseño experimental.

## **Escenario**

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones de las instituciones de asistencia privada en la cual residían las participantes al momento de esta sub-fase (IIIB: Versión final intervención). Las actividades comprendidas para la aplicación de la misma, se llevaron a cabo dentro de los espacios asignados por los directivos de la organización, generalmente, un salón de clases o de juntas.

## **Materiales**

- Computadora personal
- Proyector o cañón
- Grabadora de audio
- Videocámara
- Reloj de arena
- Hojas de papel, lápices, gomas y sacapuntas
- Videos ilustrativos
- Tarjetas informativas
- Presentaciones power-point
- CD de audio con música relajante
- Imágenes ilustrativas

## **Instrumentos de Evaluación**

Los instrumentos empleados fueron los mismos que en la Etapa IIIA (Piloteo intervención). Razón por la cual, para evitar repeticiones, únicamente se especificarán y describirán una sola vez.

## **Variables**

Definición Conceptual

### **Descriptivas**

**Características sociales.** Datos o indicadores sociales, económicos y demográficos que sirven para seleccionar grupos objetivos y planificar medios (en <http://www.merca20.com/sociodemograficos/>). Para fines de la Etapa IIIB (Versión final intervención), se tomaron en cuenta las características sociales de edad, escolaridad, lugar de nacimiento, personas con las que vive, actividades de subsistencia, si ha sido víctima de maltrato físico, sexual y/o psicológico, tiempo de estancia en la institución, motivo de ingreso, consumo de sustancias y religión.

## Independientes

### **Taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento.**

Conjunto de técnicas grupales ordenadas y sistematizadas que integran la teoría y la práctica a partir de una serie de actividades distribuidas a lo largo de un número determinado de sesiones con el propósito de que las personas que integren el taller tengan una participación activa, sean responsables de su propio aprendizaje y adquieran destrezas, habilidades y hábitos mediante el pensar, sentir y actuar, favoreciendo, de esta manera, su desenvolvimiento eficaz en sus entornos inmediatos. Para la presente investigación, se pretende que las participantes obtengan habilidades y conocimientos que les permitan desempeñarse funcionalmente en los ámbitos social, escolar y/o laboral, familiar e institucional con la adquisición de habilidades asertivas, la expresión constructiva de emociones en el momento y lugar apropiados y el manejo efectivo de la ansiedad y de la depresión, mejorando, así, la satisfacción que tienen con la vida.

## Dependientes

Las variables dependientes (síntomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo), fueron las mismas que en la Etapa IIA (Adaptación de instrumentos) de esta investigación. Razón por la cual, para evitar repeticiones, únicamente se especificarán y describirán una sola vez.

### Definición Operacional

**Características sociales.** Se refiere a la información obtenida mediante el expediente de trabajo social de las participantes evaluadas en la Etapa IIIB (Versión final intervención) de la presente investigación.

### **Taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento:**

Rubro de regulación emocional.- Conjunto de actividades que integran la teoría y la práctica con el propósito de que aprendan a reconocer, manejar y expresar emociones negativas centradas en la ansiedad y depresión de una forma constructiva tomando en cuenta el lugar y momento apropiados permitiendo, así, que sean funcionales en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

Rubro de sintomatología ansiosa.- Conjunto de actividades que integran la teoría y la práctica con el propósito de disminuir los niveles de ansiedad de mujeres en situación de calle mediante su participación activa, permitiendo, así, que sean funcionales en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

Rubro de sintomatología depresiva.- Conjunto de actividades que integran la teoría y la práctica con el propósito de disminuir los niveles de depresión de mujeres en situación de calle mediante su participación activa, permitiendo, así, que sean funcionales en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

Rubro de asertividad.- Conjunto de actividades que integran la teoría y la práctica con el propósito de adquirir, mejorar y modificar la habilidad asertiva de expresión de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos en mujeres en situación de calle mediante su participación activa, permitiendo, así, que sean funcionales en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

## Procedimiento

El procedimiento para la selección e ingreso a las instituciones asistenciales privadas fue el mismo que el especificado en la Etapa I (Caracterización de mujeres en situación de calle) de la presente investigación.

Dados los resultados obtenidos en la Etapa IIIA (Piloteo intervención) de la

presente investigación y tomando en cuenta el curso de las sesiones de la versión preliminar del taller implementado, se hicieron las modificaciones pertinentes al taller y se elaboró una versión mejorada y corregida del mismo que fue evaluada por tres psicólogos expertos en el área. Una vez avalada dicha versión, se hicieron los ajustes y correcciones necesarios obteniendo la versión final del taller que se aplicó en cuatro instituciones asistenciales privadas: A Favor del Niño, Casa Alianza México, Clara Moreno y Miramón y Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez.

Para la implementación del taller, primero se aplicaron los instrumentos elaborados en la presente investigación y de acuerdo a sus puntuaciones promedio se eligieron aquellas niñas con índices de sintomatología ansiosa y depresiva, y con falta de asertividad y de regulación emocional (las niñas y jóvenes fueron seleccionadas de acuerdo a las medias obtenidas en las escalas elaboradas:  $M \geq 3$  para sintomatología ansiosa y depresiva, y  $M \leq 3$  para asertividad y regulación emocional<sup>11</sup>). De las posibles candidatas a participar, se seleccionaron de cinco a ocho participantes para constituir los grupos de tratamiento con terapia cognitivo conductual (TCC). Se formaron siete grupos de tratamiento con TCC con cinco u ocho participantes cada uno. El total de participantes fue de 42 mujeres en situación de calle de entre 9-17 años de edad (ver Tabla 11). Se realizó un pre y un post; así como al final de cada sesión se evaluó la habilidad enseñada y aprendida. Aunado a lo anterior, cada grupo de tratamiento con TCC, tuvo su grupo de comparación: grupo con tratamiento convencional (aquél que recibe la intervención de la organización de procedencia). Estos grupos paralelos se conformaron eligiendo a otras cinco u ocho niñas de instituciones diferentes. El grupo con tratamiento convencional y el grupo con TCC se equipararon no sólo en las medias obtenidas en los instrumentos de evaluación sino en determinadas características sociales como serían edad, escolaridad, lugar de nacimiento, motivo de ingreso y tiempo de estancia institucional, residencia temporal, tipo de institución de procedencia (que las organizaciones fueran similares en cuanto a población atendida y estrategias y programas de intervención), uso y abuso de sustancias, maltrato físico, psicológico y sexual, y condición (en riesgo de calle o de calle). También, en este caso, el grupo con tratamiento convencional constó de un total de 42 participantes de entre 9-17 años de edad (ver Tabla 11). Por tanto, la implementación del taller quedó distribuida de la siguiente manera (ver Tabla 12):

**Tabla 12.**

**Grupos de Comparación**

<b>Grupo de tratamiento con terapia cognitivo-conductual (Grupo con TCC)</b>	<b>Grupo con tratamiento convencional (GT)</b>
Fundación Clara Moreno y Miramón, IAP (n=6 participantes)	Fundación A Favor del Niño, IAP (n=11 participantes)
Hogar Infantil María de Jesús Romero Rodríguez, IAP (n=5 participantes)	Fundación Clara Moreno y Miramón, IAP (n=25 participantes)
Fundación A Favor del Niño, IAP (n=25 participantes)	Fundación Casa Alianza México, IAP Hogar Miramontes (n=6 participantes)
Fundación Casa Alianza México, IAP Hogar Quetzal (n=6 participantes)	

Durante la intervención, se realizaron dinámicas grupales (tres participantes por grupo: dos grupos en total) e individuales. En ambos casos, se usó un sistema de economía de fichas para fomentar la participación, la asistencia a la terapia y la

<sup>11</sup>Como las opciones de respuesta de los instrumentos de medición empleados van del 1-6, la media teórica es tres. Por tanto, puntuaciones iguales o superiores a dicha media denotan presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y puntajes inferiores indican ausencia o falta de asertividad y de regulación emocional. La mayoría de los inventarios usados en psicología no están estandarizados pues son adaptaciones de otras escalas. Debido a ello, se carecen de parámetros poblacionales. Razón por la cual, se usan puntos de corte siendo éstos para el presente estudio la media teórica de las opciones de respuesta.

motivación con la misma. Mediante este sistema, las participantes del grupo que obtuvo mayores puntuaciones por dinámica, recibieron un reforzador por sesión (p. ej.: pulseritas, lápices, estuches, llaveros, etc.), y a las del otro grupo se les dio dulces (p. ej.: paletas, chicles, gomitas, etc.) o chocolates en reconocimiento a su esfuerzo. Al final de la terapia, se sumaron los puntajes individuales y se intercambiaron por un premio para cada participante con base en su puntuación obtenida (a mayor puntaje, mayor el premio como bolsitas, monederos, etc., y a menor puntaje, menor el premio: plumas, sacapuntas, brillo labial, etc.). Así mismo, a cada niña o joven se le dio un diploma por su trabajo durante el tratamiento y, como cierre del mismo, se hizo un pequeño convivio y un video en el que las participantes mostrarían a otras mujeres las habilidades aprendidas. De igual manera, se hicieron grabaciones de audio, una por grupo de participantes. De tal manera que cada grupo de tratamiento con TCC se grabó una o dos veces en diferentes sesiones (total=8 grabaciones de audio, una por grupo de tratamiento con TCC).

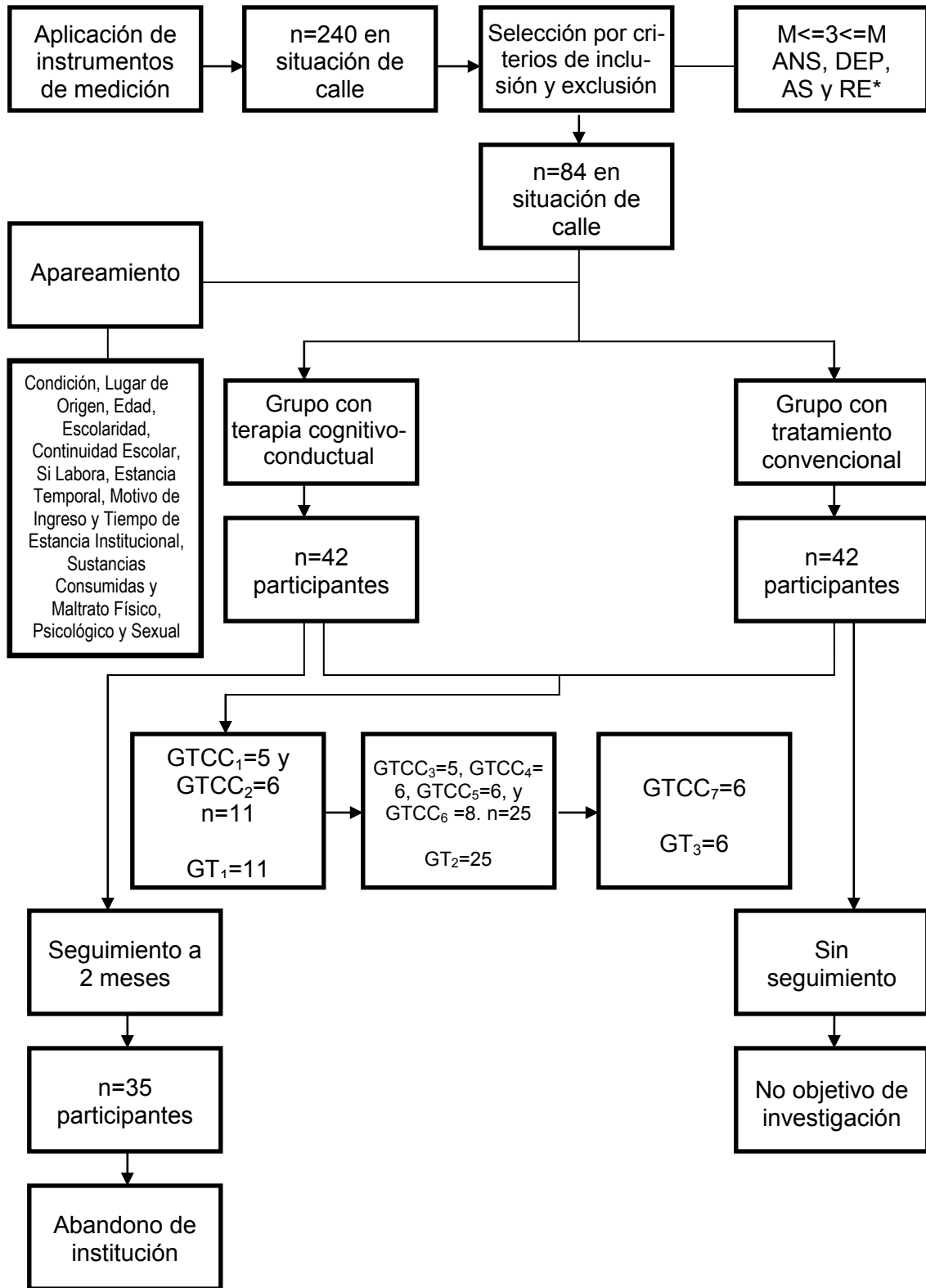
El taller se aplicó una vez por semana con una duración de tres horas por sesión. En total, cada grupo de tratamiento con TCC tuvo un total de ocho sesiones. Cada terapia tuvo una duración aproximada de dos meses empezando la aplicación de los talleres en enero del 2013 y finalizando en agosto del mismo año. Finalmente, se hizo un seguimiento a los dos meses.

La aplicación de los instrumentos para la selección de participantes, la conformación de los grupos de tratamiento con TCC y convencional, la implementación de la intervención y el seguimiento a los dos meses, se llevaron a cabo en un periodo de 10 meses (enero-octubre 2013).

Cabe aclarar que, previo a la aplicación del taller, el investigador explicó a cada menor o joven de manera general los propósitos del estudio, sus respectivas dudas y se les aclaró que los datos proporcionados serían confidenciales y se usarían solo con fines de investigación. Con aprobación de cada participante, se procedió a la implementación del taller.

Una descripción más exhaustiva de la estructura e implementación del taller, así como de los detalles del mismo en cuanto a técnicas implementadas por sesión, duración y forma de aplicación pueden consultarse en el Anexo 5.

Para facilitar la comprensión del lector, en el Esquema 2 se presenta un resumen del proceso de investigación de la Etapa IIIB (Versión final intervención).



Esquema 2. Resumen del proceso de selección de participantes e implementación del taller hasta el primer seguimiento.\*M=Media, GTCC=Grupo con tratamiento cognitivo-conductual, GT=Grupo con tratamiento convencional, ANS=Sintomatología Ansiosa, DEP=Sintomatología Depresiva, AS=Asertividad, RE=Regulación Emocional.

## Análisis Estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos y de correlación mediante el coeficiente de Correlación de Pearson.

Para la evaluación del efecto estadístico<sup>12</sup> del taller implementado se hizo lo siguiente: análisis de diferencias entre grupos usando la prueba t de Student para muestras independientes y de diferencias entre el pre-test y el post-test empleando la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Para la evaluación de la magnitud del efecto (tamaño) de los resultados obtenidos con la prueba t de Student se usó la d de Cohen.

Para determinar la significancia clínica<sup>13</sup> grupal de los resultados obtenidos a partir de la prueba t de Student, se empleó la fórmula propuesta por Jacobson y Truax (1991), y para la individual, se usaron los métodos ideados por Jacobson y Truax (1991), Speer (1992), Cardiel (1994) e Irvin (2011).

Para la evaluación del efecto del taller implementado a los dos meses de seguimiento, se hizo un análisis de varianza de medidas repetidas y se usó el coeficiente eta para determinar la magnitud del efecto (tamaño) de los resultados obtenidos. Se realizaron comparaciones múltiples empleando el ajuste de Bonferroni para identificar las medidas que difieren significativamente entre sí.

Para la realización de los análisis estadísticos antes mencionados, se usó el programa computacional SPSS versión 20.

---

<sup>12</sup>Significancia estadística: Criterio que se usa para evaluar el grado en el cual es probable que los resultados de un estudio (p. ej.: diferencias entre grupos o cambios dentro de los grupos), se deban a efectos genuinos más que a efectos de la casualidad. Una diferencia estadísticamente significativa indica que el nivel de probabilidad es igual o menor que el nivel de confianza seleccionado ( $p < 0.05$ ); es decir, si el experimento se condujera repetidamente, el hallazgo ocurriría 5/100 en una base al azar.

<sup>13</sup>Grado en que el efecto de una intervención logra una diferencia importante para los pacientes o tiene valor práctico o aplicado.  
(A. Kazdin, 2001)



## 6. RESULTADOS

### ***ETAPA I. Hacia una construcción psico-sociocultural de mujeres en situación de calle***

Los resultados alcanzados mediante el análisis de contenido muestran que, al menos en esta investigación, las mujeres en situación de calle (n=300) constituyen un grupo social de niñas y jóvenes que se caracteriza principalmente por:

- Nacer y vivir en la Ciudad de México. La minoría (<30%) proviene del Interior de la República.
- Tener una edad promedio de ( $M[DE]=12.07[3.754]$ ) años con un rango de edad de 6-23 años, aunque puede haber niñas de menor edad (en este estudio había aproximadamente 20 pequeñas de entre 3-5 años de edad), y una escolaridad predominantemente de primaria. Es importante resaltar que únicamente si se encuentran en una organización asistencial continúan estudiando pues en su familia no reciben apoyo para sus estudios y no son autosuficientes. Su rendimiento y aprovechamiento académicos son bajos. Aunque pocas (<5), algunas son analfabetas y la gran mayoría (>50%) presenta deficiencias de lectoescritura.
- Participar en el sistema de economía formal realizando empleos mal remunerados dentro de los que destacan recepcionista, vendedora, ayudante de cocina y mesera. De igual manera, aunque no sea una actividad considerada legalmente como trabajo, contribuyen con el quehacer del hogar y, al aumentar de edad, se encargan del cuidado de sus hermanos(as) menores. Así mismo, laboran dentro del sistema de economía informal haciendo trabajos como vendedora ambulante, empleada doméstica y mendicidad. Destinan sus recursos para su propia manutención y/o colaboran con la subsistencia de su familia. Pueden llevar a cabo conductas delictivas como robar, vender droga y prostituirse, exponiéndose, así, a riesgos que ponen en detrimento su bienestar biopsicosocial.
- Consumir drogas, alcohol y tabaco aproximadamente desde los 12 años de edad. Las drogas más consumidas son los inhalantes, como el activo, por su bajo costo y fácil acceso, y la marihuana. Las sustancias las obtienen al interior de su familia en donde habitualmente hay miembros que usan y abusan de éstas, en su comunidad de origen, en la escuela y dentro de su grupo de pares que también las ingieren. Ocasionalmente, en la misma institución tienen acceso a éstas (inhalantes)<sup>14</sup> o ellas mismas pueden llegar a introducirlas. Cuando consumen estupefacientes, pueden llegar a tener relaciones sexuales bajo los efectos de éstos.
- Padecer enfermedades dérmicas, respiratorias, gastrointestinales, desnutrición y trastornos mentales. Ingresan a la organización con un estado de salud físico-mental deplorable, con problemas bucodentales y visuales, y con falta de hábitos de higiene y conductas de autocuidado. Usualmente acuden a centros de salud para recibir atención médica. Empero en dos o tres casos, se encontró que han sido víctimas de violencia sexual por parte del médico quien ofrece sus servicios a cambio de relaciones sexuales o tocamientos. Como parte de su salud física, en ocasiones han sufrido accidentes como caídas, golpes y quemaduras. Respecto a su salud mental, sólo cuando permanecen en una institución asistencial tienen

---

<sup>14</sup>Esto es, en la institución tienen acceso a inhalantes como detergentes, limpiadores líquidos, pegamento y otro tipo de productos químicos que utilizan sin conocimiento del personal organizacional para drogarse. Además, cuando llegan a inhalar dichos productos lo hacen a escondidas de las autoridades institucionales.

atención psicológica. Los trastornos mentales más comunes son la ansiedad y la depresión. Así mismo, se observan en menor grado otros trastornos como trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, de la personalidad y psicosis. Los medicamentos que suelen prescribirseles para el tratamiento de sus desórdenes psicológicos son la sertralina, carbamazepina, ácido valproico y risperidona. Carecen de información sobre cómo cuidar su salud y su cuerpo y desconocen el papel de un psicólogo. Tienen ideación e intentos suicidas y presentan conductas de automutilación.

- Iniciar su vida sexual comúnmente producto de abuso sexual intrafamiliar. A mayor edad, incrementa la probabilidad de tener actividad sexual. Pueden involucrarse en relaciones sexuales sin protección, tienen poca información sobre métodos anticonceptivos y desconocen acerca de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, cómo cuidarse y su anatomía y fisiología. Más del 80-90% tiene relaciones sexuales heterosexuales y aproximadamente un 10-20% tiene actividad sexual homosexual y/o bisexual. Como parte de su conducta sexual rutinaria, suelen embarazarse y abortar desde aproximadamente los 13-14 años de edad. Pueden llegar a tener hijos con diferentes parejas. Al ser abandonados por éstas o al terminar la relación, al no contar con apoyo familiar y al no ser autosuficientes, acuden a organizaciones asistenciales en donde pueden recibir apoyo para el cuidado y atención de sus hijos y de sí mismas. En sus prácticas de crianza se observa una ambivalencia dado que por un lado son violentas con sus hijos y por otro brindan amor y protección.
- Realizar conductas de riesgo como uso y abuso de sustancias, tener relaciones sexuales con varias parejas y sin protección, conductas de automutilación, ideación e intento suicida y, en menor grado, actividades delictivas como robo, venta de drogas y prostitución principalmente para la obtención de recursos para subsistir y para el consumo de drogas.
- Tener relaciones de pareja poco estables e informales a menor edad, duraderas y más formales a mayor edad pudiendo llegar a, inclusive, vivir en pareja y a tener descendencia. Sus parejas proporcionan seguridad, apoyo, afecto y protección, así como también pueden inducir a la realización de conductas de riesgo y pueden ser una fuente de violencia. Sus relaciones de pareja son mayoritariamente heterosexuales (>80-85%) y ocasionalmente homosexuales y bisexuales (<15-20%).
- Establecer redes sociales amplias a menor edad y al aumentar de edad disminuye el tamaño y calidad de éstas. Su grupo de pares proporciona afecto, apoyo, seguridad y protección. Inclusive, si abandonan su nicho familiar, éste se convierte en su nueva familia y en un medio necesario para la satisfacción de sus necesidades básicas y emocionales. No obstante, puede conducir a la realización de conductas de riesgo y puede constituir una fuente de violencia.
- Provenir de ambientes disfuncionales en donde impera el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, el abandono físico y emocional, la negligencia educativa, física y psicológica, la carencia de recursos para la subsistencia, el uso y abuso de sustancias, las familias extensas y reconstituidas con empleos o subempleos mal remunerados.
- Vivir en entornos comunales en donde se observan principalmente conductas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción y el robo. Igualmente, en ocasiones (<25-30%) puede haber narcotráfico, prostitución, pandillerismo, secuestros y asesinatos. Viven en condiciones de hacinamiento en viviendas que carecen de infraestructura y suelen conformar asentamientos irregulares en espacios no aptos para vivienda o en las periferias de la ciudad. Pueden no tener acceso a servicios

básicos como electricidad, agua, drenaje, recolección de basura, pavimentación y transporte público, entre otros.

- Ingresar a una institución asistencial principalmente por violencia familiar y falta de recursos, para satisfacer sus necesidades básicas y aspirar a tener mejores condiciones de vida. Con el paso del tiempo, sus compañeros(as) en la organización se convierten en una familia. Sin embargo, son más renuentes a aceptar las normas y reglas, disposiciones y actividades institucionales y a seguir las indicaciones del personal organizacional. Del mismo modo, entre sus mismos compañeros(as) existen problemas de convivencia, de aceptación y de robo. Cabe destacar que anteriormente pueden haber estado en otra organización, y por su edad, canalización u otros problemas (p. ej.: conductuales), residen en la actual.

Además, se encontró que en este estudio, para la mujer en situación de calle ser mujer implica ser más sentimental que los hombres (p. ej.: “Las mujeres somos más cariñosas, amables y sensibles que los hombres”), ser fuerte (p. ej.: “Las mujeres enfrentamos los problemas y no nos rendimos”), es una bendición (p. ej.: “Ser mujer es una bendición porque podemos tener hijos y ser madres”, “Ser mujer es una bendición porque Dios así nos hizo”), ser atractiva (p. ej.: “Es mejor ser mujer porque puedes usar faldas, vestidos, maquillaje, zapatos de tacón y peinarte de varias formas”), y conlleva diversas desventajas como menos oportunidades educativo-laborales (p. ej.: “Las mujeres no podemos tener un buen empleo como los hombres”), menos fortaleza física (p. ej.: “Hay veces en que no nos dan un trabajo de cargadora porque no tenemos la misma fuerza que los hombres”), mayor peligro (p. ej.: “Las mujeres sufren más violaciones que los hombres”), y mayor discriminación y censura (p. ej.: “Si usas minifalda y escote te tachan de zorra”, “Sales embarazada y te dejan”, “Si tienes relaciones sexuales, te dicen zorra o facilota”, “Los niños no nos dejan jugar fútbol porque somos niñas”).

Adicionalmente, para la presente investigación, el colectivo social en cuestión comprende a su vez dos subgrupos: la mujer en riesgo de calle o en desventaja social y la mujer de calle. Para fines de este estudio, el término “de calle” hace referencia a la carencia de una residencia fija o estable implicando, por ende, el transitar por diversos espacios tanto aptos para vivienda (p. ej.: en instituciones asistenciales, con familiares o amigos) como no propicios para ello (p. ej.: lotes baldíos, parques, puentes peatonales, coladeras, mercados, estaciones de metro o autobuses, entre otros).

De acuerdo a la información obtenida en este trabajo, las mujeres en riesgo de calle o en desventaja social (n=195), constituyen un subgrupo social de niñas y jóvenes que se caracteriza principalmente por:

- Nacer y vivir en la Ciudad de México (>80%).
- Tener una edad promedio de ( $M[DE]=10.16[2.964]$ ) años con un rango de edad de 6-23 años, aunque puede haber niñas más pequeñas de entre 3-5 años, y una escolaridad predominantemente de primaria. Por permanecer en una institución asistencial continúan estudiando pudiendo llegar a tener una educación superior (p. ej.: carrera universitaria). Pueden tener un bajo aprovechamiento y rendimiento escolar y tienen dificultades de lectoescritura.
- No trabajan al residir en una organización pues se prioriza su educación y bienestar biopsicosocial.
- No usar y abusar de sustancias. Sin embargo, conforme van creciendo pueden llegar a ingerir alcohol y a fumar. Tienen acceso a bebidas y a cigarrillos en su grupo de pares, la escuela y en el interior de su familia en donde suele haber problemas de alcoholismo y drogadicción.

- Presentar enfermedades e infecciones dérmicas, gastrointestinales, respiratorias, desnutrición, trastornos mentales como ansiedad, depresión, estrés postraumático y trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, y problemas bucodentales y visuales. No padecen enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Carecen de conductas de autocuidado y hábitos de higiene y de información sobre cómo cuidarse y cómo mantener un estado de salud funcional. Suelen tener ideación e intentos suicidas y conductas de automutilación. Los fármacos más comunes que se les prescriben para sus diversos padecimientos mentales son sertralina, valproato, carbamazepina, fluoxetina y risperidona.
- No tener, en su mayoría, una vida sexual activa, y han sido víctimas de abuso sexual intrafamiliar. Tienen poca información sobre los métodos anticonceptivos, su anatomía y fisiología, y las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. No han estado embarazadas y no han tenido hijos.
- Llevar a cabo conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias principalmente alcohol y tabaco, ideación e intentos suicidas y conductas de automutilación.
- Tener relaciones de pareja heterosexuales poco estables, informales y no duraderas. Intercambian de pareja con frecuencia y ésta es vista más como una amistad. Conforme tienen más edad, sus relaciones se vuelven más formales y duraderas. En ellas, obtienen cariño y apoyo y no han sufrido alguno tipo de violencia o maltrato.
- Tener redes sociales amplias de ambos sexos a menor edad. A mayor edad, tienen pocas o nulas amistades predominantemente del mismo sexo; por lo que sus redes sociales disminuyen en cuanto a tamaño y calidad. Se asocian con grupos de pares que en su mayoría no llevan a cabo conductas de riesgo y que proporcionan afecto y apoyo. No obstante, pueden ser víctimas de agresiones físicas y verbales por tal grupo sobre todo en la escuela.
- Provenir de familias de madres solteras con una escolaridad de primaria o secundaria que pueden volver a juntarse con una nueva pareja, extensas pues suelen vivir con la familia materna, de nivel socioeconómico bajo ya que carecen de recursos necesarios para la subsistencia, con empleos o subempleos mal remunerados, en donde se observa la presencia de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, abandono y negligencia porque la madre tiene que trabajar largas jornadas y no tiene tiempo para cuidar a sus hijos, y en donde puede haber consumo de sustancias tóxicas, entre otros.
- Provenir de ambientes comunales sin infraestructura, en condiciones de hacinamiento y de bajos recursos. En ocasiones, sin acceso a servicios básicos y en donde existen problemas sociales como el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia principalmente.
- Ingresar a una institución asistencial por violencia intrafamiliar y/o carencia de bienes económicos. Permanecen por tiempo prolongado en la misma a tal grado que conforman una familia. Al ir creciendo y con el paso del tiempo se aburren de las actividades organizacionales y son más renuentes a aceptar y seguir las normas y reglas institucionales. Optan por no abandonar la organización para poder concluir sus estudios, obtener capacitación laboral y la probabilidad de una mejor calidad de vida. Cabe destacar que sólo por estar residiendo en una institución no tienen que trabajar para su propia manutención y la de su familia, continúan estudiando y no incurren en la realización de conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias, la actividad sexual y las conductas delictivas.

Por su parte, con base en el análisis cualitativo de los datos recabados, las mujeres de calle (n=105), conforman un subgrupo social de niñas y jóvenes que se

caracteriza por:

- Provenir tanto del interior de la República (>50%) como de la Ciudad de México (<40%), y por residir actualmente en la Ciudad de México.
- Carecer de una residencia fija o estable y haber transitado por espacios públicos no aptos para vivienda como la calle.
- Tener una edad promedio de ( $M[DE]=15.62[2.137]$ ) años con un rango de edad de 11-21 años y una escolaridad predominantemente de secundaria. Presentan analfabetismo, deficiencias de lectoescritura y un rendimiento y aprovechamiento académicos bajos. En su familia, en su mayoría, no reciben apoyo para recibir una educación formal. No son autosuficientes para poder continuar con sus estudios pues si trabajan, es para su propia subsistencia y no obtienen los recursos necesarios para su educación. Adicionalmente, muchas veces no cuentan con la documentación que solicita el sistema educativo nacional para ingresar a una escuela como el tener un acta de nacimiento oficial. Así mismo, únicamente si permanecen en una organización asistencial tienen la posibilidad de continuar con sus estudios. Empero, como es un colectivo en constante movimiento y como tienden a transitar por diversas instituciones, muchas veces no logran completar su educación formal.
- Laboran en el sistema de economía formal llevando a cabo empleos mal remunerados como vendedora y ayudante de cocina, en el sistema de economía informal con pagos ínfimos al participar como comerciantes ambulantes y en actividades domésticas y de mendicidad, y desempeñan conductas ilícitas siendo éstas principalmente el robo, la venta de drogas y, en menor grado, la prostitución exponiéndose a riesgos que repercuten en su bienestar biopsicosocial. Cuando permanecen en una institución asistencial, no trabajan. No obstante, se les proporciona capacitación laboral en oficios como sastrería, hotelería, cocina y estilista, entre otros, para contribuir a su formación personal autónoma e independiente.
- Consumir drogas, alcohol y tabaco. Las drogas más usadas por su bajo costo y fácil acceso son los inhalantes como el activo, y la marihuana. Obtienen drogas de su grupo de pares y/o en la calle. De hecho, una de las razones por las que abandonan la organización asistencial es para ingerir estupefacientes dado que las normas institucionales lo prohíben. Sin embargo, pueden llegar a introducir dichas sustancias a la institución.
- Tener un estado de salud físico-mental deplorable puesto que usualmente presentan problemas bucodentales y visuales, enfermedades e infecciones dérmicas, gastrointestinales, respiratorias, desnutrición, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y, con menor frecuencia, psicosis, y de transmisión sexual siendo las más comunes el virus del papiloma humano, gonorrea, vaginosis, herpes genital y, en ocasiones, SIDA. Los medicamentos que habitualmente se les prescriben para tratamiento de sus padecimientos mentales son sertralina, carbamazepina, clonazepam, ácido valproico, haloperidol y risperidona. Sus hábitos de higiene y conductas de autocuidado son deficientes, y tienen poco conocimiento referente a cómo cuidar su cuerpo y mantener un estado de salud funcional. Presentan ideación e intento suicida y conductas de automutilación. Si no residen en una organización asistencial, rara vez acuden a centros de salud para recibir atención médico-psicológica, no tienen bienes para costear dicha atención y los documentos requeridos (p. ej.: acta de nacimiento oficial, cartilla de vacunación, comprobante de domicilio, seguro social, etc.), y pueden llegar a ser discriminadas dado que no se les brindan tales cuidados por su condición social. Únicamente cuando se encuentran permaneciendo

temporalmente en una institución asistencial, tienen acceso a clínicas y hospitales y se les dan los cuidados debidos. Ante la falta de tratamiento, su estado de salud se deteriora y pueden llegar a perder la vida.

- Tener una vida sexual activa que pudo haberse iniciado como resultado de haber sido víctima de abuso sexual en el interior de la familia. Suelen tener varias parejas sexuales estables u ocasionales, rara vez emplean métodos anticonceptivos, han tenido actividad sexual bajo los efectos de sustancias tóxicas y sus relaciones pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Como resultado de una vida sexual activa, se embarazan y abortan con frecuencia. Los hijos que llegan a tener permanecen con ellas, los dan en adopción o los abandonan. Si los conservan, se encargan de su cuidado y suelen ser violentas con los mismos. Pueden llegar a tener hijos de diferentes parejas, quienes permanecen un tiempo en la relación y después ésta termina o las abandonan. Poseen poca información sobre los métodos anticonceptivos, las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, su anatomía y fisiología y cómo cuidarse. Como carecen de una vivienda estable, empleo y recursos, no suelen atenderse apropiadamente si se embarazan, abortan o contraen infecciones de transmisión sexual, pudiendo conducir a una muerte temprana.
- Realizar conductas de riesgo relacionadas al uso y abuso de sustancias, la actividad sexual, ideación e intento suicida, conductas de automutilación y, en menor grado, las conductas ilícitas como delincuencia, venta de drogas y prostitución. Uno de los motivos por los que dejan la institución asistencial en la que se encuentran temporalmente es para continuar llevando a cabo tales conductas de riesgo.
- Establecer varias relaciones de pareja heterosexuales y, con menor frecuencia, homosexuales y/o bisexuales. En sus relaciones de pareja pueden recibir afecto, seguridad, apoyo y protección pero también son víctimas de maltrato y abandono. Igualmente, la pareja puede inducir al consumo de sustancias, a la realización de actividades delictivas y al abandono de la institución asistencial de estancia. Pueden llegar a ser dependientes de su pareja e inclusive les cuesta trabajo terminar la relación por perjudicial que ésta sea.
- Entablar relaciones sociales duraderas y estables de ambos sexos con su grupo de pares. Sus círculos más cercanos suelen estar conformados aproximadamente de 3-5 personas de su edad o uno o dos años mayores. Su grupo de pares les permite satisfacer sus necesidades emocionales y puede llegar a convertirse en su nueva familia. Empero, constituye un factor de riesgo al inducir a la ejecución de conductas que repercuten negativamente en su bienestar biopsicosocial incluyendo el abandono de la organización asistencial de permanencia. De hecho, con tal de seguir a sus amigos cercanos, son capaces de dejar dicha institución.
- Provenir de familias extensas y reconstituidas en donde impera el maltrato, la negligencia y el abandono, el alcoholismo y la drogadicción, la carencia de recursos para la subsistencia, un nivel socioeconómico bajo y una escolaridad de primaria máximo secundaria, en donde son obligadas a contribuir con la manutención familiar, a colaborar con las tareas del hogar y a encargarse del cuidado de sus hermanos(as) pequeños, en donde se les restringen sus oportunidades educativo-laborales y recreativas, y los miembros familiares pueden involucrarse en actividades delictivas y conducir a la realización de conductas de riesgo.
- Vivir en entornos comunales con problemas sociales como pobreza, hacinamiento, uso y abuso de sustancias, delincuencia, inseguridad, violencia, pandillerismo, conductas ilícitas y dificultad de acceso a servicios básicos como electricidad, agua, drenaje, transporte público y pavimentación, entre otros.

- Ingresar a una institución asistencial principalmente por violencia intrafamiliar y/o abandono del hogar para satisfacer sus necesidades de alimento, vestimenta, vivienda, educación y empleo y aspirar, así, a tener mejores condiciones de vida. Su estancia en la organización es temporal y breve de no más de cuatro años aproximadamente. A pesar de ello, llegan a formar vínculos estrechos con sus compañeros(as) de la institución que suelen perdurar con el paso de los años. Tienen problemas con el personal de la fundación pues en la mayoría de los casos, no están de acuerdo con las actitudes y conductas del mismo (p. ej.: “Hay trato preferencial”, “A algunas les dan permiso de estar en internet y no les ponen consecuencias si no hacen sus deberes, mientras que a otras nos cargan la mano y nos regañan por todo”, “No me dejan explicarme y no me creen”, “Me gritan por todo”), con las normas, reglas y disposiciones organizacionales, y, por último, no todas las actividades son de su agrado y les molesta que sean de carácter obligatorio. Aunado a lo anterior, tienen dificultades para relacionarse adecuadamente con sus compañeros(as) del hogar y suelen agredirse física y verbalmente tanto directa como indirectamente. Estas condiciones del ámbito en el que se desenvuelven llevan a que la menor o joven abandone la institución y opte por un estilo de vida transitorio cuando todavía no pueden llegar a tener una vida independiente adaptándose funcionalmente a la sociedad a pesar de las oportunidades de crecimiento que la fundación les proporciona.

Finalmente, se encontraron diferencias entre las participantes en riesgo de calle y las de calle (ver Tabla 13). De manera general, las primeras conservan sus lazos familiares, escolares y comunales, en su mayoría no tienen una vida sexual activa, no consumen drogas pero al aumentar de edad ingieren alcohol y tabaco, permanecen por tiempo prolongado en la institución, sus parejas son poco estables e informales, no han estado embarazadas ni han abortado, el personal institucional y sus compañeras constituyen su nueva familia, no trabajan, continúan estudiando, son víctimas de abuso sexual y maltrato físico y psicológico en menor grado, y sus redes sociales varían con la edad de tal manera que a mayor edad, disminuyen en tamaño y calidad y son principalmente del mismo sexo, aunque suelen relacionarse con varones empero los vínculos con otras niñas y jóvenes son más cercanos y estrechos. Por su parte, comúnmente las niñas y jóvenes de calle tienen poco o nulo contacto con su familia y su comunidad de origen, únicamente si asisten a la escuela forman lazos escolares, trabajan, pueden no seguir estudiando, sufren con mayor frecuencia abuso sexual y maltrato físico y psicológico, consumen principalmente drogas y, en menor grado, alcohol y tabaco, tienen una vida sexual activa, han estado embarazadas y han abortado, establecen relaciones de pareja duraderas y más formales, pueden involucrarse en relaciones homosexuales y/o bisexuales, participan en actividades ilícitas, su grupo de pares constituye su nueva familia, permanecen poco tiempo en la institución y sus redes sociales incluyen a grupos de riesgo y a personas de ambos sexos.

**Tabla 13.**  
***Diferencias en características observadas entre mujeres en riesgo de calle y de calle (n=300)***

		En riesgo de calle (n=195)	De calle (n=105)
Lugar de Nacimiento	Ciudad de México	82.6% (n=161)	41.9% (n=44)
	Interior de la República	15.4% (n=30)	55.2% (n=58)
	Extranjero	2.1% (n=4)	2.9% (n=3)
	Rango de edad (años)	$M(DE)=10.16(2.964)$	$M(DE)=15.62(2.1373)$
Edad (años)		6-23	11-21
	Primaria	79% (n=154)	21.9% (n=23)
Escolaridad	Secundaria	15.9% (n=31)	66.7% (n=70)
	Bachillerato	4.6% (n=9)	6.7% (n=7)

	Licenciatura	0.5% (n=1)	1.9% (n=2)
	Analfabeta	0	2.9% (n=3)
	Sigue Estudiando	99% (n=193)	68.6% (n=72)
Continuidad de Estudios	No continúa estudiando	1% (n=2)	31.4% (n=33) → 23.8% (n=25) No terminó sus estudios y 7.6% (n=8) si los concluyó
	Maltrato Familiar	13.8% (n=27)	90.5% (n=95)
Motivo de Ingreso Institucional	Abandono Familiar	5.1% (n=10)	1% (n=1)
	Carencia de Recursos	80% (n=156)	29% (n=3)
	Carencia de una residencia fija y estable	1% (n=2)	1.9% (n=2)
Tiempo de Estancia Institucional	Uso y Abuso de Sustancias	0	3.8% (n=4)
	Periodo (meses)	M(DE)=49.11(37.663)	M(DE)=9.97(12.113)
Estancia Temporal	Madre	49.7% (n=97)	26.7% (n=28)
	Padre	5.6% (n=11)	7.6% (n=8)
	Madre y Padre	22.6% (n=44)	4.8% (n=5)
	Familiares, amigos o vecinos	9.7% (n=19)	25.7% (n=27)
	Todo el tiempo permanece en la institución	12.3% (n=24)	35.2% (n=37)
Actividades	Si trabaja	99.5% (n=194) Recepcionista	16.2% (n=17) Empleada doméstica, ayudante cocina, mesera, vendedora ambulante, mendicidad.
	No trabaja	0.5% (n=1)	83.8% (n=88)
Religión	Católica	88.2% (n=172)	72.4% (n=76)
	Cristiana	67% (n=13)	10.5% (n=11)
	Otra	0.5% (n=1)	12.4% (n=13)
	Santería		Santa Muerte, Santería
	Sin religión	4.6% (n=9)	4.8% (n=5)
Uso y Abuso de Sustancias	No consume	97.4% (n=190)	41% (n=43)
	Sí consume	2.6% (n=5)	59% (n=62)
	Drogas	0	18.1% (n=19)
	Alcohol	0	3.8% (n=4)
	Tabaco	1% (n=2)	1.9% (n=2)
	Drogas y Alcohol	0	1% (n=1)
	Drogas y Tabaco	0	3.8% (n=4)
	Alcohol y Tabaco	1% (n=2)	8.6% (n=9)
	Drogas, Alcohol y Tabaco	0.5% (n=1)	21.9% (n=23)
	Abuso Sexual	15.4% (n=30)	45.7% (n=48)
Vida Sexual	Embarazos	0	28.57% (n=30)
	Hijos	0	22.86% (n=24)
	Actividad Sexual	10.26% (n=20)	80% (n=84)
	Infecciones de Transmisión Sexual	0	20% (n=21)
Conductas Ilícitas	Robo	0	32.38% (n=34)
	Venta de Drogas	0	20% (n=21)
	Prostitución	0	15.24% (n=16)
Maltrato	Físico	37.4% (n=73)	81% (n=85)
	Psicológico	55.4% (n=108)	54.3% (n=57)

Nota. \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

Dados los resultados obtenidos mediante el análisis de contenido, se observó que



algunas de las principales problemáticas que aquejan a este colectivo social son la falta de asertividad y de regulación emocional y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva tal y como se puede constatar en las verbalizaciones de las participantes que será ejemplificado a continuación.

Ejemplos de cogniciones asociadas a sintomatología ansiosa y depresiva:

- Niña de 6 años:  
“Si me quedo sola en casa, algo malo me va a pasar”.
- Niña de 7 años:  
“Me van a regañar”.
- Niña de 8 años:  
“Me da miedo estar sola”.
- Niña de 8 años:  
“Me van a regañar”.
- Niña de 10 años:  
“Me van a robar”.
- Niña de 10 años:  
“Algo malo me va a pasar”.
- Niña de 10 años:  
“No me puedo concentrar”.
- Niña de 11 años:  
“Soy una basura”.
- Niña de 11 años:  
“Me quiero morir”.
- Niña de 12 años:  
“Nadie me quiere”.
- Niña de 13 años:  
“Soy una inútil”.
- Niña de 13 años:  
“No puedo hacer nada bien”
- Niña de 13 años:  
“Todo lo que hago me resultan más problemas”.
- Niña de 13 años:  
“Me doy asco”.
- Adolescente de 14 años:  
“No puedo olvidar mi pasado”.
- Adolescente de 15 años:  
“Soy una buena para nada”.
- Adolescente de 15 años:  
“Soy una estúpida”
- Adolescente de 16 años:  
“Soy gorda y fea”.
- Adolescente de 17 años:  
“No sirvo para nada”.
- Joven de 18 años:  
“Soy tonta, muy tonta”.
- Joven de 18 años:  
“Soy ignorante”.

Así mismo, las emociones negativas que experimentan con mayor frecuencia son la tristeza, el miedo y la preocupación.

Ejemplos que denotan falta de asertividad y un manejo y control inadecuado de emociones negativas:

- Niña de 10 años:  
*“Un niño me dijo fea y me puse a llorar”.*
- Niña de 10 años:  
*“El maestro me grita y no sé qué hacer”.*
- Niña de 10 años:  
*“Mi mamá me regañó por algo que no hice”.*
- Niña de 10 años:  
*“Me peleé con mis compañeros de la escuela”.*
- Niña de 11 años:  
*“Mis compañeros de la escuela se burlan de mí”.*
- Niña de 11 años:  
*“Mis amigas me dicen gorda y fea y no les digo nada”.*
- Niña de 11 años:  
*“Mi mejor amiga se enojó conmigo porque le grité”.*
- Niña de 12 años:  
*“Una compañera de la escuela me hizo una señal obscena y no supe que hacer”.*
- Niña de 12 años:  
*“Me peleé con mi mamá”.*
- Niña de 12 años:  
*“Me molestan mis compañeros de la escuela”.*
- Niña de 13 años:  
*“Me enojé con mi mejor amiga y no sé cómo decirle eso sin ser agresiva”.*
- Adolescente de 14 años:  
*“Le pego a mi mamá cada vez que me enojo con ella”.*
- Adolescente de 14 años:  
*“Me corto cuando me enojo, cuando me siento triste o cuando me siento muy mal”.*
- Adolescente de 15 años:  
*“Mis compañeras de la casa hogar agarraron mis cosas sin mi permiso”.*
- Adolescente de 15 años:  
*“Mi novio no respeta a las mujeres”.*
- Adolescente de 16 años:  
*“Me peleé con mis compañeras del hogar”.*
- Joven de 18 años:  
*“Le contesté feo a la consejera del hogar”.*
- Joven de 18 años:  
*“La consejera me regañó y no hice nada”.*
- Joven de 18 años:  
*“Me agarré a golpes con mi compañera del hogar porque me enojé con ella”.*
- Joven de 18 años:  
*“Cada vez que me siento triste o enojada, me dan ganas de consumir”.*

Por tanto, tomando en cuenta que empíricamente se encontraron estas deficiencias y problemáticas en el grupo social bajo estudio, se consideraron como variables de investigación la asertividad, la regulación emocional y los síntomas de ansiedad y depresión. Aunado a lo anterior, dichos resultados se corroboran con la literatura de investigación revisada que señala que poblaciones marginales presentan tales dificultades. Así, de esta manera, al atender estas conductas blanco se esperarían que las niñas y jóvenes en situación de calle experimenten un mayor bienestar al sentirse satisfechas consigo mismas y en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

## **ETAPA II. Características psicosociales de mujeres en situación de calle**

De manera general, los resultados obtenidos en esta fase (II: Adaptación y validación de instrumentos) revelan la obtención de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas posibilitando, así, que sean retomados para estudios posteriores con poblaciones similares. Sin embargo, es importante considerar que las escalas de medición constituyen un proceso de mejora continua, para así poder proporcionar herramientas cada vez más eficaces y sensibles a mujeres en situación de calle.

Cabe destacar que se realizaron adaptaciones de pruebas validadas previamente con población mexicana. Por ende, se tienen indicadores de confiabilidad y validez más no parámetros poblacionales (estándares).

Adicionalmente, los resultados observados denotan diferencias en índices de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad<sup>15</sup>, regulación emocional, bienestar subjetivo e intensidad y frecuencia de sentimientos positivos y negativos por condición (195 mujeres en riesgo de calle y 45 de calle).

El 81.54% (n=159) de las niñas y jóvenes en riesgo de calle presenta sintomatología ansiosa, el 43.07% (n=84) sintomatología depresiva, el 24.10% (n=47) inasertividad, el 31.28% (n=61) falta de regulación emocional y el 3.08% (n=6) un bajo nivel de bienestar subjetivo. En cuanto a la frecuencia e intensidad con la que muestran emociones positivas y negativas, se tiene que el 43.1% (n=84) y el 12.3% (n=24) expresa sentimientos positivos y negativos correspondientemente, más del 80% del tiempo. Respecto a la intensidad, el 88.21% (n=172) y el 24.10% (n=83) experimenta sentimientos positivos y negativos respectivamente, con gran fuerza.

Referente a las participantes de calle, el 82.23% (n=37) padece sintomatología ansiosa y el 64.45% (n=29) sintomatología depresiva, el 11.12% (n=5) no es asertiva, el 13.34% (n=6) carece de un manejo y control funcional de emociones y el 2.23% (n=1) no se siente satisfecha con sus condiciones de vida actuales. El 22.2% (n=10) y el 26.7% (n=12), demuestra sentimientos positivos y negativos concordantemente, con gran frecuencia (más del 80% del tiempo). Por último, el 86.67% (n=39) y el 28.89% (n=13) exhibe sentimientos positivos y negativos respectivamente, intensamente.

Finalmente, con el fin de determinar si tales características detectadas por condición difieren significativamente usando la prueba t de Student para datos cuantitativos y la Chi-cuadrada para datos categóricos, se compararon a 45 mujeres en riesgo de calle ( $M[DE]=13.89[2.16]$ ) con las 45 de calle ( $M[DE]=15.33[2.10]$ ) de la muestra total (n=240). Los resultados obtenidos mediante la prueba t de Student, señalan diferencias estadísticamente significativas en las variables de sintomatología depresiva, regulación emocional y bienestar subjetivo (ver Tabla 14). Consecuentemente, las niñas y jóvenes de calle presentan niveles más altos de depresión y de regulación emocional y un menor bienestar subjetivo en comparación con aquellas en riesgo de calle.

---

<sup>15</sup>Para fines de este estudio, se entiende asertividad como habilidad social para expresar deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos de manera directa, clara, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado (ver Apartado de Método, Etapa IIA: Adaptación de instrumentos).

**Tabla 14.**

***Diferencias entre las variables de estudio por condición***

	Condición (n=90)		t	gl	p	95% IC	
	En riesgo de calle (n=45)	De calle (n=45)				LI	LS
	M(DE)						
Sintomatología Ansiosa	3.55(0.75)	3.72(0.79)	-1.034	88	.304	-.49046	.15465
Sintomatología Depresiva	2.85(0.84)	3.21(0.80)	-2.100	88	.039*	-.70651	-.01941
Asertividad	3.80(0.88)	3.84(0.80)	-.223	88	.824	-.39516	.31314
Regulación Emocional	3.22(0.72)	3.80(0.87)	-3.461	88	.001**	-.91457	-.24734
Bienestar Subjetivo	4.45(0.67)	3.97(0.61)	3.553	88	.001**	.21237	.75162
Intensidad de Sentimientos Positivos	7.28(2.41)	7.27(1.96)	.029	88	.977	-.90791	.93458
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.23(2.33)	6.72(2.44)	-2.967	88	.004**	2.49350	-.49317

\*p<.05

\*\*p<.01

Aunado a lo anterior, usando la prueba Chi-cuadrada se encontró que los grupos denotan la existencia de disparidades estadísticamente significativas en la frecuencia y en la intensidad de sentimientos negativos (ver Tablas 14 y 15). Como tal, las participantes de calle experimentan emociones negativas más veces y con mayor fuerza que aquéllas en riesgo de calle.

**Tabla 15.**

***Diferencias en la frecuencia de sentimientos por condición***

Frecuencia de Sentimientos Negativos	Condición (n=90)			Frecuencia de Sentimientos Positivos	Condición (n=90)		
	En riesgo de calle (n=45)	De calle (n=45)	Total		En riesgo de calle (n=45)	De calle (n=45)	Total
	Número de Participantes				Número de Participantes		
0%	3	2	5	0%	2	0	2
Menos del 20% del tiempo	5	1	6	Menos del 20% del tiempo	2	5	7
20%-40% del tiempo	10	9	19	20%-40% del tiempo	4	7	11
40%-60% del tiempo	17	10	27	40%-60% del tiempo	6	13	19
60%-80% del tiempo	9	11	20	60%-80% del tiempo	20	10	30
Más del 80% del tiempo	1	12	13	Más del 80% del tiempo	11	10	21
Total	45	45	90	Total	45	45	90
	<b>Chi-cuadrada</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>		<b>Chi-cuadrada</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
	14.242	5	.014*		10.064	5	.073

\*p<.05

A continuación se presentarán de manera más detallada los resultados obtenidos por sub-fase de la Etapa II (Adaptación y validación de instrumentos).

## ETAPA IIA. Adaptación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes

Se seleccionaron un total de 91 reactivos de diversas escalas validadas con población mexicana que evalúan sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad y regulación emocional (ver Apartado de Método, Etapa IIA: Adaptación de instrumentos): 24 para síntomas de ansiedad y depresión respectivamente, 29 para asertividad y 14 para regulación emocional. Se eliminaron un reactivo de sintomatología ansiosa (“Me preocupo por todo”) por no considerarlo relevante para el estudio y aquéllos de síntomas de depresión que se referían a conductas agresivas (p. ej.: “La gente que me conoce piensa que soy muy agresiva”). Así, de esta manera, se elaboró una primera versión de la batería de pruebas que quedó conformada por 87 ítemes (23 para síntomas de ansiedad, 21 para síntomas de depresión, 29 para asertividad y 14 para regulación emocional), que se aplicó a 30 niñas en riesgo de calle (Piloto A) (ver Tabla 16).

**Tabla 16.**  
**Reactivos seleccionados por variable de estudio para el Piloto A**

	Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva	Asertividad	Regulación Emocional
1	Me siento desesperada.	Me siento sola.	Me cuesta trabajo pedirle a una persona que me está molestando enfrente de otras, que deje de hacerlo.	Me siento sin ganas.
2	Me siento contenta.	Me gusta como soy.	Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que <b>NO</b> sé hacer.	Hablo con un amigo o amiga acerca de lo que me pasa.
3	Me preocupa cometer errores.	Me siento triste sin razón.	Me es difícil pedir perdón cuando tengo la culpa.	<b>NO</b> me preocupo porque pienso que todo saldrá bien.
4	Me canso muy rápido.	Me dan ganas de quedarme acostada todo el día aunque haya dormido bien en la noche.	Me es fácil aceptar una crítica.	Me desquito con alguien.
5	Me distraigo fácilmente.	Tengo problemas para dormir.	Me cuesta trabajo halagar a otros.	Me altero mucho.
6	A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	Siento que <b>NADIE</b> me comprende.	Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	Hago otras cosas para <b>NO</b> pensar en lo que siento.
7	Tomo las cosas muy en serio.	Siento que la vida es injusta.	Puedo decirles a mis compañeras que me devuelvan algo que les presté.	Me desespero.
8	Me falta confianza en mí misma.	Siento que soy importante.	Me molesta que me hagan ver mis errores.	Tomo las cosas como vienen.
9	Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo.	Me siento con ganas de llorar.	Puedo decirle a una persona en su cara que se portó de manera injusta.	Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).
10	Me siento enojada.	Me siento sin ganas.	Me es difícil decirle a una compañera que <b>NO</b> le presto mis cosas.	Prefiero alejarme de la gente.
11	Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	Pienso que <b>NADIE</b> se preocupa por mí.	Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	Pienso que haga lo que haga las cosas <b>NO</b> van a cambiar.
12	Pierdo oportunidades por	Siento que como	Me es fácil decirles a mis	Soy impulsiva.

	<b>NO</b> poder decidirme rápidamente.	persona soy una triunfadora.	compañeras lo que realmente pienso.	
13	Me siento a punto de explotar.	Siento que le importo a los demás.	Cuando algo me molesta, me es fácil decirse a mis amigos.	Busco ayuda.
14	Me siento segura.	Creo que <b>NO</b> vale la pena vivir.	Puedo decirle que <b>NO</b> a un amigo que me pide prestado dinero.	Trato de tranquilizarme:
15	Me afectan tanto los problemas que <b>NO</b> puedo olvidarlos.	Ya <b>NO</b> disfruto lo que hago tanto como antes.	Puedo aceptar fácilmente enfrente de otros que cometí un error.	a. Tomando alcohol. b. Comiendo más. c. Fumando. d. Tomando drogas. e. Haciendo ejercicio. f. Hago otras cosas.
16	Tengo poca esperanza de resolver mis problemas.	He perdido interés en mis actividades diarias.	Cuando <b>NO</b> estoy de acuerdo con algo, me es difícil decirse a mis compañeras.	¿Cómo qué?:
17	Me siento feliz.	Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	Me cuesta trabajo expresar mis deseos.	
18	Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	Hago las cosas tan bien como antes.	Me es fácil reclamarles a mis amigos cuando me agarran algo sin mi permiso.	
19	Me siento bien.	Siento que <b>NO</b> puedo esperar nada del futuro.	Pido ayuda cuando la necesito.	
20	Me siento asustada sin razón.	He intentado quitarme la vida.	Me es fácil pedirles favores a mis amigos.	
21	Me siento cómoda.	Me divierto.	Me cuesta trabajo expresar abiertamente mis sentimientos.	
22	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.		Puedo decirles a mis amigos cuando algo me preocupa.	
23	Me siento relajada.		Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que me critiquen.	
24			Me es fácil decirle que <b>NO</b> quiero tener relaciones sexuales a la persona a la que quiero.	
25			Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos.	
26			Platico abiertamente con una persona que critica cómo me comporto.	
27			Me es fácil decirles a mis amigos que soy feliz.	
28			Me preocupa mucho cuando tengo que hablar enfrente de personas que <b>NO</b> conozco.	
29			Me es fácil decirle que <b>NO</b> a mis amigos cuando quieren que tome cerveza.	

De los reactivos puestos a prueba, se eliminaron 14 por referirse a agresión o enojo (p. ej.: “Me siento enojada”), por no tener sentido para la población bajo estudio (p.

ej.: “Me siento segura”, ¿segura de qué?), por ser repetitivos (p. ej.: “Me siento feliz” = “Me siento contenta”) y por no ser entendidos por las participantes (p. ej.: “Tomo las cosas como vienen”). Posteriormente, para facilitar la comprensión de los ítemes por parte del grupo social en cuestión, se modificó la redacción de algunos de los reactivos (n=38) del total (n=73), adaptándolos al lenguaje usado por dicho grupo y a su nivel de entendimiento (ver Tabla 17).

**Tabla 17.**  
**Reactivos reescritos para el Piloto B**

	Reactivo Original	Reactivo Modificado
1	Me falta confianza en mí misma.	Creo en mi misma.
2	Me siento a punto de explotar.	Siento que ya <b>NO</b> puedo más.
3	Me afectan tanto los problemas que <b>NO</b> puedo olvidarlos.	Me importan tanto mis problemas que <b>NO</b> los puedo sacar de mi cabeza.
4	Siento que como persona soy una triunfadora.	Siento que puedo conseguir lo que quiero.
5	Tengo poca esperanza de resolver mis problemas.	Creo que puedo salir adelante a pesar de los problemas que tenga.
6	Creo que <b>NO</b> vale la pena vivir.	Creo que es mejor morir.
7	Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que <b>NO</b> sé hacer.	Puedo pedir que me enseñen a hacer algo que <b>NO</b> sé hacer.
8	Me es fácil aceptar una crítica.	Puedo aceptar que hablen mal de mí.
9	Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	Demuestro amor y cariño a la gente que quiero.
10	Me es difícil decirle a una compañera que <b>NO</b> le presto mis cosas.	Puedo decirle a una compañera que <b>NO</b> le presto mis cosas.
11	Me es fácil decirles a mis compañeras lo que realmente pienso.	Puedo decirle a mis compañeras lo que pienso.
12	Cuando <b>NO</b> estoy de acuerdo con algo, me es difícil decírselo a mis compañeras.	Puedo decirle a mis compañeras cuando <b>NO</b> estoy de acuerdo con algo.
13	Me es fácil reclamarles a mis amigos cuando me agarran algo sin mi permiso.	Puedo reclamarle a mis amigos cuando me agarran algo sin mi permiso.
14	Me es fácil pedirles favores a mis amigos.	Puedo pedirle ayuda a mis amigos.
15	Me es fácil decirle que <b>NO</b> acaricie mi cuerpo a una persona a la que quiero.	Puedo decirle a una persona que quiere acariciar mi cuerpo, que <b>NO</b> lo haga.
16	Me preocupa mucho cuando tengo que hablar enfrente de personas que <b>NO</b> conozco.	Me pongo muy nerviosa cuando tengo que hablar enfrente de personas que <b>NO</b> conozco.
17	Siento que <b>NADIE</b> me comprende.	Siento que <b>NADIE</b> me pone atención.
18	Siento que la vida es injusta.	Siento que me pasan puras cosas malas.
19	Pierdo oportunidades por <b>NO</b> poder decidirme rápidamente.	Pierdo cosas buenas porque <b>NO</b> me decido a tiempo.
20	Siento que le importo a los demás.	Siento que soy importante para otras personas.
21	Ya <b>NO</b> disfruto lo que hago tanto como antes.	Me siguen gustando mis actividades diarias.
22	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	Quiero ser tan feliz como otras personas.
23	Siento que <b>NO</b> puedo esperar nada del futuro.	Siento que las cosas siempre van a estar mal.
24	Me cuesta trabajo pedirle a una persona que me está molestando enfrente de otras, que deje de hacerlo.	Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.
25	Me es difícil pedir perdón cuando tengo la culpa.	Puedo pedir perdón cuando tengo la culpa.
26	Me cuesta trabajo halagar a otros.	Puedo decirle cosas bonitas a otras personas.
27	Puedo decirle a una persona en su cara que se portó de manera injusta.	Puedo decirle a una compañera que se portó mal.
28	Cuando algo me molesta, me es fácil decírselo a mis amigos.	Puedo decirle a mis amigos cuando algo me molesta.
29	Puedo aceptar fácilmente enfrente de otros que cometí un error.	Puedo aceptar sin ningún problema que me equivoqué.
30	Me cuesta trabajo expresar mis deseos.	Puedo decir lo que quiero.
31	Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos.	Puedo hacer nuevos amigos.
32	Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que me critiquen.	Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.

33	Me es fácil decirles a mis amigos que soy feliz.	Puedo decirle a mis amigos que soy feliz.
34	Me es fácil decirle que <b>NO</b> a las personas a las que quiero cuando me dan a tomar cerveza.	Si una persona me ofrece alcohol (cerveza), puedo decirle que <b>NO</b> quiero.
35	Me desquito con alguien.	Le hago cosas a alguien.
36	Me altero mucho.	Me pongo muy mal.
37	Pienso que haga lo que haga las cosas <b>NO</b> van a cambiar.	Pienso que las cosas <b>NO</b> van a cambiar a pesar de lo que haga.
38	Soy impulsiva.	Actúo sin pensar (soy aventada, me aviento a lo loco)

Para asegurar que estas nuevas versiones conservaban el sentido semántico original y se referían al mismo aspecto o condición, se realizó un primer jueceo en el que participaron 22 psicólogos. Como resultado de dicho jueceo, se eliminaron los siguientes reactivos por no ser pertinentes para la investigación<sup>16</sup>:

- Siento que como persona soy una triunfadora.
- Me cuesta trabajo expresar mis deseos.

Seis ítems se reescribieron por no cumplir con mínimo un 80% de confiabilidad inter-jueces y se sometieron a un segundo jueceo en el que participaron 15 psicólogos:

1. Me falta confianza en mí misma.
2. Tengo poca esperanza de resolver mis problemas.
3. Me es fácil aceptar una crítica.
4. Me es fácil decirles a mis compañeras lo que realmente pienso.
5. Siento que **NO** puedo esperar nada del futuro.
6. Cuando algo me molesta, me es fácil decírselo a mis amigos.

Para facilitar la comprensión de cuatro reactivos que si pasaron la primera evaluación inter-jueces, se reescribieron y se añadieron a los seis reactivos anteriores para volver a ser examinados por dichos psicólogos:

1. Pierdo oportunidades por **NO** poder decidirme rápidamente.
2. Me es difícil pedir perdón cuando tengo la culpa.
3. Me afectan tanto mis problemas que **NO** puedo olvidarlos.
4. Soy impulsiva.

A partir del segundo jueceo, se eliminó un reactivo y se agregó uno para evaluar asertividad:

Reactivo eliminado:

1. Siento que **NO** puedo esperar nada del futuro.

Reactivo adicionado:

2. Si una persona me ofrece drogas, puedo decirle que **NO** quiero.

Por tanto, las escalas quedaron constituidas por 17 reactivos para síntomas de ansiedad y depresión respectivamente, 26 para asertividad y 11 para regulación emocional. Esta versión mejorada y corregida de la batería de pruebas con un total de 71 ítems fue aplicada a 30 adolescentes de calle (Piloto B). Así mismo, al final de la aplicación de los instrumentos, se les preguntó a las participantes qué de su situación actual es lo que les parecía más importante que quisieran cambiar. Las respuestas revelan como aspectos más relevantes a modificar la forma de relacionarse con sus semejantes, el manejo y control de emociones negativas, olvidar el pasado y dejar de

<sup>16</sup>Para fines de este estudio, se tomó en consideración un 80% de confiabilidad inter-jueces. Esto es, si el 80% de los jueces concordaban en sus evaluaciones, se aceptaba el reactivo bajo escrutinio.



experimentar sentimientos de tristeza. Para facilitar la comprensión del lector, se proporcionan algunos ejemplos de dichas contestaciones.

Ejemplos:

- Adolescente de 13 años de edad:  
*“Me gustaría olvidar el pasado, aprender a controlar mis emociones y no sentirme sola”.*
- Adolescente de 14 años de edad:  
*“Me gustaría olvidar el pasado y aprender a controlar mis emociones”.*
- Adolescente de 15 años de edad:  
*“Me gustaría aprender a llevarme con las personas”.*
- Adolescente de 16 años de edad:  
*“Me gustaría aprender a defenderme, a no dejarme molestar ni reaccionar mal cuando me molestan, y a mejorar las relaciones con mis compañeras del hogar”.*
- Adolescente de 16 años de edad:  
*“Me gustaría poder relacionarme bien con mis compañeras del hogar”.*
- Adolescente de 17 años de edad:  
*“Me gustaría aprender a decir las cosas tomando en cuenta el momento y el lugar”.*
- Joven de 18 años de edad:  
*“Me gustaría poder llevarme bien con las personas”.*
- Joven de 19 años de edad:  
*“Me gustaría dejar de estar deprimida”.*
- Joven de 19 años de edad:  
*“Me gustaría llevarme bien con las personas”.*
- Joven de 21 años de edad:  
*“Me gustaría que mejorara la relación con mis compañeras del hogar”.*
- Adolescente de 22 años de edad:  
*“Me gustaría dejar de ser ansiosa y llevarme bien con las personas”.*

Después del segundo piloteo, se eliminaron 21 reactivos por no discriminar pues todas las participantes se iban a los extremos (Nunca-Siempre) (p. ej.: “Creo que es mejor morir”), por no ser de utilidad para el grupo social bajo estudio dado el análisis de ambos estudios piloto y pregunta de aspectos por mejorar (Piloto B) (p. ej.: “Me canso muy rápido”), por haber dado respuestas no pertinentes a la investigación (p. ej.: “Me cuesta trabajo decidir entre dos cosas que me gustan”) y por no haber sido comprendido por las niñas y jóvenes (p. ej.: “Me siento sin ganas”). Como tal, una versión perfeccionada de la batería de pruebas quedó conformada por un total de 50 reactivos (11 para síntomas de ansiedad y depresión respectivamente, 11 para regulación emocional y 17 para asertividad) que se aplicó a 113 mujeres en riesgo de calle (Piloto C).

Tomando en cuenta los resultados del tercer piloteo, se modificó la redacción de tres reactivos para facilitar su comprensión:

1. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo: Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.
2. Pienso que **NADIE** se preocupa por mí: Pienso que hay personas que se preocupan por mí.
3. Siento que **NADIE** me pone atención: Siento que hay personas que me ponen atención.

De igual manera, en los reactivos de asertividad se cambió la palabra *amigos y compañeras* por *persona* para denotar referentes significativos de forma más general ya que en la población bajo estudio se observan problemas en relaciones interpersonales

específicamente con las compañeras y el personal institucional.

Adicionalmente, se eliminaron 16 reactivos por no ser comprendidos (p. ej.: “Me siento desesperada”, “Pienso que las cosas no van a cambiar a pesar de lo que haga”), por no ser relevantes para la investigación en curso (p. ej.: “Puedo reclamarle a mis amigos cuando me agarran algo sin mi permiso”, “Tengo problemas para dormir”) y por ser repetitivos (p. ej.: “Hago otras cosas para no pensar en lo que siento”).

Por ende, la versión final de la batería de pruebas que se usó para la aplicación a la población meta, quedó conformada por un total de 35 reactivos: nueve para síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y asertividad cada uno y ocho para regulación emocional (ver Anexo 3).

Respecto a la variable de bienestar subjetivo, se eligieron 11 reactivos de instrumentos adaptados a población mexicana que evalúan aspectos relacionados a dicha variable (ver Apartado de Método, Etapa IIA: Adaptación de instrumentos). Se hicieron cambios en su redacción buscando conservar su sentido teórico y semántico original, para facilitar su comprensión por parte de las participantes. Para evaluar la equivalencia entre ambas versiones de cada reactivo, se realizó un jueceo en el que participaron 10 psicólogos (ver Tabla 18).

**Tabla 18.**  
**Reactivos reescritos para el Piloto de la variable Bienestar Subjetivo**

	<b>Reactivo Original</b>	<b>Reactivo Modificado</b>
1	Alterado por algo que pasó de repente.	Me siento mal por algo que pasó de repente.
2	Incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida.	Puedo controlar las cosas importantes de mi vida.
3	He afrontado con éxito los problemas que se me han presentado.	Puedo hacer frente a los problemas que he tenido.
4	Me siento satisfecho por la manera en que he aceptado cambios recientes en mi vida.	Me siento a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.
5	Me siento seguro acerca de mi habilidad para manejar mis problemas personales.	Me siento segura para resolver mis problemas personales.
6	Siento que las cosas van pasando de acuerdo con mi manera de ser.	Las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy.
7	Siento que <b>NO</b> he podido resolver todos mis problemas.	Puedo resolver todos mis problemas.
8	Me he sentido fuera de control.	Me siento fuera de control.
9	He pensado y meditado acerca de las cosas que <b>NO</b> he podido resolver.	He pensado con calma en las cosas que <b>NO</b> he podido resolver.
10	He encontrado en qué ocupar mi tiempo.	He encontrado con que distraerme.
11	<b>NO</b> he podido sobreponerme a las dificultades que he tenido.	He podido superar los problemas que he tenido.

Se eliminaron dos reactivos (“Puedo controlar las cosas importantes de mi vida” y “Puedo resolver todos mis problemas”), por no cumplir con mínimo un 80% de confiabilidad inter-jueces. Se reescribió uno (“Puedo hacer frente a los problemas que se me presenten” en lugar de “Puedo hacer frente a los problemas que he tenido”), con el fin de que fuera más similar en cuanto a contenido y sentido semántico a la versión original. Así, la prueba quedó constituida por un total de nueve ítems. Igualmente, basándose en escalas previas se redactaron 24 nuevos reactivos. Como tal, la versión preliminar del instrumento contó con 35 reactivos en total; de los cuales dos evalúan la frecuencia con la que tienen sentimientos positivos y negativos. Además, se buscó examinar la intensidad de experimentar diferentes emociones tanto positivas como negativas. Por lo que se añadieron a los 35 reactivos, una lista de sentimientos: nueve emociones (cinco positivas y cuatro negativas). Se eligieron aquellos sentimientos que el grupo social bajo estudio

exhibe más veces. También, las situaciones abordadas por cada reactivo se referían al último mes en el que la participante pasó por tal circunstancia o condición. Posterior a estas modificaciones y adiciones, se procedió a poner a prueba la escala con 26 mujeres en riesgo de calle.

Dados los resultados obtenidos con el piloteo realizado (Piloto Bienestar Subjetivo), no se eliminó reactivo alguno. Empero, se modificó la instrucción “*En el último mes he sentido que*”, añadiendo y adecuando a cada ítem la frase “He sentido que” (p.ej.: “He sentido que he encontrado con que distraerme”). Así mismo, se cambió la redacción de las preguntas referentes a la frecuencia con la que experimentan sentimientos positivos y negativos:

- “¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos como tristeza, enojo, preocupación, nervios o miedo?” en lugar de “¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos?”.
- “¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos como alegría, amor, tranquilidad o cariño?” en vez de “¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos?”.

Las emociones añadidas sirven como ejemplos en caso de que la menor no comprenda la noción de sentimientos negativos o positivos.

De igual manera, se añadió una emoción más para que los sentimientos positivos y negativos fueran equiparables en cantidad: cinco positivos y cinco negativos. Por último, se agregó el termómetro de los sentimientos (0-10) para evaluar la intensidad de dichas emociones.

Por ende, la versión mejorada y corregida del instrumento para valorar bienestar subjetivo quedó conformada por 35 reactivos que denotan el grado de satisfacción del individuo y que evalúan la frecuencia con la que vivencian emociones positivas y negativas, y por 10 emociones que indican la intensidad con la que las personas experimentan sentimientos positivos (cinco) y negativos (cinco). Esta versión es la que se aplicó al total de participantes (ver Anexo 3).

## **ETAPA IIB. Validación de instrumentos psicométricos culturalmente relevantes**

Para el procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante, primero se hicieron análisis descriptivos indicando la frecuencia por reactivo de cada opción de respuesta y los valores de sesgo y curtosis (ver Tablas 19 y 20). Como puede observarse, todas las opciones de respuesta fueron tomadas en cuenta para cada ítem y los valores de sesgo y curtosis están dentro de lo esperado (<1-5) con excepción del sentimiento Felicidad (ver Tabla 20).

Para fines de este estudio, los cuatro reactivos de la variable Bienestar Subjetivo referentes a satisfacción laboral (p. ej.: “Me he sentido a gusto en el trabajo”, “Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros del trabajo”, “Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros del trabajo” y “Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros del trabajo”), no se tomaron en consideración pues más del 95% de las participantes no cumplió con la condición de trabajar. Razón por la cual, la escala quedó con 31 ítems de los 35 originales.

**Tabla 19.**

**Análisis descriptivos de los reactivos por variable de estudio (n=240)**

Reactivo	M	DE	Sesgo	Curtosis	Nunca	Casi nunca (<20% del tiempo)	Pocas veces (20%- 40% del tiempo)	A veces (40%- 60% del tiempo)	Muchas veces (60%- 80% del tiempo)	Siempre o Casi siempre (>80% del tiempo)
					1	2	3	4	5	6
<b>Sintomatología Ansiosa</b>										
Me preocupa cometer errores.	4.08	1.504	-.367	-.637	19	13	52	60	39	57
Me distraigo muy fácil.	3.84	1.611	-.193	-1.056	24	31	45	51	38	51
Creo en mí misma.	4.8	1.395	-.936	-.088	6	14	24	46	39	111
Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.	3.9	1.483	-.347	-.681	21	23	41	69	46	40
Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	4.03	1.695	-.493	-.915	33	17	28	57	42	63
Creo que puedo resolver mis problemas.	4.15	1.473	-.499	-.471	19	9	48	60	49	55
Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	3.8	1.645	-.249	-.949	34	18	43	65	28	52
Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	4.34	1.639	-.646	-.718	22	13	38	41	41	85
A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	3.91	1.701	-.346	-1.097	31	28	29	53	41	58
<b>Sintomatología Depresiva</b>										
Me siento sola.	3.23	1.662	-.189	-1.21	50	39	48	43	30	30
Me siento triste.	3.70	1.468	-.134	-.768	22	29	53	65	38	33
Siento que soy importante.	4.58	1.501	-.916	-.077	15	12	25	45	54	89
Siento que soy importante	4.21	1.608	-.642	-.596	26	11	33	53	50	67

para otras personas. Me gusta como soy.	4.81	1.424	-1.165	-.641	13	5	21	46	45	110
Siento que hay personas que me ponen atención.	4.19	1.465	-.578	-.3885	18	13	36	66	52	55
Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	4.66	1.466	-1.038	.319	16	5	25	47	53	94
Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	3.53	1.659	.007	-1.043	39	28	49	60	19	45
Siento que me pasan puras cosas malas.	3.59	1.679	-.021	-1.099	37	29	48	56	21	49

---

**Asertividad**

---

Puedo aceptar que hablen mal de mí.	2.44	1.617	.755	-.624	111	22	43	34	14	16
Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.	3.79	1.769	-.241	-1.262	38	29	33	43	40	57
Puedo decirle a una persona lo que pienso.	3.84	1.655	-.252	-1.036	31	21	48	49	38	53
Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	4.02	1.595	-.358	-.925	22	23	43	51	43	58
Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	4.05	1.777	-.520	-1.057	37	18	26	42	48	69
Puedo decirle a una persona cuando no estoy de	4.12	1.622	-.493	-.815	25	16	39	51	44	65

acuerdo con algo.										
Puedo decirle a una persona que se portó mal.	3.31	1.673	-.032	-1.107	55	23	44	61	25	32
Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	4.17	1.628	-.518	-.809	24	16	38	50	42	70
Me molesta que me hagan ver mis errores.	3.55	1.764	-.060	-1.281	46	29	40	44	34	47
<b>Regulación Emocional</b>										
Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.	3.76	1.749	-.251	-1.152	42	19	36	56	31	56
Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito).	2.23	1.500	.870	-.497	123	30	24	44	11	8
Me pongo muy mal.	3.50	1.689	-.058	-1.137	45	28	38	61	28	40
Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).	3.59	1.928	-.153	-.017	64	14	28	43	32	59
Prefiero alejarme de la gente.	3.36	1.815	-1.455	-1.344	65	21	25	61	27	41
Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco).	3.30	1.777	.085	-1.300	60	29	35	49	29	38
Busco ayuda.	4.12	1.543	-.473	-.694	20	19	36	62	44	59
<b>Bienestar Subjetivo</b>										
Me he sentido mal por algo que pasó de repente.	3.43	1.858	-.042	-1.372	65	18	26	59	23	49
Me he	4.49	1.779	-.913	-.553	32	10	20	30	42	106

<b>sentido a gusto en mi familia.</b>										
<b>Me he sentido a gusto en la escuela.</b>	4.34	1.740	-.789	-.646	33	9	23	41	47	87
<b>Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.</b>	4.76	1.387	-1.096	.536	11	7	23	44	57	98
<b>He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.</b>	3.73	1.694	-.296	-1.060	42	18	34	61	40	45
<b>Me he sentido a gusto con mi vida.</b>	4.72	1.498	-1.050	.125	14	9	28	33	51	105
<b>He encontrado con que distraerme.</b>	4.19	1.703	-.549	-.916	27	19	30	48	37	79
<b>He sentido que las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy.</b>	3.80	1.769	-.258	-1.194	40	23	32	55	29	61
<b>Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.</b>	4.64	1.766	-1.085	-.271	29	14	11	24	44	118
<b>Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.</b>	5.03	1.264	-1.276	.931	5	6	24	30	53	122
<b>Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.</b>	4.74	1.489	-1.067	.227	14	9	22	44	42	109
<b>Me he sentido a gusto con el</b>	4.55	1.505	-.798	-.341	13	14	30	46	46	91

apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado. Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.	4.18	1.796	-.654	-.927	38	15	17	45	47	78
He pensado con calma en las cosas que no he podido resolver. Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.	4.14	1.719	-.624	-.805	35	12	23	55	45	70
Me he sentido segura para resolver mis problemas personales. Me he sentido fuera de control.	4.50	1.587	-.859	-.317	20	10	30	40	49	91
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	4.35	1.526	-.635	-.486	16	18	23	70	35	78
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	2.90	1.707	-.328	-1.170	81	24	44	41	28	22
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	4.45	1.782	-.858	-.645	32	12	19	34	40	103
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	4.82	1.411	-1.166	.504	10	11	22	32	60	105
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	4.82	1.519	-1.232	.558	17	6	19	38	41	119



<b>llevo con mis amigos. Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.</b>	4.60	1.508	-.863	-.270	13	12	33	37	49	96
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.</b>	4.26	1.826	-.698	-.918	38	11	24	34	43	90
<b>He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.</b>	4.10	1.690	-.527	-.832	32	12	31	60	34	71
<b>Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.</b>	4.68	1.467	-1.001	.175	14	8	25	46	49	98
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.</b>	4.67	1.764	-1.098	-.238	29	11	16	21	41	122
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o internado.</b>	4.95	1.285	-1.311	1.222	7	8	15	40	59	111
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.</b>	4.85	1.44	-1.231	.982	13	7	20	38	47	115
<b>Me he sentido a gusto con el</b>	4.59	1.512	-.850	-.266	13	15	25	48	43	96

cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.															
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.	4.19	1.872	-0.629	-1.060	42	12	22	36	38	90					
¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos en el último mes?	3.67	1.597	-0.251	-0.915	37	18	46	62	41	36					
¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos en el último mes?	4.69	1.436	1.000	.095	10	15	22	39	60	94					

**Tabla 20.**  
**Análisis descriptivos de los sentimientos evaluados (n=240)**

Sentimiento	M	DE	Sesgo	Curtosis	Frecuencia										
					0	1	2	3	4	5	3	7	8	9	10
Amor	7.73	3.155	-1.229	.136	12	4	11	9	8	17	5	5	18	33	118
Nervios	4.75	3.344	.135	-1.233	33	18	27	20	11	40	12	14	21	13	31
Alegría	8.05	2.745	-1.428	1.041	6	4	6	11	2	15	10	15	26	24	121
Enojo	4.50	3.656	.261	-1.411	45	26	27	14	14	26	7	11	16	16	38
Cariño	7.94	2.825	-1.374	.933	9	3	7	4	4	24	10	14	20	27	118
Miedo	4.95	3.678	.046	-1.457	44	14	26	14	8	35	8	8	23	15	45
Felicidad	8.24	2.695	-1.651	1.851	8	3	3	8	5	11	9	16	21	24	132
Preocupación	5.46	3.609	-.185	-1.396	35	12	25	10	6	34	12	14	22	21	49
Tranquilidad	7.01	3.073	-.687	-.768	7	8	12	15	10	29	12	18	21	25	83
Tristeza	5.16	3.800	-.017	-1.544	41	18	25	15	5	25	12	10	18	15	56

Es importante aclarar que en cuanto a intensidad de sentimientos, no se hicieron análisis de tendencias, de discriminación de reactivos, de confiabilidad y no fueron incluidos en el análisis factorial pues el objetivo únicamente fue evaluar la intensidad con la que las participantes experimentan diversas emociones tanto positivas como negativas. Las respuestas obtenidas permiten complementar aquéllas referentes a la frecuencia con la que exhiben dichos sentimientos y añaden información a la satisfacción global con sus condiciones de vida actuales. Todo ello porque de acuerdo con Kahneman et al. (1999), la intensidad y frecuencia con la que los individuos presentan distintas emociones influye en el nivel de bienestar subjetivo percibido. Razón por la cual tan sólo se mencionarán las características descriptivas de los mismos.

El reactivo ocho de la escala de regulación emocional (“Cuando me siento triste o muy nerviosa trato de tranquilizarme: TOMANDO DROGAS, COMIENDO MÁS, FUMANDO, TOMANDO ALCOHOL, HACIENDO EJERCICIO y/o HAGO OTRAS COSAS COMO”) contiene dos tipos de respuesta: una cuantitativa de tipo categórico (dicotómico

por categoría [si-no]: “Tomando drogas”, “Comiendo más”, “Fumando”, “Tomando alcohol”, “Haciendo ejercicio” y “Hago otras cosas”) (ver Tabla 21) y una cualitativa (“Cuando me siento triste o muy nerviosa, trato de tranquilizarme haciendo cosas como:”) (ver Tabla 22), que denotan la manera en la que las participantes se relajan para manejar su tristeza y ansiedad. Por el tipo de respuestas dicotómicas y cualitativas, dicho ítem no se incluyó en el análisis anterior, más a continuación se presentarán las respuestas dadas al mismo (ver Tablas 21 y 22). Cabe resaltar que una misma participante pudo haber elegido de una a varias categorías si emplea varios métodos para tranquilizarse al experimentar tales sentimientos negativos (p. ej.: tomando droga, haciendo ejercicio y hago otras cosas).

**Tabla 21.**

***Resultados cuantitativos del reactivo de la variable Regulación Emocional (n=240)***

<b>Cuando me siento triste o muy nerviosa trato de tranquilizarme:</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
Tomando drogas	3.3	8
Comiendo más	25	60
Fumando	2.9	7
Tomando alcohol	3.3	8
Haciendo ejercicio	36.7	88
Hago otras cosas	89.6	215

Como puede observarse, la mayoría de las participantes lleva a cabo diversas estrategias de relajación para regular emocionalmente su tristeza y ansiedad como el comer más, hacer actividad física y otras cosas que serán explicadas a continuación (ver Tabla 22). En menor grado, realizan estrategias disfuncionales para tranquilizarse cuando presentan tales sentimientos negativos, como el uso y abuso de sustancias.

Dentro de otras actividades a las que las participantes recurren como método de relajación que les permita regular sus emociones negativas de tristeza y ansiedad (ver Tabla 22), destacan jugar (n=61), platicar con una persona de su edad o mayor a quien le tengan confianza (n=44), escuchar música (n=28), dormir (n=26), dibujar (n=23), pensar en algo diferente (n=22), ver la televisión (n=22), estar con personas cercanas (p. ej.: familiares y amigos) (n=10), leer (n=9), llorar (n=9) y lastimarse cortándose o golpeándose (n=9).

**Tabla 22.**

***Resultados cualitativos del reactivo de la variable Regulación Emocional (n=240)***

<b>Edad</b>	<b>Cuando me siento triste o muy nerviosa, trato de tranquilizarme haciendo otras cosas como:</b>	<b>Edad</b>	<b>Cuando me siento triste o muy nerviosa, trato de tranquilizarme haciendo otras cosas como:</b>
9	Hablar	10	Jugar, dormir, ver la tele, platicar
10	Dormir	10	Reír
7	Jugar	12	Llorar
8	Jugar, platicar, pensar en otra cosa	8	Respirar
12	Rezar, platicar, pensar en otra cosa	13	No
12	Platicar, pensar en otra cosa	8	Abrazar a mi mamá
16	Jugar, platicar	8	Jugar, ver la tele, salir con amigos
12	Jugar	8	Hablar
17	Escuchar música, leer, hacer una carta	8	Jugar
13	Alejarme de la gente	8	Ver la tele
10	Jugar, platicar, pensar en otra cosa	8	Platicar
12	Pensar en otra cosa	8	Hablar
14	Dormir	8	Platicar
11	Ver la tele	8	Platicar
8	Llorar, jugar	8	Estar con amigos
9	Jugar	8	Jugar

8	Jugar	8	Platicar
10	Dormir, platicar	8	Jugar, ver la tele, dibujar
12	Jugar	7	Jugar
7	Comer dulces	7	Ver la tele
6	Jugar	7	Platicar
15	Pensar en otra cosa, platicar	7	Platicar
13	Platicar	7	Jugar
16	Escuchar música	7	Jugar
23	Ver la tele, leer, estar en internet	7	Jugar
15	Pensar en otra cosa, dibujar	7	Dormir
7	Jugar, dibujar	7	Jugar
16	Guardarme las cosas	7	Juntarme con mi familia
	Pensar en otra cosa, salir con amigos, escuchar		
18	música	8	Jugar, hacer manualidades
21	Ver la tele	7	Jugar, ver la tele, dibujar
15	Dibujar	6	Abrazar a mi mamá
16	Platicar	6	Dormir
20	Escuchar música	6	Platicar
21	Dormir	6	Jugar, leer, correr
16	Llorar, platicar con alguien	6	Platicar
14	Escuchar música	6	Platicar, pensar en otra cosa
11	Pegarle a la almohada	6	Jugar, dormir, platicar
12	Grafitear las paredes	6	Ver la tele, dormir, jugar
15	Cortarme	6	Platicar, ver la tele, jugar
13	Jugar, escuchar música, ver la tele, leer	6	Jugar, ver la tele, platicar
10	Jugar	6	Dormir, ver la tele
13	Dibujar, escuchar música	6	Jugar
11	Escuchar música	6	Platicar, pensar en otra cosa
11	Jugar, escuchar música, dibujar	6	Platicar
6	Ver la tele, escuchar música, jugar, dormir	7	Platicar, jugar
6	Jugar	7	Jugar, estar con mis compañeras
9	Jugar	8	Sentarme, aislarme
9	Golpearme, decirle groserías a mi mamá	7	Hablar, jugar, ayudar a mi mamá
10	Llorar, echarme la culpa, rezar	8	Jugar
9	No	7	Platicar, estar con alguien
10	Platicar	10	Jugar
9	Platicar	8	Jugar
9	Estudiar, ayudarle a mi mamá	8	No
10	No	9	No hablar, escuchar
9	No	8	Jugar
10	Leer	8	Jugar
10	Dormir	9	Correr
9	No	9	Platicar, buscar ayuda
10	No	7	Tomar medicamento
11	Jugar	9	Platicar
	Jugar, ver la tele, dibujar, dormir, escuchar		
11	música	7	Platicar, respirar
10	Ver la tele, jugar, dormir, escuchar música	8	Jugar
10	Ver la tele, jugar, dibujar	9	Correr
10	Ver la tele, jugar	9	Escuchar música
10	Esconderme, llorar	9	No
10	Estar con mi mamá y con mi amiga	9	No
10	Estar con mi mamá, jugar	9	Dormir, estar en la computadora
10	Jugar	10	Hacer quehacer
11	Jugar	10	No
10	Ver la tele	10	Escuchar música, estar con gente
11	Estar con mi familia y con mis amigos	10	Pensar en otra cosa
11	Ver la tele	10	Ignorar

11	No	10	Dormir, llorar
11	Pegarme, cortarme	10	Dormir
9	Pensar en otras cosas	10	Jugar
11	Jugar, dormir	12	Escribir
11	Respirar	10	No
12	Jugar, pensar en otra cosa	10	Jugar
12	No	12	Dibujar
11	Respirar	10	Jugar
12	No hablar y enojarme	10	Correr
11	Respirar	11	Jugar, llorar
13	Platicar, busco soluciones	11	Jugar, platicar, correr, saltar
12	Dormir, cantar, bailar	12	Ver tele, pensar en otra cosa
12	Platicar	12	Jugar, platicar
13	Pensar en otra cosa	11	Respirar
12	Escuchar música, estar en internet	12	Dibujar, correr
13	Estar en internet, platicar	11	Jugar
13	Reirme, pensar en otra cosa	12	Tomar agua, pensar en otra cosa
13	Dibujar, salir con amigos	13	Platicar con alguien
18	Respirar, pensar en otra cosa	14	No
8	Platicar	12	No
7	Platicar	12	Salir a la calle
12	No	17	Cortarme, pegar a la pared
12	Jugar, platicar	17	Leer, dibujar, escuchar música
14	Alejarme de las personas, no hablar con nadie	15	Escuchar música, saltar
12	Quedarme sentada	15	Escuchar música
13	Pensar en otra cosa	16	Salir con mi novio
14	Desquitarme con alguien	17	No
	Escuchar música, estar en internet, tocar un		
14	instrumento musical, dormir		
15	Pensar en otra cosa		
14	Dormir, leer		
17	Llorar, pensar en otra cosa		
18	Escuchar música, leer		
11	Respirar profundo		
10	Correr, pedir ayuda		
11	No		
13	Llorar		
17	No		
15	Escuchar música		
17	Hacer manualidades, dibujar, hacer quehacer		
15	No		
12	No		
12	No		
14	Dibujar, escribir		
16	Dormir, alejarse de la gente		
15	No		
15	Dibujar, dormir		
18	Escuchar música		
17	Escuchar música		
12	Dibujar, hacer quehacer		
11	Escuchar música, hacer quehacer		
19	Escuchar música, hacer quehacer		
16	Escuchar música, escribir, dormir		
15	Pensar en otra cosa		
15	Dibujar		
17	Hacer quehacer, salir a caminar		
14	Correr		
14	Pegarme con las manos		

13	Escuchar música
16	Escribir, dibujar
14	Dibujar
13	No
16	Dibujar, escribir, leer
14	Escribir, platicar
13	Dormir
13	Cortarme
15	Dibujar
15	Pegar a la pared
16	Escuchar música, dibujar, dormir
18	No

Nota. Las opciones con NO indican que la participante no seleccionó tal opción de respuesta.

Como puede observarse, a menor edad, es común que recurran al juego como estrategia de relajación ante emociones negativas. En contraste, a mayor edad, se observa que las participantes prefieren platicar con una persona cercana, escuchar música y estar en internet. Sin importar la edad, para tranquilizarse y poder manejar y controlar sus emociones realizan actividades como dormir, pensar en otra cosa, ver la televisión y dibujar. Por último, a mayor edad resalta la presencia de estrategias disfuncionales y perjudiciales como las conductas de automutilación, llorar y agredirse físicamente.

Posterior al análisis descriptivo de los reactivos por variable de estudio, se recodificaron ciertos ítemes de las pruebas de síntomas de ansiedad (p. ej.: “Creo en mí misma”), síntomas de depresión (p. ej.: “Siento que soy importante”) y asertividad (p. ej.: “Me molesta que me hagan ver mis errores”) de modo tal que a mayor puntuación, mayor presencia de la característica evaluada. Para las variables de regulación emocional y bienestar subjetivo, no hubo necesidad de recodificar los reactivos dadas las respuestas a los mismos. Así, de esta manera, se puede discernir entre las participantes que presentan niveles altos de ansiedad, depresión, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo, y aquéllas con niveles bajos. Una vez recodificados los reactivos, se conformaron conjuntos de participantes del primer (25) y tercer cuartiles (75) por variable para diferenciar entre puntajes altos y bajos. Esto es, se hicieron grupos extremos. Con tales grupos, se hizo un análisis de tendencias mediante una tabla de contingencias (crosstabs) (ver Tabla 23), y después un análisis de discriminación de reactivos usando la prueba t de Student (ver Tabla 24).

**Tabla 23.**

***Análisis de tendencias de los reactivos por grupos extremos por variable de estudio***

Reactivo		Nunca	Casi nunca (<20% del tiempo)	Pocas veces (20%-40% del tiempo)	A veces (40%-60% del tiempo)	Muchas veces (60%- 80% del tiempo)	Siempre o Casi siempre (>80% del tiempo)
<b>Sintomatología Ansiosa (n=120)</b>							
<b>Me preocupa cometer errores.</b>	n <sub>1</sub> (57)	10	6	13	12	6	10
	n <sub>2</sub> (63)	0	1	8	11	12	31
<b>Me distraigo muy fácil.</b>	n <sub>1</sub> (57)	17	14	14	8	1	3
	n <sub>2</sub> (63)	2	5	6	13	11	26
<b>Creo en mí misma.*</b>	n <sub>1</sub> (57)	40	7	6	1	3	0
	n <sub>2</sub> (63)	5	7	10	12	10	19

<b>Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.</b>	n <sub>1</sub> (57)	15	14	11	12	1	4
	n <sub>2</sub> (63)	0	1	6	17	17	22
<b>Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.</b>	n <sub>1</sub> (57)	24	9	9	12	3	0
	n <sub>2</sub> (63)	1	4	6	7	12	33
<b>Creo que puedo resolver mis problemas.*</b>	n <sub>1</sub> (57)	3	0	6	11	14	23
	n <sub>2</sub> (63)	14	5	20	7	9	8
<b>Siento que tengo muchos problemas en mi vida.</b>	n <sub>1</sub> (57)	19	10	12	10	2	4
	n <sub>2</sub> (63)	0	2	6	13	14	28
<b>Me preocupa que algo malo pueda pasarme.</b>	n <sub>1</sub> (57)	8	9	10	10	7	13
	n <sub>2</sub> (63)	2	0	2	8	9	42
<b>A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.</b>	n <sub>1</sub> (57)	20	16	10	4	2	5
	n <sub>2</sub> (63)	1	1	3	9	17	32

#### Sintomatología Depresiva (n=99)

<b>Me siento sola.</b>	n <sub>1</sub> (50)	24	14	10	1	1	0
	n <sub>2</sub> (49)	1	3	8	8	9	20
<b>Me siento triste.</b>	n <sub>1</sub> (50)	12	18	12	6	1	1
	n <sub>2</sub> (49)	2	0	4	11	14	18
<b>Siento que soy importante.*</b>	n <sub>1</sub> (50)	0	0	1	2	17	30
	n <sub>2</sub> (49)	12	7	9	11	4	6
<b>Siento que soy importante para otras personas.*</b>	n <sub>1</sub> (50)	0	1	2	6	16	25
	n <sub>2</sub> (49)	17	7	15	8	1	1
<b>Me gusta como soy.*</b>	n <sub>1</sub> (50)	0	0	0	0	13	37
	n <sub>2</sub> (49)	10	3	6	13	6	11
<b>Siento que hay personas que me ponen atención.*</b>	n <sub>1</sub> (50)	0	0	0	9	22	19
	n <sub>2</sub> (49)	10	5	13	16	1	4
<b>Pienso que hay personas que se preocupan por mí.*</b>	n <sub>1</sub> (50)	0	1	1	2	14	32
	n <sub>2</sub> (49)	11	2	13	11	6	6
<b>Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.</b>	n <sub>1</sub> (50)	20	10	8	6	3	3
	n <sub>2</sub> (49)	4	2	3	17	8	15
<b>Siento que me pasan puras cosas malas.</b>	n <sub>1</sub> (50)	25	12	6	3	1	3
	n <sub>2</sub> (49)	1	1	11	9	6	21

#### Asertividad (n=132)

<b>Puedo aceptar que hablen mal de mí.</b>	n <sub>1</sub> (60)	35	7	5	9	2	2
	n <sub>2</sub> (72)	24	5	18	11	7	7
<b>Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que</b>	n <sub>1</sub> (60)	3	1	3	14	16	23
	n <sub>2</sub> (72)	19	16	16	9	6	6

hablen mal de mí.*							
Puedo decirle a una persona lo que pienso.	n <sub>1</sub> (60)	19	12	12	12	0	5
	n <sub>2</sub> (72)	3	0	8	11	21	29
Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	n <sub>1</sub> (60)	15	8	10	18	5	4
	n <sub>2</sub> (72)	1	2	9	7	22	31
Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	n <sub>1</sub> (60)	21	8	16	6	5	4
	n <sub>2</sub> (72)	2	1	2	12	20	35
Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	n <sub>1</sub> (60)	19	6	15	14	0	6
	n <sub>2</sub> (72)	2	1	5	9	23	32
Puedo decirle a una persona que se portó mal.	n <sub>1</sub> (60)	28	9	14	6	0	3
	n <sub>2</sub> (72)	2	3	8	26	12	21
Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	n <sub>1</sub> (60)	17	11	11	12	3	6
	n <sub>2</sub> (72)	3	0	3	7	23	36
Me molesta que me hagan ver mis errores.*	n <sub>1</sub> (60)	6	3	11	14	7	19
	n <sub>2</sub> (72)	24	13	14	9	7	5

#### Regulación Emocional (n=110)

Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.	n <sub>1</sub> (50)	17	8	7	9	4	5
	n <sub>2</sub> (60)	4	4	6	13	9	24
Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito)	n <sub>1</sub> (50)	41	7	1	0	1	0
	n <sub>2</sub> (60)	15	3	7	22	6	7
Me pongo muy mal.	n <sub>1</sub> (50)	23	9	5	7	4	2
	n <sub>2</sub> (60)	4	1	4	19	11	21
Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras).	n <sub>1</sub> (50)	30	4	5	7	2	2
	n <sub>2</sub> (60)	2	1	5	10	10	32
Prefiero alejarme de la gente.	n <sub>1</sub> (50)	28	8	2	8	3	1
	n <sub>2</sub> (60)	8	1	4	21	8	18
Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco).	n <sub>1</sub> (50)	28	8	7	4	1	2
	n <sub>2</sub> (60)	2	1	6	15	12	24
Busco ayuda.	n <sub>1</sub> (50)	10	8	12	9	9	2
	n <sub>2</sub> (60)	3	2	2	15	11	27

#### Bienestar Subjetivo (n=123)

Me he sentido	n <sub>1</sub> (59)	17	5	6	14	4	13
---------------	---------------------	----	---	---	----	---	----



mal por algo que pasó de repente.	n <sub>2</sub> (64)	18	6	10	13	5	12
Me he sentido a gusto en mi familia.	n <sub>1</sub> (59)	18	6	8	10	4	13
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	3	4	7	49
Me he sentido a gusto en la escuela.	n <sub>1</sub> (59)	18	6	8	10	9	8
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	2	7	13	41
Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.	n <sub>1</sub> (59)	5	4	9	18	12	11
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	1	6	14	42
He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.	n <sub>1</sub> (59)	14	7	11	13	6	8
	n <sub>2</sub> (64)	8	2	4	13	17	20
Me he sentido a gusto con mi vida.	n <sub>1</sub> (59)	7	6	13	8	13	12
	n <sub>2</sub> (64)	1	1	2	3	17	40
He encontrado con que distraerme.	n <sub>1</sub> (59)	10	8	11	13	5	12
	n <sub>2</sub> (64)	3	5	4	8	14	30
He sentido que las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy.	n <sub>1</sub> (59)	13	4	10	14	8	10
	n <sub>2</sub> (64)	10	6	7	12	8	21
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.	n <sub>1</sub> (59)	17	8	7	12	8	7
	n <sub>2</sub> (64)	1	1	1	1	11	49
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.	n <sub>1</sub> (59)	3	4	13	12	12	15
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	2	0	12	50
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.	n <sub>1</sub> (59)	10	5	12	16	8	8
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	0	3	9	52
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	n <sub>1</sub> (59)	9	8	11	16	7	8
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	1	5	14	44
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.	n <sub>1</sub> (59)	20	7	7	13	6	6
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	0	4	15	44
He pensado con calma en las cosas que no he	n <sub>1</sub> (59)	14	9	10	8	7	11
	n <sub>2</sub> (64)	8	1	1	13	13	28

<b>podido resolver.</b>							
<b>Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.</b>	n <sub>1</sub> (59)	11	4	9	14	12	9
	n <sub>2</sub> (64)	2	1	3	4	10	44
<b>Me he sentido segura para resolver mis problemas personales.</b>	n <sub>1</sub> (59)	8	9	11	14	8	9
	n <sub>2</sub> (64)	2	1	2	17	6	36
<b>Me he sentido fuera de control.</b>	n <sub>1</sub> (59)	16	9	12	8	6	8
	n <sub>2</sub> (64)	24	8	10	11	8	3
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia.</b>	n <sub>1</sub> (59)	17	7	9	10	7	9
	n <sub>2</sub> (64)	1	1	1	5	7	49
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.</b>	n <sub>1</sub> (59)	7	6	10	11	13	12
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	1	4	14	44
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis amigos.</b>	n <sub>1</sub> (59)	7	6	10	11	13	12
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	1	4	14	44
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.</b>	n <sub>1</sub> (59)	9	3	12	17	11	7
	n <sub>2</sub> (64)	1	0	0	1	6	56
<b>Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.</b>	n <sub>1</sub> (59)	19	5	14	11	7	3
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	0	2	9	53
<b>He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.</b>	n <sub>1</sub> (59)	13	6	10	10	11	9
	n <sub>2</sub> (64)	2	0	1	13	8	40
<b>Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.</b>	n <sub>1</sub> (59)	6	4	14	16	11	8
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	4	3	10	47
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.</b>	n <sub>1</sub> (59)	16	8	6	9	9	11
	n <sub>2</sub> (64)	2	0	0	2	4	56
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o</b>	n <sub>1</sub> (59)	5	3	11	17	14	9
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	0	5	12	47

<b>internado.</b>							
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.</b>	n <sub>1</sub> (59)	10	4	9	16	11	9
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	1	2	7	54
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.</b>	n <sub>1</sub> (59)	11	9	14	15	8	2
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	0	2	11	51
<b>Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.</b>	n <sub>1</sub> (59)	23	9	10	8	5	4
	n <sub>2</sub> (64)	0	0	0	6	9	49
<b>¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos en el último mes?</b>	n <sub>1</sub> (59)	6	2	12	11	14	14
	n <sub>2</sub> (64)	14	9	7	21	4	9
<b>¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos en el último mes?</b>	n <sub>1</sub> (59)	4	10	7	13	16	9
	n <sub>2</sub> (64)	0	1	1	4	16	42

Nota. \*Reactivos que se recodificaron. n<sub>1</sub>=Grupo con puntuaciones bajas en cada variable. n<sub>2</sub>=Grupo con puntuaciones altas en cada variable.

Los resultados muestran, con base en el análisis de tendencias usando una tabla de contingencias (crosstabs), que los grupos extremos crecen y decrecen en la dirección esperada (el grupo con puntuaciones bajas incrementa hacia las opciones de respuesta a veces, pocas veces, casi nunca y nunca, y el grupo con puntuaciones altas aumenta hacia las opciones de respuesta a veces, muchas veces, siempre o casi siempre), con excepción de los reactivos de la variable Bienestar Subjetivo “Me he sentido fuera de control”, “He sentido que las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy” y “Me he sentido mal por algo que pasó de repente”. El comportamiento de ambas agrupaciones refleja tendencias similares en dichos ítems.

Respecto al análisis de discriminación de reactivos mediante la prueba t de Student, se observa que todos los ítems discriminaron con excepción de “Me he sentido fuera de control”, “He sentido que las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy” y “Me he sentido mal por algo que pasó de repente”, de la variable Bienestar Subjetivo (ver Tabla 24).

**Tabla 24.**  
**Análisis de discriminación de los reactivos por variable de estudio**

Reactivo	t	gl	p	95% IC	
				LI	LS
<b>Sintomatología Ansiosa (n<sub>1</sub>=57, n<sub>2</sub>=63, n<sub>total</sub>=120)</b>					
Me preocupa cometer errores.	-5.833	118	.000**	-2.042	-1.007
Me distraigo muy fácil.	-8.309	118	.000**	-2.674	-1.645
Creo en mí misma.	-4.882	118	.000**	-1.772	-.749
Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.	-9.281	118	.000**	-2.617	-1.697

Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	-10.669	118	.000**	-3.145	-2.160
Creo que puedo resolver mis problemas.	-5.498	118	.000**	-2.089	-.982
Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	-9.490	118	.000**	-2.826	-1.850
Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	-6.286	118	.000**	-2.213	-1.152
A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	-11.218	118	.000**	-3.221	-2.254
<b>Sintomatología Depresiva (n<sub>1</sub>=50, n<sub>2</sub>=49, n<sub>total</sub>=99)</b>					
Me siento sola.	-11.629	97	.000**	-3.317	-2.350
Me siento triste.	-10.048	97	.000**	-2.918	-1.955
Siento que soy importante.	-9.353	97	.000**	-2.906	-1.889
Siento que soy importante para otras personas.	-12.314	97	.000**	-3.265	-2.358
Me gusta como soy.	-7.759	97	.000**	-2.544	-1.508
Siento que hay personas que me ponen atención.	-9.139	97	.000**	-2.554	-1.642
Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	-8.247	97	.000**	-2.671	-1.635
Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	-6.416	97	.000**	-2.576	-1.359
Siento que me pasan puras cosas malas.	-9.215	97	.000**	-3.176	-2.050
<b>Asertividad (n<sub>1</sub>=60, n<sub>2</sub>=72, n<sub>total</sub>=132)</b>					
Puedo aceptar que hablen mal de mí.	-3.130	130	.002**	-1.419	-.320
Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.	-7.836	130	.000**	-2.515	-1.501
Puedo decirle a una persona lo que pienso.	-9.172	130	.000**	-2.729	-1.760
Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	-7.888	130	.000**	-2.390	-1.432
Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	-10.410	130	.000**	-2.949	-2.007
Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	-9.199	130	.000**	-2.707	-1.749
Puedo decirle a una persona que se portó mal.	-9.910	130	.000**	-2.766	-1.845
Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	-9.370	130	.000**	-2.789	-1.817
Me molesta que me hagan ver mis errores.	-5.242	130	.000**	-2.047	-.925
<b>Regulación Emocional (n<sub>1</sub>=50, n<sub>2</sub>=60, n<sub>total</sub>=110)</b>					
Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa	-5.462	108	.000**	-2.340	-1.094
Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito)	-8.349	108	.000**	-2.607	-1.606
Me pongo muy mal	-7.971	108	.000**	-2.826	-1.701
Me digo cosas a mí misma para sentirme mejo (me echo porras)	-10.923	108	.000**	-3.493	-2.420
Prefiero alejarme de la gente	-7.293	108	.000**	-2.764	-1.583
Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco)	-10.974	108	.000**	-3.314	-2.300
Busco ayuda	-6.274	108	.000**	-2.281	-1.186
<b>Bienestar Subjetivo (n<sub>1</sub>=59, n<sub>2</sub>=64, n<sub>total</sub>=123)</b>					
Me he sentido mal por algo que pasó de repente.	.317	121	.752	-.563	.778
Me he sentido a gusto en mi familia.	-8.547	121	.000**	-2.843	-1.774
Me he sentido a gusto en la escuela.	-8.719	121	.000**	-2.764	-1.741
Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.	-6.742	121	.000**	-1.876	-1.025
He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.	-3.813	121	.000**	-1.752	-.554
Me he sentido a gusto con mi vida.	-6.333	121	.000**	-2.046	-1.071
He encontrado con que distraerme.	-4.352	121	.000**	-1.850	-.693
He sentido que las cosas que me pasan tienen que ver con cómo soy.	-1.566	121	.120	-1.148	.134
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.	-9.852	121	.000**	-2.991	-1.990
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.	-7.528	121	.000**	-1.914	-1.117
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.	-10.591	121	.000**	-2.659	-1.821
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	-9.601	121	.000**	-2.537	-1.670
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.	-11.041	121	.000**	-3.120	-2.171
He pensado con calma en las cosas que no he podido resolver.	-4.287	121	.000**	-1.975	-.727

Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.	-6.445	121	.000**	-2.220	-1.177
Me he sentido segura para resolver mis problemas personales.	-5.832	121	.000**	-2.036	-1.004
Me he sentido fuera de control.	1.193	121	.235	-.240	.966
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia.	-9.053	121	.000**	-2.897	-1.857
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	-7.118	121	.000**	-2.107	-1.190
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis amigos.	-9.996	121	.000**	-2.559	-1.713
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.	-13.503	121	.000**	-2.926	-2.178
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.	-14.212	121	.000**	-3.360	-2.539
He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.	-6.767	121	.000**	-2.337	-1.279
Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.	-8.337	121	.000**	-2.206	-1.359
Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.	-8.890	121	.000**	-2.910	-1.850
Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o internado.	-8.458	121	.000**	-2.044	-1.269
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.	-9.546	121	.000**	-2.519	-1.654
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	-14.085	121	.000**	-3.038	-2.289
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.	-14.042	121	.000**	-3.532	-2.659
¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos en el último mes?	2.856	121	.005**	.257	1.420
¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos en el último mes?	-7.341	121	.000**	-2.032	-1.169

\*\*p<0.01

Los reactivos que no discriminaron no fueron tomados en cuenta para los análisis subsecuentes; así como también, no se incluyeron los reactivos “¿Qué tanto has sentido sentimientos negativos en el último mes?” y “¿Qué tanto has sentido sentimientos positivos en el último mes?” de la variable Bienestar Subjetivo por medir aspectos diferentes pero relacionados a dicha variable de acuerdo con Kahneman et al. (1999). Como tal, de los 31 reactivos se usaron 26 para los análisis posteriores.

Después, se procedió a efectuar un análisis factorial exploratorio con el fin de obtener la validez de constructo del inventario. Para ello, primero se realizó un análisis de correlación de los reactivos por escala usando la fórmula de Pearson para determinar el tipo de rotación a utilizar en el análisis factorial. Debido a que en todos los instrumentos la mayoría de las correlaciones de Pearson resultantes fueron bajas (menores a 0.40), se utilizó la rotación ortogonal obteniéndose los resultados presentados a continuación (ver Tabla 25).

Para las variables Sintomatología Depresiva y Regulación Emocional se obtuvo una estructura factorial compuesta por dos factores cada una que en conjunto explican entre el 49.321%-49.850% de la varianza total. En el caso de la variable Sintomatología Ansiosa, la disposición factorial revela un factor y dos indicadores<sup>17</sup> que explican conjuntamente el 56% de la varianza total. Referente a la variable Asertividad, se encontró una composición factorial conformada por dos factores y un indicador que en conjunto explican el 52% de la varianza total. Finalmente, para Bienestar Subjetivo se consiguió una configuración factorial constituida por cinco factores y un indicador que explican en total el 61% de la varianza (ver tabla 25).

<sup>17</sup>Se denomina indicador cuando está conformado por dos o menos reactivos. Factor es aquella agrupación de variables conformada por mínimo tres o más.

**Tabla 25.**  
**Análisis factorial exploratorio por variable de estudio**

Factor/Indicador	Valor Eigen	Porcentaje de Varianza Explicada	
		Por Factor	Total
<b>Sintomatología Ansiosa</b>			
1	2.262	28.271	28.271
2	1.166	14.577	42.849
3	1.055	13.186	56.035
<b>Sintomatología Depresiva</b>			
1	2.961	32.903	32.903
2	1.525	16.946	49.850
<b>Asertividad</b>			
1	2.287	25.409	25.409
2	1.256	13.958	39.367
3	1.143	12.705	52.072
<b>Regulación Emocional</b>			
1	1.836	26.224	26.224
2	1.617	23.097	49.321
<b>Bienestar Subjetivo</b>			
1	7.272	27.970	27.970
2	2.723	10.474	38.444
3	2.156	8.291	46.735
4	1.404	5.398	52.133
5	1.258	4.839	56.973
6	1.063	4.089	61.062

Como puede constatar, los porcentajes de varianza explicada están dentro de lo esperado  $\geq 49\%$ , indicando, así, que cada escala cuenta con validez de constructo.

Igualmente, se determinó la composición de cada factor incluyendo sólo los reactivos con cargas factoriales igual o mayores a  $\pm 0.30$  (ver Tabla 26). Por ende, se eliminaron reactivos con pesos factoriales inferiores al indicado y que estuvieron en más de un factor con cargas sustanciales; es decir, mayores a  $\pm 0.40$  de acuerdo a la teoría psicométrica (Nunnally, 1995). Como puede observarse, dados los resultados obtenidos mediante el análisis factorial únicamente se desechó el ítem “Me preocupa cometer errores” de la prueba de Síntomas de Ansiedad pues cargaba en más de un factor.

**Tabla 26.**  
**Estructura factorial por variable de estudio**

Reactivo	Factor					
	1	2	3	4	5	6
<b>Sintomatología Ansiosa</b>						
Me distraigo muy fácil.	.738					
A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	.711					
Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	.688					
Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	.340					
Me preocupa que algo malo pueda pasarme.		.807				
Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.		.616				
Creo en mí misma.			.773			
Creo que puedo resolver mis problemas.			.738			
<b>Sintomatología Depresiva</b>						
Siento que soy importante para otras personas.	.780					
Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	.762					
Siento que soy importante.	.667					
Me gusta como soy.	.642					
Siento que hay personas que me ponen atención.	.605					

Me siento sola.	.716		
Me siento triste.	.696		
Siento que me pasan puras cosas malas.	.679		
Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	.615		
<b>Asertividad</b>			
Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	.710		
Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	.696		
Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	.693		
Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	.605		
Me molesta que me hagan ver mis errores.	.802		
Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.	.745		
Puedo aceptar que hablen mal de mí.		.806	
Puedo decirle a una persona lo que pienso.		.554	
Puedo decirle a una persona que se portó mal.		.521	
<b>Regulación Emocional</b>			
Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco)	.722		
Prefiero alejarme de la gente	.674		
Me pongo muy mal	.661		
Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito)	.606		
Busco ayuda	.747		
Me digo cosas a mí misma para sentirme mejo (me echo porras)	.717		
Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa	.675		
<b>Bienestar Subjetivo</b>			
Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o internado.	.796		
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.	.709		
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	.698		
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	.650		
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	.648		
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.	.609		
Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.	.472		
Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.	.342		
Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.	.900		
Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.	.862		
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia.	.856		
Me he sentido a gusto en mi familia.	.833		
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.		.796	
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.		.761	
Me he sentido a gusto en la escuela.		.759	
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.		.739	
Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis amigos.		.791	
Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.		.662	
Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.		.617	
He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.			.712

He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.	.694
Me he sentido segura para resolver mis problemas personales.	.616
He pensado con calma en las cosas que no he podido resolver.	.502
Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.	.478
He encontrado con que distraerme.	.668
Me he sentido a gusto con mi vida.	.587

Una vez determinada la configuración factorial por instrumento, se hizo un análisis de confiabilidad de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach encontrando niveles adecuados de confiabilidad por factor dado el número reducido de reactivos (ver Tabla 27):

**Tabla 27.**  
**Análisis de confiabilidad de los factores por variable de estudio**

Factor/Indicador	Reactivos	Peso Factorial	Alfa de Cronbach
<b>Sintomatología Ansiosa (n=8 reactivos)</b>			
1. Síntomas Cognitivos Negativos	Me distraigo muy fácil.	.738	0.589
	A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	.711	
	Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	.688	
2. Síntomas Afectivos Negativos	Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	.340	0.411
	Me preocupa que algo malo pueda pasarme.	.807	
3. Síntomas Cognitivos Positivos	Hay cosas que me hacen sentir mucho miedo.	.616	
	Creo en mí misma.	.773	
	Creo que puedo resolver mis problemas.	.738	0.353
<b>Sintomatología Depresiva (n=9 reactivos)</b>			
1. Síntomas Cognitivo-Afectivos Positivos	Siento que soy importante para otras personas.	.780	0.746
	Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	.762	
	Siento que soy importante.	.667	
	Me gusta como soy.	.642	
2. Síntomas Cognitivo-Afectivos Negativos	Siento que hay personas que me ponen atención.	.605	0.629
	Me siento sola.	.716	
	Me siento triste.	.696	
	Siento que me pasan puras cosas malas.	.679	
	Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	.615	
<b>Asertividad (n=9 reactivos)</b>			
1. Expresión de Sentimientos Negativos	Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	.710	0.634
	Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	.696	
	Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	.693	
2. Admitir Deficiencias y Limitaciones Personales	Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	.605	0.457
	Me molesta que me hagan ver mis errores.	.802	
3. Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales	Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.	.745	0.336
	Puedo aceptar que hablen mal de mí.	.806	
	Puedo decirle a una persona lo que pienso.	.554	
	Puedo decirle a una persona que se portó mal.	.521	
<b>Regulación Emocional (n=7 reactivos)</b>			
1. Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional	Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco)	.722	0.593
	Prefiero alejarme de la gente	.674	



	Me pongo muy mal	.661	
	Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito)	.606	
<b>2. Estrategias Funcionales de Regulación Emocional</b>	Busco ayuda	.747	
	Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras)	.717	0.533
	Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa	.675	
<b>Bienestar Subjetivo (n=26 reactivos)</b>			
	Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o internado.	.796	
	Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.	.709	
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el personal de la casa hogar o internado.	.698	
<b>1. Satisfacción Institucional</b>	Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	.650	0.841
	Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar o internado.	.648	
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.	.609	
	Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.	.472	
	Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.	.342	
	Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.	.900	
<b>2. Satisfacción Familiar</b>	Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.	.862	0.908
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia.	.856	
	Me he sentido a gusto en mi familia.	.833	
	Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.	.796	
<b>3. Satisfacción Escolar</b>	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.	.761	0.860
	Me he sentido a gusto en la escuela.	.759	
	Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.	.739	
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis amigos.	.791	
<b>4. Satisfacción Interpersonal</b>	Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.	.662	0.724
	Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.	.617	
	He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.	.712	
<b>5. Habilidades de Solución de Problemas</b>	He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.	.694	0.642
	Me he sentido segura para resolver mis problemas personales.	.616	
	He pensado con calma en las cosas que no he podido resolver.	.502	
	Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.	.478	
<b>6. Satisfacción Intrapersonal</b>	He encontrado con que distraerme.	.668	
	Me he sentido a gusto con mi vida.	.587	0.392

Al tener la confiabilidad de los factores de las variables de estudio, se procedió por hacer un análisis descriptivo de los mismos encontrando lo siguiente (ver Tabla 28):

**Tabla 28.**

***Datos descriptivos de los factores por variable de estudio***

Factor/Indicador	Número de Reactivos	Media Teórica	Media Muestral	Desviación Muestral	Rango Muestral
<b>Sintomatología Ansiosa</b>					
1. Síntomas Cognitivos Negativos	4	3	3.89	1.11	1-6
2. Síntomas Afectivos Negativos	2	3	2.53	1.12	1-6
3. Síntomas Cognitivos Positivos	2	3	4.12	1.24	1-6
<b>Sintomatología Depresiva</b>					
1. Síntomas Cognitivo-Afectivos Positivos	5	3	2.51	1.05	1-6
2. Síntomas Cognitivo-Afectivos Negativos	4	3	3.51	1.11	1-6
<b>Asertividad</b>					
1. Expresión de Sentimientos Negativos	4	3	4.08	1.15	1-6
2. Admitir Deficiencias y Limitaciones Personales	2	3	3.33	1.42	1-6
3. Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales	3	3	3.20	1.08	1-6
<b>Regulación Emocional</b>					
1. Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional	4	3	3.82	1.26	1-6
2. Estrategias Funcionales de Regulación Emocional	3	3	3.28	0.95	1-6
<b>Bienestar Subjetivo</b>					
1. Satisfacción Institucional	8	3	4.75	0.98	1-6
2. Satisfacción Familiar	4	3	4.56	1.57	1-6
3. Satisfacción Escolar	4	3	4.24	1.52	1-6
4. Satisfacción Interpersonal	3	3	4.72	1.16	1-6
5. Habilidades de Solución de Problemas	5	3	4.16	1.05	1-6
6. Satisfacción Intrapersonal	2	3	4.46	1.26	1-6

Posteriormente, se definieron los factores basándose en su contenido y congruencia conceptual (ver Tabla 29).

**Tabla 29.**

***Definición de los factores por variable de estudio***

Factor/Indicador	Definición
<b>Sintomatología Ansiosa</b>	
1. Síntomas Cognitivos Negativos	Pensamientos negativos y disfuncionales asociados a la ansiedad que interfieren con el progreso en la consecución de las metas personales.
2. Síntomas Afectivos Negativos	Reacción emocional desagradable, a menudo perturbadora, que expresa un afecto negativo asociado a la ansiedad y que no conduce al progreso en la consecución

3. <b>Síntomas Cognitivos Positivos</b>	de las metas personales. Pensamientos positivos y funcionales asociados a la ansiedad que conllevan al progreso en la consecución de las metas personales.
<b>Sintomatología Depresiva</b>	
1. <b>Síntomas Cognitivo-Afectivos Positivos</b>	Pensamientos sobre uno mismo y los demás y emociones, positivos y funcionales asociados a la depresión que facilitan el progreso en la consecución de las metas individuales.
2. <b>Síntomas Cognitivo-Afectivos Negativos</b>	Pensamientos sobre uno mismo y los demás y emociones, negativos y disfuncionales asociados a la depresión que dificultan el progreso en la consecución de las metas individuales.
<b>Asertividad</b>	
1. <b>Expresión de Sentimientos Negativos</b>	Expresar sentimientos negativos de manera honesta, clara y oportuna respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.
2. <b>Admitir Deficiencias y Limitaciones Personales</b>	Disculparse o admitir ignorancia en ciertas áreas y/o que se tienen dificultades ante otros de manera honesta, clara y oportuna respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.
3. <b>Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales</b>	Expresar deseos, pensamientos y opiniones personales de manera honesta, clara y oportuna respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.
<b>Regulación Emocional</b>	
1. <b>Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional</b>	Manejo y control inadecuado de emociones negativas que conllevan a la expresión no constructiva de las mismas, imposibilitando, así, la consecución de las metas propias.
2. <b>Estrategias Funcionales de Regulación Emocional</b>	Manejo y control adecuado de emociones negativas que conllevan a la expresión constructiva de las mismas, posibilitando, así, la consecución de las metas propias.
<b>Bienestar Subjetivo</b>	
1. <b>Satisfacción Institucional</b>	Satisfacción percibida en el ámbito institucional y que incluye el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales sanas y funcionales con el personal de la organización y sus demás compañeros(as).
2. <b>Satisfacción Familiar</b>	Satisfacción percibida en el contexto familiar y que incluye el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales sanas y funcionales con los miembros de la familia.
3. <b>Satisfacción Escolar</b>	Satisfacción percibida en el entorno escolar y que incluye principalmente, el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales sanas y funcionales con los compañeros(as) de la escuela.
4. <b>Satisfacción Interpersonal</b>	Satisfacción percibida en las relaciones interpersonales establecidas con el grupo de pares.
5. <b>Habilidades de Solución de Problemas</b>	Habilidades conductuales y cognitivas que median las reacciones emocionales y que el individuo emplea cuando afronta situaciones estresantes o problemáticas.
6. <b>Satisfacción Intrapersonal</b>	Satisfacción percibida con las condiciones de vida actuales.

Por último, como parte del procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante y para obtener más indicadores de las características de confiabilidad y validez de los instrumentos adaptados, se realizó un análisis factorial confirmatorio incluyendo únicamente los factores más no los indicadores de las escalas por variable de estudio. Ello debido a que para dicho análisis sólo se toma en consideración a los factores con un mínimo de tres reactivos (ver Tabla 30a).

**Tabla 30a.**  
**Análisis factorial confirmatorio por variable de estudio**

	Índices de Ajuste							90%IC				
	X <sup>2</sup>	gl	p	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	LI	LS	p
Sintomatología Ansiosa	1.54	2	.463	.98**	.95**	1.01**	1.02**	1.00**	.000	.000	.119	.641
Sintomatología Depresiva	35.28	26	.106	.91**	.88	.98**	.97**	.98**	.04	.000	.068	.703
Asertividad	20.44	13	.085	.87	.80	.95**	.92**	.95**	.04	.000	.088	.472
Regulación Emocional	26.50*	13	.015	.84	.74	.91**	.85	.91**	.06	.023	.102	.209
Bienestar Subjetivo	353.83*	199	.000	.85	.82	.93**	.91**	.93**	.05	.047	.067	.114

Nota. \*El valor de la Chi-cuadrado ajustado ( $X^2/gl$ ) tanto para la variable Regulación Emocional ( $X^2=2.04$ ) como para la variable Bienestar Subjetivo ( $X^2=1.78$ ) son menores a tres. Por tanto, tomando en consideración que los otros índices de ajuste son adecuados, se acepta dicho valor como indicador del buen ajuste del modelo. Ello ocurre porque cuando las muestras son mayores a 200 individuos, es común que la Chi-cuadrada sea significativa (Kline, 2011).

\*\*>=0.90

Los resultados obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio muestran, sin eliminar ítem alguno, valores de Chi-cuadrada no significativos, índices de ajuste superiores al indicado ( $\geq 0.90$ ) en por lo menos dos indicadores, y valores de RMSEA no significativos comprendidos entre el intervalo de confianza establecido (LI90-LS90), para los instrumentos de Sintomatología Ansiosa, Sintomatología Depresiva, Asertividad y Regulación Emocional. Por consiguiente, dichas escalas cuentan con consistencia interna y validez para que puedan ser retomadas en investigaciones y aplicaciones posteriores con poblaciones similares. Esto es, se tiene mayor certeza de las propiedades psicométricas de las mismas.

Referente a la variable Bienestar Subjetivo, para obtener mejores características de confiabilidad y validez con base en los resultados del análisis factorial confirmatorio, se eliminaron los reactivos “Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la casa hogar” y “Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la casa hogar”. Empero, por ser ítems imprescindibles para la presente investigación puesto que evalúan el grado de satisfacción institucional, y tomando en cuenta que el análisis factorial exploratorio reveló valores adecuados de confiabilidad ( $>0.80$ ) y validez ( $>0.55$ ) y que éstos índices disminuyen si se eliminan tales ítems, dichos reactivos se siguieron incluyendo para los análisis y etapas subsecuentes (Etapa III: Intervención).

Adicionalmente, mediante el análisis factorial confirmatorio se pueden obtener indicadores de la validez convergente (ver Tabla 30b) y discriminante de los instrumentos. Como tal, dado que las cargas factoriales alcanzadas fueron significativas estadísticamente al  $p < .01$  con excepción de dos reactivos del factor Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales de la variable Asertividad, se concluye que las escalas de Sintomatología Ansiosa y Depresiva, Regulación Emocional y Bienestar Subjetivo cuentan con índices de validez convergente. Esto es, los reactivos de cada factor por variable son homogéneos entre sí y miden consistentemente el factor al que pertenecen. Respecto de la validez discriminante, únicamente las pruebas de Asertividad ( $r_{\text{Factores}} = .604$ ,  $p = .149$ ) y de Regulación Emocional ( $r_{\text{Factores}} = -.062$ ,  $p = .575$ ) presentan indicios de validez discriminante ya que las correlaciones entre los factores no fueron significativas estadísticamente. Es decir, los factores que conforman dichos instrumentos son independientes entre sí y evalúan aspectos diferentes del constructo en cuestión.

Tabla 30b.

**Cargas factoriales de los reactivos según el Análisis Factorial Confirmatorio**

Factor	Reactivo	Peso Factorial	p
<b>Sintomatología Ansiosa</b>			
<b>Síntomas Cognitivos Negativos</b>	Me distraigo muy fácil.	.552	.000**
	Cuando me pasa algo malo, paso todo el día pensando en eso.	.543	.000**
	Siento que tengo muchos problemas en mi vida.	.360	.000**
	A veces siento tanto miedo que quisiera salir corriendo.	.605	.000**
<b>Sintomatología Depresiva</b>			
<b>Síntomas Cognitivo-Afectivos Negativos</b>	Me siento sola.	.691	.000**
	Me siento triste.	.616	.000**
	Me cuesta trabajo empezar a hacer algo.	.322	.000**
	Siento que me pasan puras cosas malas.	.565	.000**
<b>Síntomas Cognitivo-Afectivos Positivos</b>	Siento que soy importante.	.640	.000**
	Siento que soy importante para otras personas.	.711	.000**
	Me gusta como soy.	.554	.000**
	Siento que hay personas que me ponen atención.	.511	.000**
	Pienso que hay personas que se preocupan por mí.	.633	.000**
<b>Asertividad</b>			
<b>Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales</b>	Puedo aceptar que hablen mal de mí.	.142	.000**
	Puedo decirle a una persona lo que pienso.	.585	.146
	Puedo decirle a una persona que se portó mal.	.377	.147
	Puedo decirle a una persona cuando algo me preocupa.	.485	.000**
<b>Expresión de Sentimientos Negativos</b>	Puedo pedirle a una persona enfrente de otras que me deje de molestar.	.571	.000**
	Puedo decirle a una persona cuando no estoy de acuerdo con algo.	.540	.000**
	Puedo decirle a una persona cuando algo me molesta.	.615	.000**
<b>Regulación Emocional</b>			
<b>Estrategias Funcionales de Regulación Emocional</b>	Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa	.462	.001**
	Me digo cosas a mí misma para sentirme mejor (me echo porras)	.462	.001**
	Busco ayuda	.681	.000**
<b>Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional</b>	Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito)	.421	.000**
	Me pongo muy mal	.530	.000**
	Prefiero alejarme de la gente	.533	.000**
	Hago las cosas sin pensar (soy aventada, soy impulsiva, me aviento a lo loco)	.564	.000**
<b>Bienestar Subjetivo</b>			
<b>Satisfacción Familiar</b>	Me he sentido a gusto en mi familia.	.788	.000**
	Me he sentido a gusto con el apoyo que me da mi familia.	.861	.000**
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mi familia.	.824	.000**
	Me he sentido a gusto con el cariño que me da mi familia.	.903	.000**
	Me he sentido a gusto en la casa hogar o internado.	.397	.000**
<b>Satisfacción Institucional</b>	Me he sentido a gusto con el apoyo que me da el personal de la casa hogar o internado.	.625	.000**
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con el	.712	.000**

	personal de la casa hogar o internado.		
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la casa hogar o internado.	.742	.000**
	Me he sentido a gusto con el cariño que me da el personal de la casa hogar o internado.	.689	.000**
	Me he sentido a gusto con mis actividades diarias.	.494	.000**
<b>Satisfacción Interpersonal</b>	Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis amigos.	.620	.000**
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis amigos.	.671	.000**
	Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis amigos.	.763	.000**
	Me he sentido a gusto con cómo me llevo con mis compañeros de la escuela.	.880	.000**
<b>Satisfacción Escolar</b>	Me he sentido a gusto en la escuela.	.636	.000**
	Me he sentido a gusto con el apoyo que me dan mis compañeros de la escuela.	.774	.000**
	Me he sentido a gusto con el cariño que me dan mis compañeros de la escuela.	.817	.000**
	He pensado con calma en las cosas que no he podido resolver.	.474	.000**
	Me he sentido a gusto por la manera en que he aceptado cambios nuevos en mi vida.	.563	.000**
<b>Habilidades de Solución de Problemas</b>	Me he sentido segura para resolver mis problemas personales.	.566	.000**
	He sentido que puedo hacer frente a los problemas que se me presenten.	.515	.000**
	He sentido que he podido superar los problemas que he tenido.	.457	.000**

Nota. Únicamente se incluyen los reactivos que no fueron eliminados y los factores con un mínimo de tres reactivos.

\*\*p<.01

Finalmente, como parte de los resultados de la Etapa IIB (Validación de instrumentos), se obtuvieron índices por variable de estudio, correlaciones entre éstas mediante el coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 31), y diferencias por características sociales en dichas variables usando la Chi-cuadrada en el caso de variables categóricas (Frecuencia de Sentimientos Positivos y Negativos y Sí se es o No víctima de distintas formas de maltrato) (ver Tabla 32), la prueba t de Student con solo dos grupos a contrastar (Víctimas o No de diversos tipos de maltrato) (ver Tabla 33), y el análisis de varianza univariado cuando se tuvieron tres o más grupos de comparación (Tiempo de estancia en la institución y Grupos de Edad) (ver Tablas 34 y 35).

Los resultados muestran que de las 240 participantes, el 81.67% (n=196) presenta sintomatología ansiosa, el 47.08% (n=113) sintomatología depresiva, el 21.67% (n=52) inasertividad, el 27.92% (n=67) falta de regulación emocional y el 2.92% (n=7) un bajo nivel de bienestar subjetivo. Así mismo, el 15% (n=36) experimenta sentimientos negativos más del 80% del tiempo, y el 10.42% (n=25) exhibe menos del 20% del tiempo, sentimientos positivos. También, en cuanto a la intensidad de las emociones, el 49.58% (n=119) expresa aquéllas negativas con gran intensidad y el 13.34% (n=32) emociones positivas con poco vigor.

En cuanto a las correlaciones entre las variables de estudio (ver Tabla 31), el coeficiente de correlación de Pearson reveló que a mayor sintomatología ansiosa, mayor sintomatología depresiva y viceversa, disminuye la probabilidad de ser asertivo, incrementa el índice de regulación emocional cuando las estrategias de regulación

empleadas son disfuncionales, el nivel de bienestar subjetivo es menor al igual que la fuerza con la que se exhiben emociones positivas, y aumenta la magnitud de las emociones negativas. Niveles altos de depresión correlacionan con bajos índices de asertividad, bienestar subjetivo y con una menor intensidad de sentimientos positivos. En contraste, al incrementar los síntomas de depresión, aumentan tanto el índice de regulación emocional cuando se usan estrategias inadecuadas para manejar y controlar los sentimientos, como el vigor con el que se experimentan emociones negativas. Por su parte, a mayor asertividad, mayores la regulación emocional al utilizar estrategias de regulación apropiadas, el bienestar subjetivo y la fuerza con la que se presentan sentimientos positivos. Mientras que, bajos niveles de asertividad se asocian con una alta intensidad de emociones negativas. Referente a la regulación emocional, ésta se relaciona con la magnitud de sentimientos positivos y negativos. El nivel de bienestar subjetivo corresponde con incrementos y decrementos en la intensidad con la que se expresan emociones positivas y negativas respectivamente. Finalmente, si se experimentan sentimientos positivos disminuye la intensidad de los negativos.

**Tabla 31.**  
**Correlaciones entre las variables de estudio (n=240)**

Variables de Estudio	Sintomatología Depresiva	Asertividad	Regulación Emocional	Bienestar Subjetivo	Intensidad de Sentimientos Positivos	Intensidad de Sentimientos Negativos
Sintomatología Ansiosa	.541**	-.311**	.210**	-.269**	-.251**	.488**
Sintomatología Depresiva	1	-.401**	.149*	-.544**	-.428**	.440**
Asertividad	-.401**	1	.146*	.307**	.348**	-.162*
Regulación Emocional	.149*	.146*	1	.099	.127*	.236**
Bienestar Subjetivo	-.544**	.307**	.099	1	.514**	-.272**
Intensidad de Sentimientos Positivos	-.428**	.348**	.127*	.514**	1	-.205**

\*p<.05

\*\*p<.01

Referente a las diferencias encontradas usando la Chi-cuadrada entre la frecuencia con la que se expresan emociones positivas y negativas y si se presenta ( $n_1$ ) o no ( $n_2$ ) Maltrato Físico, Psicológico o Sexual (ver Tabla 32), se notó que las participantes que sufren maltrato físico ( $n_1=105$ ), exhiben sentimientos negativos de manera más periódica que las que no lo han sufrido ( $n_2=135$ ). También, aquéllas que han padecido violencia psicológica ( $n_1=122$ ), experimentan con mayor frecuencia emociones negativas que las que no la han padecido ( $n_2=118$ ). Por último, quienes no han sido víctimas de abuso sexual ( $n_2=189$ ), presentan sentimientos positivos más veces que aquéllas que sí lo han sido ( $n_1=51$ ). Es importante aclarar que los resultados encontrados para Maltrato Sexual se deben de tomar con cautela dadas las discrepancias en los tamaños de ambos grupos de comparación.

**Tabla 32.**

***Diferencias en la frecuencia de sentimientos experimentados por tipo de maltrato recibido (n=240)***

	Nunca	Casi nunca (<20% del tiempo)	Pocas veces (20%-40% del tiempo)	A veces (40%-60% del tiempo)	Muchas veces (60%-80% del tiempo)	Siempre o Casi siempre (>80% del tiempo)	X <sup>2</sup>	gl	p
<b>Maltrato Físico (n<sub>1</sub>=105, n<sub>2</sub>=135)</b>									
<b>Frecuencia de Sentimientos Negativos</b>									
<b>Sí</b>	14	6	18	22	21	24			
<b>No</b>	23	12	28	40	20	12	12.05	5	.034*
<b>Frecuencia de Sentimientos Positivos</b>									
<b>Sí</b>	4	9	10	17	28	37			
<b>No</b>	6	6	12	22	32	57	2.64	5	.756
<b>Maltrato Psicológico (n<sub>1</sub>=122, n<sub>2</sub>=118)</b>									
<b>Frecuencia de Sentimientos Negativos</b>									
<b>Sí</b>	16	8	15	29	28	26			
<b>No</b>	21	10	31	33	13	10	19.26	5	.002**
<b>Frecuencia de Sentimientos Positivos</b>									
<b>Sí</b>	8	9	10	20	30	45			
<b>No</b>	2	6	12	19	30	49	4.51	5	.478
<b>Maltrato Sexual (n<sub>1</sub>=51, n<sub>2</sub>=189)</b>									
<b>Frecuencia de Sentimientos Negativos</b>									
<b>Sí</b>	8	2	8	13	9	11			
<b>No</b>	29	16	38	49	32	25	3.39	5	.639
<b>Frecuencia de Sentimientos Positivos</b>									
<b>Sí</b>	6	6	4	15	10	10			
<b>No</b>	4	9	18	24	50	84	12.05	5	.034*

\*p<.05

\*\*p<.01

Respecto de los resultados obtenidos mediante la prueba t de Student (ver Tabla 33), para detectar diferencias en las variables de estudio dependiendo de si se presenta (n<sub>1</sub>) o no (n<sub>2</sub>) Maltrato Físico, Psicológico o Sexual, se observaron discrepancias estadísticamente significativas en las variables de Sintomatología Ansiosa para Maltrato Físico y Psicológico, Sintomatología Depresiva para Maltrato Físico, Psicológico y Sexual, Regulación Emocional para Maltrato Físico, Bienestar Subjetivo para Maltrato Físico y Sexual, e Intensidad de Sentimientos Negativos para Maltrato Físico y Psicológico. Como tal, las participantes que han sido víctimas de violencia física (n<sub>1</sub>=105), presentan niveles más altos de ansiedad, depresión, regulación emocional y expresan emociones negativas con mayor fuerza que aquéllas que no la han sufrido (n<sub>2</sub>=135). Por su parte, las menores y jóvenes en situación de calle que han padecido violencia psicológica (n<sub>1</sub>=122), exhiben más síntomas de ansiedad y depresión y sentimientos negativos con mayor fuerza en comparación con las que no la han padecido (n<sub>2</sub>=118). Por último, las víctimas de abuso sexual (n<sub>1</sub>=51), experimentan índices más altos de depresión y más bajos de bienestar subjetivo que aquéllas que no lo han sido (n<sub>2</sub>=189). Es importante aclarar que los resultados encontrados para Maltrato Sexual se deben de tomar con cautela dadas las discrepancias en los tamaños de ambos grupos de comparación.



**Tabla 33.**

**Diferencias en las variables de estudio por tipo de maltrato recibido ( $n_{total}=240$ )**

Variables de Estudio	M(DE)		t	gl	p	95% IC	
	n <sub>1</sub> (SI)	n <sub>2</sub> (NO)				LI	LS
<b>Maltrato Físico (n<sub>1</sub>=105, n<sub>2</sub>=135)</b>							
Sintomatología Ansiosa	3.82(.75)	3.54(.79)	2.792	238	.006**	.08257	.47851
Sintomatología Depresiva	3.09(.82)	2.85(.89)	2.191	238	.029*	.02487	.46755
Asertividad	3.60(.81)	3.65(.81)	-.542	238	.588	-.26520	.15068
Regulación Emocional	3.63(.76)	3.24(.88)	3.610	238	.000**	.17618	.59933
Bienestar Subjetivo	4.25(.73)	4.51(.69)	-2.714	238	.007**	-.43173	-.06854
Intensidad de Sentimientos Positivos	7.76(2.11)	7.82(2.21)	-.209	238	.835	-.61439	.49672
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.40(2.50)	4.63(2.72)	2.262	238	.025*	.09998	1.44669
<b>Maltrato Psicológico (n<sub>1</sub>=122, n<sub>2</sub>=118)</b>							
Sintomatología Ansiosa	3.81(.76)	3.51(.78)	2.962	238	.003**	.09869	.49080
Sintomatología Depresiva	3.12(.93)	2.78(.77)	3.083	238	.002**	.12296	.55803
Asertividad	3.52(.79)	3.73(.81)	-1.955	238	.052	-.40805	.00161
Regulación Emocional	3.50(.80)	3.31(.88)	1.747	238	.082	-.02421	.40428
Bienestar Subjetivo	4.32(.77)	4.47(.65)	-1.558	238	.121	-.32601	.03807
Intensidad de Sentimientos Positivos	7.89(2.16)	7.69(2.17)	.728	238	.467	-.34716	.75427
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.37(2.52)	4.55(2.73)	2.405	238	.017*	.14747	1.48198
<b>Maltrato Sexual (n<sub>1</sub>=51, n<sub>2</sub>=189)</b>							
Sintomatología Ansiosa	3.85(.86)	3.61(.76)	1.936	238	.054	-.00422	.47993
Sintomatología Depresiva	3.30(.84)	2.86(.86)	3.285	238	.001**	.17700	.70733
Asertividad	3.52(.86)	3.65(.79)	-1.057	238	.292	-.38677	.11669
Regulación Emocional	3.50(.77)	3.38(.87)	.917	238	.360	-.14054	.38553
Bienestar Subjetivo	3.88(.73)	4.54(.65)	-6.252	238	.000**	-.86491	-.45046
Intensidad de Sentimientos Positivos			-1.296	238	.196	-	.22958
						1.1132	
	7.45(2.29)	7.89(2.12)				4	
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.56(2.45)	4.81(2.68)	1.806	238	.072	-.06813	1.57127

\*p<.05

\*\*p<.01

Para detectar diferencias en las variables de estudio en cuanto al Tiempo de Estancia Institucional mediante un análisis de varianza simple, se conformaron cuatro grupos de acuerdo al tiempo que las menores y jóvenes han permanecido en la organización: 1) 1-12 meses (n<sub>1</sub>=71), 2) 13-36 meses (n<sub>2</sub>=53), 3) 37-60 meses (n<sub>3</sub>=65) y 4) 61-204 meses (n<sub>4</sub>=51). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al tiempo de permanencia en la fundación, en las variables de Sintomatología Depresiva, Bienestar Subjetivo e Intensidad de Sentimientos Negativos (ver Tabla 34a).

**Tabla 34a.**

**Diferencias conforme al Tiempo de Estancia Institucional en las variables de estudio (n=240)**

Variables de Estudio	F(gl)	p
Sintomatología Ansiosa	1.59(3,236)	.191
Sintomatología Depresiva	4.93(3,236)	.002**
Asertividad	0.95(3,236)	.417
Regulación Emocional	0.48(3,236)	.696
Bienestar Subjetivo	3.50(3,236)	.016*

Intensidad de Sentimientos Positivos	1.46(3,236)	.225
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.19(3,236)	.002**

\*p<.05  
\*\*p<.01

Con el fin de determinar los grupos de tiempo que difieren entre sí en las variables de Sintomatología Depresiva, Bienestar Subjetivo e Intensidad de Sentimientos Negativos, se realizaron pruebas post-hoc de Tukey-HSD (ver Tabla 34b).

**Tabla 34b.**

***Diferencias entre los Grupos por Tiempo de Estancia Institucional en las Variables de Estudio (n=240)***

Variables de Estudio	Grupos por Tiempo de Estancia Institucional (meses)	n	M	DE	95% IC	
					LI	LS
Sintomatología Ansiosa	n <sub>1</sub> =1-12	71	3.81	.79	3.6187	3.9963
	n <sub>2</sub> =13-36	53	3.68	.82	3.4518	3.9025
	n <sub>3</sub> =37-60	65	3.60	.79	3.4076	3.7992
	n <sub>4</sub> =61-204	51	3.51	.69	3.3131	3.7065
Sintomatología Depresiva	n <sub>1</sub> =1-12	71	3.22*	.88	3.0156	3.4320
	n <sub>2</sub> =13-36	53	3.05	.97	2.7843	3.3163
	n <sub>3</sub> =37-60	65	2.75*	.74	2.5613	2.9293
	n <sub>4</sub> =61-204	51	2.75*	.81	2.5205	2.9740
Asertividad	n <sub>1</sub> =1-12	71	3.65	.82	3.4546	3.8411
	n <sub>2</sub> =13-36	53	3.46	.92	3.2101	3.7166
	n <sub>3</sub> =37-60	65	3.71	.69	3.5331	3.8789
	n <sub>4</sub> =61-204	51	3.65	.81	3.4179	3.8763
Regulación Emocional	n <sub>1</sub> =1-12	71	3.50	1.04	3.2571	3.7489
	n <sub>2</sub> =13-36	53	3.36	.86	3.1224	3.5946
	n <sub>3</sub> =37-60	65	3.40	.75	3.2152	3.5848
	n <sub>4</sub> =61-204	51	3.34	.64	3.1552	3.5170
Bienestar Subjetivo	n <sub>1</sub> =1-12	71	4.19*	.66	4.0285	4.3415
	n <sub>2</sub> =13-36	53	4.38	.76	4.1742	4.5923
	n <sub>3</sub> =37-60	65	4.53*	.67	4.3664	4.6967
	n <sub>4</sub> =61-204	51	4.53*	.76	4.3141	4.7420
Intensidad de Sentimientos Positivos	n <sub>1</sub> =1-12	71	7.36	2.23	6.8296	7.8859
	n <sub>2</sub> =13-36	53	7.87	2.44	7.1989	8.5445
	n <sub>3</sub> =37-60	65	7.98	1.78	7.5444	8.4249
	n <sub>4</sub> =61-204	51	8.08	2.18	7.4695	8.6952
Intensidad de Sentimientos Negativos	n <sub>1</sub> =1-12	71	5.79*	2.59	5.1767	6.4007
	n <sub>2</sub> =13-36	53	5.25	2.47	4.5688	5.9293
	n <sub>3</sub> =37-60	65	4.15*	2.72	3.4759	4.8256
	n <sub>4</sub> =61-204	51	4.56*	2.51	3.8556	5.2660

Nota. \*La diferencia entre medias ( $M_{n_1}-M_{n_3}$ ,  $M_{n_1}-M_{n_4}$  para Sintomatología Depresiva, Bienestar Subjetivo e Intensidad de Sentimientos Negativos) es significativa al .05.

Los resultados obtenidos usando la prueba post-hoc de Tukey-HSD, revelan que a

menor tiempo de estancia institucional ( $n_1$ ), mayor la posibilidad de presentar sintomatología depresiva en comparación con los grupos de mayor tiempo ( $n_3$  y  $n_4$ ). En contraste, el permanecer por tiempo prolongado en la organización ( $n_3$  y  $n_4$ ), incrementa el nivel de bienestar subjetivo a diferencia de tener poco tiempo de residir ahí ( $n_1$ ). Finalmente, las participantes que han estado menos tiempo en la fundación ( $n_1$ ) experimentan sentimientos negativos con mayor intensidad que aquéllas que tienen más tiempo ( $n_3$  y  $n_4$ ).

Por último, para determinar si existen diferencias en las variables de estudio con base en la edad de las participantes mediante un análisis de varianza simple, se constituyeron cuatro grupos de edad: 1) 6-8 años ( $n_1=64$ ), 2) 9-11 años ( $n_2=75$ ), 3) 12-13 años ( $n_3=44$ ) y 4) 14-23 años ( $n_4=57$ ). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas conforme a la edad de las menores y jóvenes, en las variables de Asertividad, Regulación Emocional, Bienestar Subjetivo e Intensidad de Sentimientos Positivos y Negativos (ver Tabla 35a).

**Tabla 35a.**

***Diferencias conforme a la Edad en las variables de estudio (n=240)***

Variables de Estudio	F(gl)	p
Sintomatología Ansiosa	0.45(3,236)	.720
Sintomatología Depresiva	1.61(3,236)	.188
Asertividad	4.91(3,236)	.003**
Regulación Emocional	3.64(3,236)	.013*
Bienestar Subjetivo	5.55(3,236)	.001**
Intensidad de Sentimientos Positivos	2.72(3,236)	.045*
Intensidad de Sentimientos Negativos	7.12(3,236)	.000**

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

Para determinar los grupos de edad que presentan discrepancias en las variables de Asertividad, Regulación Emocional, Bienestar Subjetivo e Intensidad de Sentimientos Positivos y Negativos, se hicieron pruebas post-hoc de Tukey-HSD (ver Tabla 35b).

**Tabla 35b.**

***Diferencias entre los Grupos de Edad en las Variables de Estudio (n=240)***

Variables de Estudio	Grupos de Edad (años)	n	M	DE	95% IC	
					LI	LS
Sintomatología Ansiosa	$n_1=6-8$	64	3.57	.73	3.3899	3.7525
	$n_2=9-11$	75	3.72	.86	3.5259	3.9230
	$n_3=12-13$	44	3.67	.81	3.4282	3.9203
	$n_4=14-23$	57	3.66	.72	3.4726	3.8568
Sintomatología Depresiva	$n_1=6-8$	64	2.76	.75	2.5680	2.9424
	$n_2=9-11$	75	3.06	.99	2.8303	3.2852
	$n_3=12-13$	44	2.98	.87	2.7177	3.2469
	$n_4=14-23$	57	3.02	.81	2.8053	3.2375
Asertividad	$n_1=6-8$	64	3.73*	.72	3.5516	3.9137
	$n_2=9-11$	75	3.35*	.76	3.1752	3.5270
	$n_3=12-13$	44	3.63	.91	3.3563	3.9114

	n <sub>4</sub> =14-23	57	3.85*	.79	3.6369	4.0590
	n <sub>1</sub> =6-8	64	3.48	.89	3.2604	3.7083
<b>Regulación Emocional</b>	n <sub>2</sub> =9-11	75	3.18*	.81	2.9893	3.3612
	n <sub>3</sub> =12-13	44	3.39	.77	3.1542	3.6250
	n <sub>4</sub> =14-23	57	3.64*	.83	3.4210	3.8622
	n <sub>1</sub> =6-8	64	4.67*	.59	4.5246	4.8234
<b>Bienestar Subjetivo</b>	n <sub>2</sub> =9-11	75	4.39	.74	4.2256	4.5652
	n <sub>3</sub> =12-13	44	4.23*	.81	3.9848	4.4744
	n <sub>4</sub> =14-23	57	4.21*	.66	4.0363	4.3859
	n <sub>1</sub> =6-8	64	8.11	1.78	7.6607	8.5518
<b>Intensidad de Sentimientos Positivos</b>	n <sub>2</sub> =9-11	75	8.14	2.20	7.6342	8.6485
	n <sub>3</sub> =12-13	44	7.47	2.61	6.6754	8.2610
	n <sub>4</sub> =14-23	57	7.24	2.02	6.7062	7.7780
	n <sub>1</sub> =6-8	64	4.03*	2.59	3.3807	4.6756
<b>Intensidad de Sentimientos Negativos</b>	n <sub>2</sub> =9-11	75	4.68*	2.52	4.0981	5.2565
	n <sub>3</sub> =12-13	44	5.39*	2.7	4.5527	6.2200
	n <sub>4</sub> =14-23	57	6.07*	2.39	5.4336	6.7067

Nota. \*La diferencia entre medias ( $M_{n_1}-M_{n_2}$ ,  $M_{n_2}-M_{n_4}$  para Asertividad), ( $M_{n_2}-M_{n_4}$ , para Regulación Emocional), ( $M_{n_1}-M_{n_3}$ ,  $M_{n_1}-M_{n_4}$  para Bienestar Subjetivo) y ( $M_{n_1}-M_{n_3}$ ,  $M_{n_1}-M_{n_4}$ ,  $M_{n_2}-M_{n_4}$  para Intensidad de Sentimientos Negativos), es significativa al .05.

Los resultados obtenidos usando la prueba post-hoc de Tukey-HSD (ver Tabla 35b), denotan que las participantes de mayor edad son más asertivas ( $n_4$ ) que aquéllas de menor edad ( $n_2$ ). Empero, se observó que las niñas más pequeñas ( $n_1$ ) suelen ser más asertivas que aquéllas un poco mayores ( $n_2$ ). El aumento en la edad ( $n_4$ ) se asocia con índices más altos de regulación emocional a diferencia de a menor edad ( $n_2$ ). El nivel de bienestar subjetivo incrementa a edades menores ( $n_1$ ), mientras que a edades mayores éste disminuye ( $n_3$  y  $n_4$ ). Al disminuir la edad ( $n_1$ ), se experimentan sentimientos negativos con menos intensidad en comparación con los grupos de mayor edad ( $n_3$  y  $n_4$ ). De igual manera, al aumentar de edad ( $n_4$ ) se expresan sentimientos negativos con mayor fuerza que en edades menores ( $n_2$ ). Finalmente, en el caso de la variable Intensidad de Sentimientos Positivos, Tukey-HSD no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad.

### **ETAPA III. Adquisición de habilidades de afrontamiento en mujeres en situación de calle**

De manera general, en la presente fase (III: Intervención), se sometió a prueba y se implementó una intervención cognitivo-conductual breve y grupal para dotar de habilidades de afrontamiento a mujeres en situación de calle. Se pretendió que al disminuir síntomas de ansiedad y depresión y al incrementar habilidades asertivas y de regulación emocional, se producirían mejorías en el índice de bienestar subjetivo. Los resultados alcanzados constatan que al inducir cambios en el nivel de ansiedad, depresión y asertividad y mantener constantes las destrezas de regulación emocional, se modifica positivamente el nivel de bienestar subjetivo percibido.

Dados tales resultados, de acuerdo con A. Kazdin (2001), mediante la realización de la Etapa III (Intervención), se obtuvieron evidencias de validez de constructo y por conclusión estadística.

La validez de constructo se refiere a un tipo de validez experimental que pertenece

a la interpretación o base del efecto que se consiguió en un estudio. En esta fase (III: Intervención), se demostró evidencia de validez de constructo debido a que se piloteó la intervención instrumentada empleando técnicas que proceden del Modelo Cognitivo-Conductual, se usaron estrategias que justifican la promoción y disminución de índices de ansiedad, depresión, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo, y que son procedimientos acordes a un modelo teórico que empíricamente ha probado su efectividad para atender tales problemáticas, se adaptaron y adecuaron las técnicas en cuestión a las características y necesidades observadas y detectadas del colectivo social bajo escrutinio, se comprobó que la intervención tuvo un efecto real en las variables de interés dado que se controlaron y mantuvieron constantes las posibles fuentes de invalidez interna como historia, maduración, instrumentación, administración de tests, regresión estadística y selección, entre otras al contar con un grupo de comparación equivalente en diversas características sociales e inherentes a este trabajo, y finalmente porque se logró la transición de un estado desadaptativo a uno más funcional en algunas participantes y estos cambios se mantuvieron con el paso del tiempo como lo constató la evaluación del seguimiento a los dos meses.

La validez por conclusión estadística representa el grado en el que una relación entre las variables independiente (intervención cognitivo-conductual) y dependiente (síntomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo), se puede mostrar sobre la base de consideraciones cuantitativas y estadísticas de la investigación. Consecuentemente, en esta etapa (III: Intervención), se tuvieron pruebas de validez por conclusión estadística puesto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y su grupo de comparación en las variables de estudio, discrepancias en dichas características entre el pre-test y post-test en el grupo de tratamiento, tamaños del efecto moderados y altos según la *d* de Cohen y se alcanzó una diferencia importante para el grupo de tratamiento (significancia clínica) que se mantuvo a los dos meses de intervención.

Por último, también se consiguieron evidencias de validez social según Wolf (1978), ya que las metas de la intervención cognitivo-conductual fueron relevantes para la vida cotidiana de las niñas y jóvenes en situación de calle que colaboraron en el taller impartido, los procedimientos utilizados fueron aceptables para las mismas y sus cuidadores principales y los resultados de la terapia indujeron cambios relevantes en su vida diaria.

A continuación se presentarán de manera más detallada los resultados obtenidos por sub-fase de la Etapa III (Intervención).

### **ETAPA IIIA. Versión preliminar del taller cognitivo-conductual**

Basándose en la literatura de investigación revisada y en las características y necesidades detectadas y observadas del grupo social bajo estudio, se elaboró una versión preliminar de un taller cognitivo-conductual para dotar de habilidades de afrontamiento a mujeres en situación de calle. Dicha versión se aplicó en cuatro instituciones asistenciales privadas diferentes: tres que atienden a población en riesgo de calle y una a población de calle. Empero, la intervención implementada en la organización que asiste a menores y jóvenes de calle no se tomó en consideración porque tan sólo se tenían cuatro participantes y de éstas, una desistió por problemas de uso y abuso de sustancias, otra abandonó la institución, otra no quiso asistir y la última tenía un embarazo de alto riesgo y tuvo que ser hospitalizada. Por tanto, únicamente se tomaron en cuenta los talleres impartidos en las otras fundaciones.

Para llevar a cabo las intervenciones, se conformaron grupos de seis niñas y jóvenes seleccionadas por las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados. De

acuerdo a este criterio, se tienen tres grupos de seis mujeres cada uno. No obstante, de una institución desistió una participante por asuntos de índole familiar. Por ende, el total de menores y jóvenes fue de 17.

A cada grupo se le dio un taller de mínimo 10 sesiones y máximo 12 con una duración de tres horas por sesión. De manera general, durante el transcurso de la intervención se usaron las siguientes técnicas cognitivo-conductuales<sup>18</sup>:

1. Psicoeducación Afectiva.- Conceptuación y distinción de cognición, conducta, emoción y reacción fisiológica y relación entre estos componentes. Lo anterior se abordó de manera general y en particular para sintomatología ansiosa y depresiva y para asertividad. Aunado a lo anterior, se enseñó a reconocer diversas emociones.
2. Relajación: Muscular progresiva, Respiración diafragmática y Entrenamiento Autógeno (usando frases que inducen sensaciones placenteras y de bienestar como “Me siento bien”, “Me siento tranquila”).
3. Reestructuración Cognitiva: Diálogo socrático, Evidencia a favor y en contra y Pensamientos alternativos (Cambio de pensamiento negativo por uno positivo más funcional).
4. Detención de Pensamiento (técnica de autocontrol): Ponerle un alto o decir basta a los pensamientos negativos.
5. Solución de Problemas: Basada en la técnica desarrollada por D’Zurilla y Goldfried.
6. Ensayo Conductual: Modelamiento, Moldeamiento, Retroalimentación y Reforzamiento.

Las técnicas antes mencionadas se pusieron a prueba en cada grupo de intervención y se fueron adecuando y adaptando a sus necesidades y características. Así, de esta manera, se determinaron las técnicas útiles y efectivas para esta población siendo éstas las siguientes:

1. Psicoeducación Afectiva.
2. Relajación: Combinación de respiración diafragmática y entrenamiento autógeno.
3. Reestructuración Cognitiva: Pensamientos alternativos.
4. Detención de Pensamiento.
5. Solución de problemas: En tres pasos.
6. Ensayo Conductual.

Con tal información recabada, se instrumentó la versión final de la intervención cognitivo-conductual cuyos resultados de aplicación serán abordados a continuación.

### **ETAPA IIIB. Versión final del taller cognitivo-conductual**

En la presente etapa (IIIB: Versión final intervención), se buscó determinar la eficacia de un taller cognitivo-conductual de adquisición de habilidades de afrontamiento. Para ello, se conformaron gradualmente dos grupos: uno al que se le aplicó el taller elaborado (Grupo con Terapia Cognitivo-Conductual: Grupo con TCC), y otro que se usó como comparación y que recibe el tratamiento convencional siendo éste el de la institución asistencial de residencia de la menor o joven en situación de calle (Grupo con Tratamiento Convencional: GT). Se constituyeron paulatinamente pues se fueron juntando

---

<sup>18</sup>Si el lector desea tener más conocimiento respecto del Taller implementado en esta Etapa (IIIA: Piloteo intervención), favor de referirse al Anexo 4.

conjuntos de 5-6 participantes de diversas organizaciones no gubernamentales hasta llegar a completar un total de 42 mujeres en situación de calle para el Grupo con TCC y 42 para el grupo comparativo (GT) en un periodo aproximado de 10 meses.

Las participantes fueron elegidas con base en sus puntuaciones promedio en los instrumentos de medición empleados. Se trató de que ambos grupos fueran similares en datos sociodemográficos y en tales puntajes. No obstante, para asegurar la equivalencia de los grupos en dichas características, incluyendo las variables de estudio, previo a la implementación de la intervención, se hicieron análisis estadísticos usando pruebas paramétricas en el caso de variables con un nivel de medición intervalar, y usando pruebas no paramétricas cuando se tenían niveles de medición nominal u ordinales.

Referente a las variables de investigación, se observó que el 83.34%(n=35) y el 57.14%(n=24) de las participantes del grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) (n=42) y el 92.86%(n=39) y el 59.53%(n=25) de aquéllas del grupo con tratamiento convencional (GT) (n=42), padecen sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente. El 26.19%(n=11) del Grupo con TCC y el 21.43%(n=9) del grupo GT tiende a ser inasertiva. Por su parte, el 28.57%(n=12) de los miembros del Grupo con TCC y el 30.95%(n=13) de aquéllas del grupo comparativo tiene un nivel bajo de regulación emocional. En cuanto al bienestar subjetivo, se notó que en ambos grupos el 4.76%(n=2) de las participantes presenta índices inferiores. En cuanto a la frecuencia e intensidad con la que experimentan sentimientos positivos y negativos, se encontró que en el caso del Grupo con TCC, el 69.05%(n=29) exhibe emociones negativas más del 50% del tiempo y el 59.52%(n=25) lo hace con gran intensidad. En contraste, para el grupo comparativo el 57.14%(n=24) vive con gran fuerza los sentimientos negativos y el 64.29%(n=27) los expresa más del 50% del tiempo. Finalmente, el 14.29%(n=6) y el 11.90% del grupo que recibió el taller y del grupo con tratamiento convencional concordantemente, sienten con poca intensidad las emociones positivas, las cuales son mostradas menos del 40% del tiempo por el 38.09%(n=16) de los integrantes del Grupo con TCC y por el 61.90%(n=26) de aquéllas del grupo GT.

Por otra parte, para tranquilizarse cuando se sienten tristes o nerviosas, el 4.8%(n=2) y el 7.1%(n=3) de ambos grupos consumen drogas y tabaco, respectivamente. El grupo al que se le aplicó el taller también toma alcohol en un 4.8%(n=2), come más en un 14.3%(n=6), hace ejercicio en un 16.7%(n=7) y hace otras cosas como jugar, escuchar música, dibujar y platicar en un 88.1%(n=37). Mientras que el 11.9%(n=5) de las participantes del grupo comparativo ingiere más alimentos y el 9.5%(n=4) bebidas alcohólicas, el 14.3%(n=6) realiza actividades físicas y el 78.6%(n=33) lleva a cabo otras conductas como ver la televisión, escuchar música, dibujar, platicar y jugar.

Los resultados alcanzados mediante las pruebas t de Student para características intervalares, U de Mann-Whitney para variables ordinales y Chi-cuadrada para datos nominales (ver Tabla 36), muestran diferencias no significativas estadísticamente entre los grupos de tratamiento en las características sociales tomadas en consideración: edad, escolaridad, tiempo de estancia y motivo de ingreso institucionales, lugar de nacimiento, estancia temporal (con quién reside la participante cuando no permanece en la institución), religión, si lleva a cabo un empleo o no, sustancias consumidas y tipo de maltrato recibido (físico, psicológico o sexual).

**Tabla 36.**

***Diferencias en diversas características entre el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (n=42) y el grupo con tratamiento convencional (n=42)***

Características	U	gl	p
Escolaridad	847.500	--	.706
	<b>t</b>		
Tiempo de Estancia Institucional	1.465	82	.147
Edad	-.657	82	.513
	<b>X<sup>2</sup></b>		
Lugar de Nacimiento	3.111	1	.078
Trabajo (sí/no)	1.012	1	.314
Religión	4.510	3	.211
Estancia Temporal*	7.337	4	.119
Motivo de Ingreso Institucional	2.119	3	.548
Uso y Abuso de Sustancias	3.254	5	.661
Maltrato Físico	.194	1	.659
Maltrato Psicológico	3.231	1	.072
Abuso Sexual	.000	1	1.000

Nota. \*La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

De igual manera, los datos conseguidos usando la prueba t de Student para muestras independientes (ver Tabla 37a), revelan la ausencia de disparidades estadísticamente significativas en las variables de interés: sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo. Aunado a lo anterior, se añadieron la intensidad (ver Tabla 37a) y la frecuencia de emociones positivas y negativas (ver Tabla 37b).

**Tabla 37a.**

***Diferencias en las variables de estudio entre los grupos de tratamiento (n=84) (Pre-test)***

Variables de Estudio	M(DE)		t	gl	p	95% IC	
	Grupo con TCC* (n=42)	Grupo GT* (n=42)				LI	LS
Sintomatología Ansiosa	3.68(.80)	3.83(.76)	-.889	82	.376	-.49128	.18771
Sintomatología Depresiva	3.17(.92)	3.22(.83)	-.250	82	.803	-.42601	.33077
Asertividad	3.51(.89)	3.36(.69)	.867	82	.388	-.19512	.49671
Regulación Emocional	3.37(.72)	3.25(.69)	.785	82	.434	-.19288	.44458
Bienestar Subjetivo	4.08(.82)	4.14(.69)	-.309	82	.758	-.37947	.27743
Intensidad de Sentimientos Positivos	7.49(2.14)	7.69(2.08)	-.454	82	.651	-1.12669	.70764
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.70(2.59)	5.44(2.25)	.485	82	.629	-.79706	1.31134

Nota. \*Grupo con tratamiento cognitivo-conductual: Grupo con TCC y Grupo con tratamiento convencional: GT.

**Tabla 37b.**

***Diferencias en la frecuencia de sentimientos experimentados por grupo de tratamiento (n=84) (Pre-test)***

	Nunca	Casi nunca (<20% del tiempo)	Pocas veces (20%-40% del tiempo)	A veces (40%-60% del tiempo)	Muchas veces (60%-80% del tiempo)	Siempre o Casi siempre (>80% del tiempo)	X <sup>2</sup>	gl	p
<b>Frecuencia de Sentimientos Negativos</b>									
Grupo con TCC (n=42)	3	1	4	15	11	8	1.94	5	.857
GT (n=42)	3	3	6	15	8	7			



Frecuencia de Sentimientos Positivos							
Grupo con TCC (n=42)	3	2	7	10	7	13	5.13
GT (n=42)	0	3	4	15	8	12	5 .401

Nota. \*Grupo con tratamiento cognitivo-conductual: Grupo con TCC y Grupo con tratamiento convencional: GT.

Por tanto, los resultados anteriores constatan y demuestran la equivalencia de los grupos de tratamiento previo a la implementación de la intervención.

Teniendo grupos equivalentes, antes de la implementación del taller se hizo un análisis de correlación entre las variables de estudio usando el coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 38). En el caso del grupo con tratamiento cognitivo-conductual, los resultados indican que a mayor sintomatología ansiosa, mayor sintomatología depresiva y viceversa. Igualmente, tanto los índices de depresión como de ansiedad, se asocian con decrementos en asertividad, regulación emocional, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos positivos, y con incrementos en la fuerza con la que se experimentan emociones negativas. Del mismo modo, el nivel de asertividad se relaciona positivamente con el nivel de regulación emocional y de bienestar subjetivo. Por su parte, a mayor regulación emocional, mayor el bienestar subjetivo. En cuanto a la intensidad de emociones positivas, éstas correlacionan con índices más altos de asertividad, de regulación emocional y de bienestar subjetivo. Mientras que, la intensidad de sentimientos negativos, se asocia con una disminución en asertividad y el bienestar subjetivo. En contraste, para el grupo con tratamiento convencional, al incrementar los síntomas de depresión, se reducen los niveles de regulación emocional y de bienestar subjetivo, el cual, a su vez, se relaciona con altos índices de asertividad y de regulación emocional y con expresar sentimientos positivos con mayor fuerza.

**Tabla 38.**  
**Correlaciones entre las variables de estudio por grupo de tratamiento (n=84)**

Variables de Estudio	1	2	3	4	5	6	7
1. Sintomatología Ansiosa	1	.595**	-.330*	-.330*	-.543**	-.426**	.477**
2. Sintomatología Depresiva	0.231	1	-.598**	-.534**	-.613**	-.549**	.535**
3. Asertividad	-0.101	-0.209	1	.552**	.473**	.348*	-.346*
4. Regulación Emocional	-0.083	-.546**	0.293	1	.423**	.350*	-0.294
5. Bienestar Subjetivo	-0.061	-.570**	.318*	.477**	1	.657**	-.458**
6. Intensidad de Sentimientos Positivos	-0.067	-0.277	0.045	0.26	.442**	1	-.406**
7. Intensidad de Sentimientos Negativos	0.052	0.176	0.023	-0.145	-0.201	-0.17	1

Nota. Las correlaciones para el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (n=42) se presentan arriba de la diagonal y aquéllas para el grupo con tratamiento convencional (n=42) debajo de la misma.

\*p<.05

\*\*p<.01

Posterior a la aplicación del taller cognitivo-conductual, para detectar disimilitudes entre los grupos de tratamiento se hicieron pruebas t de Student para muestras independientes encontrando diferencias estadísticamente significativas en las variables de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos positivos. Así mismo, se obtuvieron efectos de tratamiento de moderados a altos usando la d de Cohen<sup>19</sup> (ver Tabla 39a). Por consiguiente, disminuyeron los síntomas de ansiedad y depresión, incrementó la conducta asertiva de expresión de

<sup>19</sup>Las fórmulas usadas para computar la d de Cohen para muestras independientes y relacionadas se encuentran en el Anexo 6.

pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos, la intensidad de sentimientos positivos y el bienestar subjetivo percibido de las participantes del grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) en comparación con aquéllas del grupo con tratamiento convencional (GT). Aunado a lo anterior, dichos cambios fueron moderados y altos indicando que la intervención implementada efectivamente tuvo un impacto en tales variables.

**Tabla 39a.**

***Diferencias en el post-test en las variables de estudio entre los grupos de tratamiento (n=84)***

Variables de Estudio	M(DE)		t	gl	p	d	95% IC	
	Grupo con TCC (n=42)	Grupo GT (n=42)					LI	LS
Sintomatología Ansiosa	3.15(.96)	3.74(.79)	-3.071	82	.003**	0.68	-.97101	-.20756
Sintomatología Depresiva	2.47(.95)	3.24(.88)	-3.827	82	.000**	0.85	-1.16201	-.36709
Asertividad	4.36(.85)	3.43(.84)	5.064	82	.000**	1.12	.56701	1.30072
Regulación Emocional	3.35(.61)	3.44(.70)	-.642	82	.523	---	-.37652	.19285
Bienestar Subjetivo	4.73(.77)	4.03(.95)	3.719	82	.000**	0.82	.32588	1.07548
Intensidad de Sentimientos Positivos	8.41(2.09)	7.02(2.33)	2.870	82	.005**		.42520	2.34623
Intensidad de Sentimientos Negativos	4.69(3.07)	5.46(2.43)	-1.275	82	.206		-1.97510	.43224
							---	

*Nota.* No se reportan tamaños del efecto (d de Cohen) para variables en las que la t de Student para muestras independientes no fue significativa.

\*\*p<.01

Es importante aclarar que al considerar el puntaje global de la variable Regulación Emocional, no se alcanzaron resultados estadísticamente significativos. No obstante, dicha variable está conformada por dos factores (ver Resultados Etapa IIB: Validación de instrumentos) diametralmente opuestos, pues uno mide estrategias funcionales y otro estrategias disfuncionales de regulación emocional. Como tal, se llevaron a cabo análisis estadísticos (pruebas t de Student para muestras independientes), tomando en cuenta los puntajes obtenidos en los factores por separado. Como se puede observar (ver Tabla 39b), antes de la intervención, ambos grupos fueron equivalentes en los factores de regulación emocional y posterior a la misma, el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) exhibió más estrategias funcionales que disfuncionales en comparación con el grupo con tratamiento convencional (GT). En esta ocasión, se consiguieron efectos del tratamiento altos usando la d de Cohen.

**Tabla 39b.**

***Diferencias entre el pre-test y post-test en los factores de regulación emocional entre los grupos de tratamiento (n=84)***

Factores de Regulación Emocional	M(DE)		t	gl	p	d	95% IC	
	Grupo con TCC (n=42)	Grupo GT (n=42)					LI	LS
<b>Pre-Test</b>								
Estrategias Funcionales	3.71(1.27)	3.42(.99)	1.145	82	.255	---	-.21056	.78199
Estrategias Disfuncionales	3.13(.73)	3.12(.98)	0.032	82	.975	---	-.36827	.38017
<b>Post-Test</b>								
Estrategias Funcionales	4.39(1.08)	3.43(1.13)	-3.980	82	.000**	0.88	.48029	1.44035
Estrategias Disfuncionales	2.57(1.10)	3.45(.85)	-4.115	82	.000**	0.91	-1.30688	-.45502

*Nota.* No se reportan tamaños del efecto (d de Cohen) para variables en las que la t de Student para muestras independientes no fue significativa.

\*\*p<.01

También se notaron contrastes relevantes estadísticamente entre los grupos de tratamiento empleando la prueba Chi-cuadrada en la frecuencia con la que las participantes experimentan sentimientos positivos no así para los negativos (ver Tabla 40). Además, para evaluar la magnitud del efecto se calcularon los coeficientes de correlación Phi, C de Contingencia y V de Cramer para los resultados estadísticamente significativos encontrando efectos significativos y moderados: Phi=.438, p=.007, V de Cramer=.438, p=.007 y Coeficiente de Contingencia=.401, p=.007. Por ende, el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) experimentó emociones positivas más del 50% del tiempo en comparación con el grupo con tratamiento convencional (GT). Con base en los coeficientes de correlación obtenidos, la magnitud de dicho cambio fue significativa y moderada.

**Tabla 40.**

***Diferencias en el post-test en la frecuencia de sentimientos experimentados por grupo de tratamiento (n=84)***

	Nunca	Casi nunca (<20% del tiempo)	Pocas veces (20%-40% del tiempo)	A veces (40%-60% del tiempo)	Muchas veces (60%- 80% del tiempo)	Siempre o Casi siempre (>80% del tiempo)	X <sup>2</sup>	gl	p
<b>Frecuencia de Sentimientos Negativos</b>									
Grupo con TCC (n=42)	3	4	6	16	8	5	2.90	5	.715
GT (n=42)	2	3	3	19	12	3			
<b>Frecuencia de Sentimientos Positivos</b>									
Grupo con TCC (n=42)	3	0	2	11	14	12	16.106	5	.006**
GT (n=42)	1	4	4	17	2	14			

\*\*p<.01

Adicionalmente, para examinar las diferencias entre el pre-test y el post-test en el grupo que recibió el tratamiento implementado (Grupo con TCC) se realizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas observando diferencias estadísticamente significativas en las variables de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos positivos. Igualmente, se lograron efectos de tratamiento de pequeños a moderados usando la d de Cohen (ver Tabla 41a). Cabe destacar que aunque no se encontraron discrepancias estadísticamente relevantes en la frecuencia con la que las participantes exhiben emociones positivas ( $\chi^2=32.785$ , p=.137) y negativas ( $\chi^2=26.366$ , p=.154), se notó una tendencia hacia experimentar sentimientos positivos más veces (>50% del tiempo) y sentimientos negativos menos del 40% del tiempo.

**Tabla 41a.**

***Diferencias en las variables de estudio en el Grupo con TCC (n=42) entre el pre-test y el post-test***

Variables de Estudio	M(DE)		t	gl	p	d	95% IC	
	Pre-Test	Post-Test					LI	LS
Sintomatología Ansiosa	3.68(.80)	3.15(.96)	4.00	41	.000**	0.62	.26253	.79699
Sintomatología Depresiva	3.17(.92)	2.47(.95)	4.13	41	.000**	0.64	.35648	1.04035
Asertividad	3.51(.89)	4.36(.85)	-4.79	41	.000**	0.74	-1.21043	-.49327
Regulación Emocional	3.37(.77)	3.35(.61)	.16	41	.867	---	-.26063	.30825
Bienestar Subjetivo	4.08(.82)	4.73(.77)	-4.56	41	.000**	0.70	-.92285	-.35607
Intensidad de Sentimientos			-2.37	41	.023*	0.37	-1.71203	-.13559
Positivos	7.49(2.14)	8.41(2.09)						
Intensidad de Sentimientos	5.7(2.59)	4.69(3.07)	2.01	41	.051	---	-.00316	2.03173

## Negativos

Nota. No se reportan tamaños del efecto (d de Cohen) para variables en las que la t de Student para muestras relacionadas no fue significativa.

\*p<.05

\*\*p<.01

Nuevamente, se realizaron análisis estadísticos (pruebas t de Student para muestras relacionadas) para determinar diferencias entre el pre y post-test en los factores de regulación emocional en el grupo con tratamiento cognitivo conductual (Grupo con TCC). Los resultados revelan discrepancias estadísticamente significativas con tamaños del efecto pequeños empleando la d de Cohen (ver Tabla 41b).

**Tabla 41b.**

***Diferencias en los factores de regulación emocional en el Grupo con TCC (n=42) entre el pre-test y el post-test***

Factores de Regulación Emocional	M(DE)		t	gl	p	d	95% IC	
	Pre-Test	Post-Test					LI	LS
Estrategias Funcionales	3.71(1.27)	4.38(1.08)	-2.814	41	.007**	-0.43	-1.17242	-.19266
Estrategias Disfuncionales	3.13(.73)	2.57(1.10)	3.044	41	.004**	0.47	.18633	.92081

\*\*p<.01

Además de determinar la significancia estadística y el tamaño del efecto de una intervención, es importante denotar el valor práctico o la importancia del efecto de la misma, es decir, si produce alguna diferencia real para las personas en su funcionamiento y vida diaria. Debido a ello, la significancia clínica se usa como complemento para los métodos estadísticos para cuantificar si el cambio alcanzado es significativo. Para fines de este trabajo, se definió a la significancia clínica como la transición de un nivel (bajo, moderado o alto) a otro en la dirección esperada. Esto es, llevar a la menor o joven en situación de calle de un estado desadaptativo a uno más funcional. Dicha significancia, se determinó grupal (grupo con tratamiento cognitivo-conductual) e individualmente (participantes de dicho grupo de intervención) fijando puntos de corte mediante cuartiles y usando el Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax<sup>20</sup> (1991), Speer (1992), Cardiel (1994) e Irvin (2011). Los resultados alcanzados serán mostrados a continuación.

Basándose en los parámetros fijados por González-Celis y Araujo (2010), se establecieron los puntos de corte correspondientes a los cuartiles <25, 25-75 y >75 de las medias de las variables de estudio (síntomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo) para indicar niveles bajos, moderados y altos de dichas variables (ver Tabla 42). Igualmente, se incluyeron los factores de regulación emocional (Estrategias Funcionales y Disfuncionales). Es importante aclarar que para la presente investigación, el cuartil 25-75 comprende, a su vez, dos sub-cuartiles: 25-50 y 50-75. Por tanto, puntuaciones superiores o inferiores a la establecida o al rango de valores fijado para cada cuartil denotan el nivel de la característica presente en las participantes.

**Tabla 42.**

***Puntos de corte por variable de estudio para los grupos de tratamiento (n=84)***

Variables de Estudio	M Nivel		
	Bajo	Moderado	Alto
	<25	25-50	50-75
Síntomatología Ansiosa	3.259	3.26<=3.75<=4.219	4.22

<sup>20</sup>Las fórmulas usadas para computar los índices de cambio confiable de los distintos autores se encuentran en el Anexo 6.

Sintomatología Depresiva	2.569	2.57<=3.12<=3.669	3.67
Asertividad	3.09	3.1<=3.39<=3.969	3.97
Regulación Emocional	2.869	2.87<=3.43<=3.709	3.71
Bienestar Subjetivo	3.769	3.77<=4.07<=4.569	4.57
Intensidad de Sentimientos Positivos	6.459	6.46<=7.8<=9.399	9.4
Intensidad de Sentimientos Negativos	3.609	3.61<=5.6<=7.599	7.6
Estrategias Funcionales de Regulación Emocional	3.09	3.1<=3.67>=4.249	4.25
Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional	2.569	2.57<=3.25>=3.679	3.68

*Nota.* Las puntuaciones corresponden a las medias del grupo completo de participantes (n=84) previo a la implementación de la intervención cognitivo conductual.

De acuerdo con el Índice de Cambio Confiable (RCI por sus siglas en inglés) de Jacobson y Truax (1991), puntuaciones igual o superiores a  $\pm 1.96$  al  $p < .05$ , son indicadores de cambio clínico relevante dado que implican la transición de un nivel a otro. Con base en ello, se alcanzaron cambios clínicos significativos en el grupo que recibió la intervención en todas las variables de estudio con excepción de regulación emocional y de su factor estrategias disfuncionales. Respecto a este punto cabe aclarar que aunque no se hayan obtenido diferencias estadísticamente significativas para las variables Regulación Emocional e Intensidad de Sentimientos Negativos, sí pueden encontrarse cambios clínicamente pertinentes pues las divergencias estadísticas no preceden a las clínicas (A. Kazdin, 2001). Entonces, tomando en cuenta los puntos de corte, se tiene que las participantes del grupo con tratamiento cognitivo-conductual posterior a la implementación del taller presentaron niveles bajos de ansiedad y depresión y altos de asertividad y de bienestar subjetivo. En cuanto a las estrategias de regulación emocional, exhibieron niveles superiores en las funcionales. Referente a la intensidad de emociones, tanto la experiencia de sentimientos positivos como negativos fue moderada (ver Tabla 43).

**Tabla 43.**

***Análisis de la significancia clínica por variable de estudio para el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (n=42)***

	Nivel Pre	M(DE)		RCI	Nivel Post
		Pre-Test	Post-Test		
Sintomatología Ansiosa	Moderado (25-50)	3.68(.80)	3.15(.96)	-6.22*	Bajo
Sintomatología Depresiva	Moderado (50-75)	3.17(.92)	2.47(.95)	-7.39*	Bajo
Asertividad	Moderado (50-75)	3.51(.89)	4.36(.85)	9.81*	Alto
Regulación Emocional (RE)	Moderado (25-50)	3.37(.77)	3.35(.61)	-0.30	---
Bienestar Subjetivo	Moderado (50-75)	4.08(.82)	4.73(.77)	7.79*	Alto
Intensidad de Sentimientos Positivos	Moderado (25-50)		8.41(2.09)		Moderado (50-75)
		7.49(2.14)		4.03*	
Intensidad de Sentimientos Negativos	Moderado (50-75)		4.69(3.07)		Moderado (25-50)
		5.7(2.59)		-3.85*	
Estrategias Funcionales de RE	Moderado (50-75)	3.71(1.27)	4.38(1.08)	2.76*	Alto
Estrategias Disfuncionales de RE	Moderado (25-50)	3.13(.73)	2.57(1.10)	1.18	---

*Nota.* En la columna de Nivel, cuando éste fue moderado se puso entre paréntesis el sub-cuartil al que pertenece: 25-50 ó 50-75 para poder denotar los cambios logrados. No se reportan RCI no significativos.

\*Los valores del RCI son significativos al  $p < .05$ .

Adicionalmente, se determinó la relevancia del cambio clínico alcanzado por participante del grupo al que se le aplicó el taller cognitivo-conductual por variable de estudio (ver Tabla 44a). Los resultados muestran, de manera general, que un rango de 0-9 mujeres en situación de calle presentó modificaciones pertinentes en su funcionamiento diario según Jacobson y Truax (1991) e Irvin (2011), un rango de 0-8 de acuerdo con Speer (1992) y de 10-20 con base en Cardiel (1994).

Mediante el RCI de Jacobson y Truax (1991) e Irvin (2011), se detectaron cambios

importantes en sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos positivos y negativos.

Con el RCI de Speer (1992), hubo modificaciones relevantes en sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos negativos.

Usando el RCI de Cardiel (1994), se observan cambios pertinentes en todas las variables.

Como puede observarse, los resultados varían dependiendo de la fuente a la que se recurra. Empero, indican que el tratamiento efectivamente tuvo impacto individual dado que la mayoría de las participantes posterior al tratamiento implementado presentaron índices bajos de ansiedad, de moderados a bajos en depresión e intensidad de emociones negativas, y de moderados a altos en asertividad, regulación emocional, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos positivos.

**Tabla 44a.**

***Análisis de la significancia clínica individual por variable de estudio en el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (n=42)***

Participante	M		RCI			
	Pre-Test	Post-Test	Cardiel (1994)	Jacobson y Truax (1991)	Speer (1992)	Irvin (2011)
<b>Sintomatología Ansiosa</b>						
1	4	3.75	-0.0625	-0.341	-0.193	0.25
2	3.5	2.88	-0.17714286	-0.845	-0.998	0.62
3	4	3.5	-0.125	-0.682	-0.534	0.5
4	4.25	3.75	-0.11764706	-0.682	-0.383	0.5
5	3.88	3.25	-0.16237113	-0.859	-0.783	0.63
6	2.88	2.88	0	0	0	0
7	3.75	3.63	-0.032	-0.164	-0.166	0.12
8	3.63	3.38	-0.06887052	-0.341	-0.415	0.25
9	3.38	4.13	0.22189349	1.022	0.798	-0.75
10	4.25	3.75	-0.11764706	-0.682	-0.383	0.5
11	3.75	3.63	-0.032	-0.164	-0.166	0.12
12	4.25	3.75	-0.11764706	-0.682	-0.383	0.5
13	5	2.63	<b>-0.474</b>	<b>-3.231*</b>	<b>-2.482*</b>	<b>2.37*</b>
14	4	2.5	<b>-0.375</b>	<b>-2.045*</b>	-1.897	<b>1.5*</b>
15	3.13	2.63	-0.15974441	-0.682	-1.057	0.5
16	4	3.38	-0.155	-0.845	-0.697	0.62
17	4.88	4.75	-0.02663934	-0.177	0.5	0.13
18	4	3.25	-0.1875	-1.022	-0.875	0.75
19	3.75	3.75	0	0	0	0
20	2.75	3.25	0.18181818	0.682	0.078	-0.5
21	6	4.75	<b>-0.20833333</b>	-1.704	-0.354	1.25
22	3.5	3.75	0.07142857	0.341	0.188	-0.25
23	3.5	2.75	<b>-0.21428571</b>	-1.022	-1.175	0.75
24	3.5	1.5	<b>-0.57142857</b>	<b>-2.727*</b>	<b>-2.879*</b>	<b>2*</b>
25	4.25	2.13	<b>-0.49882353</b>	<b>-2.89*</b>	<b>-2.592*</b>	<b>2.12*</b>
26	3.13	1.75	<b>-0.44089457</b>	-1.881	<b>-2.256*</b>	<b>1.38*</b>
27	3.13	1.75	<b>-0.44089457</b>	-1.881	<b>-2.256*</b>	<b>1.38*</b>

28	2.25	1.63	<b>-0.27555556</b>	-0.845	-1.749	0.62
29	4.5	4.38	-0.02666667	-0.164	0.285	0.12
30	2.63	1.63	<b>-0.38022814</b>	-1.363	<b>-2.039*</b>	1
31	3.38	4	0.18343195	0.845	0.62	-0.62
32	4	4.5	0.125	0.682	0.83	-0.5
33	3.25	3	-0.07692308	-0.341	-0.644	0.25
34	2.75	2.13	<b>-0.22545455</b>	-0.845	-1.449	0.62
35	2.38	2.38	0	0	0	0
36	1.63	1	<b>-0.38650307</b>	-0.859	<b>-2.136*</b>	0.63
37	3.75	3.88	0.03466667	0.177	0.175	-0.13
38	4.25	3.25	<b>-0.23529412</b>	-1.363	-1.065	1
39	5	1.88	<b>-0.624</b>	<b>-4.253*</b>	<b>-3.504*</b>	<b>3.12*</b>
40	4	3.38	-0.155	-0.845	-0.697	0.62
41	3.5	4.38	0.25142857	1.2	1.047	-0.88
42	3.38	4.25	0.25739645	1.186	0.961	-0.87

---

**Sintomatología Depresiva**

---

1	2.56	2.11	-0.17578125	-0.476	-0.874	0.45
2	2.11	2.33	0.1042654	0.233	-0.448	-0.22
3	2.44	2	-0.18032787	-0.466	-0.939	0.44
4	2.78	2.89	0.03956835	0.116	-0.143	-0.11
5	3.11	2.44	<b>-0.21543408</b>	-0.709	-0.761	0.67
6	1.56	1.44	-0.07692308	-0.127	-1.154	0.12
7	3.67	2.56	<b>-0.30245232</b>	-1.175	-0.875	1.11
8	3.44	3.33	-0.03197674	-0.116	-0.039	0.11
9	2.56	3.11	0.21484375	0.582	0.184	-0.55
10	3.44	3.22	-0.06395349	-0.233	-0.078	0.22
11	3.67	2.67	<b>-0.27247956</b>	-1.059	-0.759	1
12	4	2.33	<b>-0.4175</b>	-1.768	-1.26	1.67
13	5.11	1.22	<b>-0.76125245</b>	<b>-4.118*</b>	<b>-2.912*</b>	<b>3.89*</b>
14	4.56	2.22	<b>-0.51315789</b>	<b>-2.477*</b>	-1.615	<b>2.34*</b>
15	1.67	2.22	0.32934132	0.582	-0.375	-0.55
16	2.56	3.22	0.2578125	0.699	0.301	-0.66
17	3.44	3.56	0.03488372	0.127	0.282	-0.12
18	4	2.78	<b>-0.305</b>	-1.291	-0.784	1.22
19	3.22	3.22	0	0	0	0
20	2.67	2.78	0.0411985	0.116	-0.212	-0.11
21	6	4.89	-0.185	-1.175	0.59	1.11
22	3.22	3.33	0.03416149	0.116	0.133	-0.11
23	3.56	3.78	0.06179775	0.233	0.464	-0.22
24	4.44	1.78	<b>-0.5990991</b>	<b>-2.816*</b>	<b>-2.032*</b>	<b>2.66*</b>
25	3.56	1	<b>-0.71910112</b>	<b>-2.71*</b>	<b>-2.479*</b>	<b>2.56*</b>
26	3.89	1	<b>-0.74293059</b>	<b>-3.059*</b>	<b>-2.621*</b>	<b>2.89*</b>
27	3	1.44	<b>-0.52</b>	-1.651	-1.773	1.56
28	2.56	1.33	<b>-0.48046875</b>	-1.302	-1.7	1.23

29	3.78	4.33	0.14550265	0.582	-0.951	-0.55
30	2.44	2	-0.18032787	-0.466	-0.939	0.44
31	1.78	2.44	0.37078652	0.699	-0.19	-0.66
32	2.67	4.33	0.62172285	1.757	1.428	-1.66
33	2.67	2.22	-0.16853933	-0.476	-0.805	0.45
34	2.67	1.11	<b>-0.58426966</b>	-1.651	<b>-1.98*</b>	1.56
35	2	1.56	<b>-0.22</b>	-0.466	-1.216	0.44
36	2.22	1	<b>-0.54954955</b>	-1.291	-1.903	1.22
37	3.67	3.11	-0.15258856	-0.593	-0.293	0.56
38	3.44	2.44	<b>-0.29069767</b>	-1.059	-0.903	1
39	2.33	1.44	<b>-0.38197425</b>	-0.942	-1.485	0.89
40	3.11	2.33	<b>-0.25080386</b>	-0.826	-0.878	0.78
41	3.67	2.33	<b>-0.36512262</b>	-1.418	-1.119	1.34
42	3.89	2.89	<b>-0.25706941</b>	-1.059	-0.62	1

---

**Asertividad**

---

1	3	3.67	<b>0.22333333</b>	0.681	0.345	-0.67
2	4	4.56	0.14	0.569	1.1	-0.56
3	5	3.78	-0.244	-1.24	-0.023	1.22
4	4.78	3.22	-0.32635983	-1.586	-0.534	1.56
5	3.89	3.56	-0.0848329	-0.336	0.02	0.33
6	4.22	4.67	0.10663507	0.458	1.069	-0.45
7	4.67	4.44	-0.04925054	-0.234	0.727	0.23
8	3.78	3.67	-0.02910053	-0.112	0.158	0.11
9	4.44	4.44	0	0	0	0
10	3.33	2.67	-0.1981982	-0.671	-0.751	0.66
11	3.44	2.89	-0.15988372	-0.559	-0.553	0.55
12	3	4.78	<b>0.59333333</b>	1.81	1.474	-1.78
13	2.89	5.44	<b>0.88235294</b>	<b>2.593*</b>	<b>2.171*</b>	<b>-2.55*</b>
14	2.89	5	<b>0.73010381</b>	<b>2.143*</b>	1.724	<b>-2.11*</b>
15	4.44	4.56	0.02702703	0.122	0.905	-0.12
16	2.67	3.78	<b>0.41573034</b>	1.126	0.536	-1.11
17	3.11	4.11	<b>0.32154341</b>	1.017	0.766	-1
18	2.67	5	<b>0.87265918</b>	<b>2.369*</b>	1.777	<b>-2.33*</b>
19	3.78	4.11	0.08730159	0.336	0.605	-0.33
20	1.89	4.33	<b>1.29100529</b>	<b>2.481*</b>	1.283	<b>-2.44*</b>
21	1	2.67	<b>1.67</b>	1.698	-0.192	-1.67
22	3.22	3.56	0.10559006	0.346	0.181	-0.34
23	4.22	4.78	0.13270142	0.569	1.181	-0.56
24	2.67	4.89	<b>0.83146067</b>	<b>2.257*</b>	1.665	<b>-2.22*</b>
25	3.33	5.11	<b>0.53453453</b>	1.81	1.73	-1.78
26	3.11	6	<b>0.92926045</b>	<b>2.938*</b>	<b>2.688*</b>	<b>-2.89*</b>
27	1.89	5.22	<b>1.76190476</b>	<b>3.386*</b>	<b>2.188*</b>	<b>-3.33*</b>
28	2.56	5.11	<b>0.99609375</b>	<b>2.593*</b>	1.915	<b>-2.55*</b>
29	2.78	3.67	<b>0.32014388</b>	0.905	0.398	-0.89



30	3.67	4.22	0.14986376	0.559	0.744	-0.55
31	3.89	3.44	-0.11568123	-0.458	-0.102	0.45
32	3.89	3.22	-0.1722365	-0.681	-0.326	0.67
33	4.56	5.56	<b>0.21929825</b>	1.017	1.893	-1
34	3.89	4.78	<b>0.22879177</b>	0.905	1.26	-0.89
35	5.11	5.44	0.06457926	0.336	1.639	-0.33
36	4.78	5.44	0.13807531	0.671	1.718	-0.66
37	3.44	3.89	0.13081395	0.458	0.463	-0.45
38	3.33	3.44	0.03303303	0.112	0.032	-0.11
39	4	5.44	<b>0.36</b>	1.464	1.905	-1.44
40	4.33	5.11	0.18013857	0.793	1.49	-0.78
41	2.78	4.44	<b>0.5971223</b>	1.688	1.181	-1.66
42	3	5	<b>0.66666667</b>	<b>2.034*</b>	1.698	<b>-2*</b>
<b>Regulación Emocional</b>						
1	3.57	3.71	0.03921569	0.148	0.376	-0.14
2	4	2.14	-0.465	-1.972	-1.367	1.86
3	3.43	4	0.16618076	0.604	0.709	-0.57
4	3.71	3.43	-0.0754717	-0.297	0.054	0.28
5	3	2.86	-0.04666667	-0.148	-0.422	0.14
6	3	2.86	-0.04666667	-0.148	-0.422	0.14
7	3.57	2	-0.43977591	-1.665	-1.437	1.57
8	3.71	4	0.07816712	0.307	0.658	-0.29
9	4.57	3.71	-0.18818381	-0.812	0.195	0.86
10	3.57	3.71	0.03921569	0.148	0.376	-0.14
11	3.57	1.57	-0.56022409	-2.12	-1.893	2
12	2.14	2.43	0.13551402	0.307	-0.722	-0.29
13	3.14	3.57	0.13694268	0.456	0.305	-0.43
14	2	2.86	<b>0.43</b>	0.912	-0.241	-0.86
15	3.86	3	-0.22279793	-0.912	-0.429	0.86
16	2.71	4	<b>0.47601476</b>	1.368	0.839	-1.29
17	3.71	4	0.07816712	0.307	0.658	-0.29
18	2.57	3.86	<b>0.50194553</b>	1.368	0.716	-1.29
19	3.71	4	0.07816712	0.307	0.658	-0.29
20	2.86	3.86	<b>0.34965035</b>	1.06	0.664	-1
21	1.71	3.14	<b>0.83625731</b>	1.519	0.109	-1.43
22	3.86	3.57	-0.07512953	-0.307	0.175	0.29
23	2.86	3.57	<b>0.24825175</b>	0.753	0.356	-0.71
24	2.14	2.86	<b>0.3364486</b>	0.763	-0.266	-0.72
25	2.86	3.14	0.0979021	0.297	-0.1	-0.28
26	1.71	3.14	<b>0.83625731</b>	1.516	0.109	-1.43
27	2.43	3.29	<b>0.35390947</b>	0.912	0.137	-0.86
28	3.57	3.14	-0.12044818	-0.456	-0.228	0.43
29	4.43	4	-0.09706546	-0.456	0.527	0.43
30	3.43	3.71	0.08163265	0.297	0.401	-0.28

31	4	3.57	-0.1075	-0.456	0.15	0.43
32	3.71	2.86	-0.22911051	-0.901	-0.551	0.85
33	4.29	4.14	-0.03496503	-0.159	0.701	0.15
34	5	3.14	-0.372	-1.972	-0.488	1.86
35	4.14	3.43	-0.17149758	-0.753	-0.024	0.71
36	4.43	3.14	-0.29119639	-1.368	-0.384	1.29
37	3.57	3.71	0.03921569	0.148	0.376	-0.14
38	3.57	3.14	-0.12044818	-0.456	-0.228	0.43
39	3.43	3.43	0	0	0	0
40	2.86	3.14	0.0979021	0.297	-0.1	-0.28
41	3	4.57	<b>0.52333333</b>	1.665	1.39	-1.57
42	4.29	3.29	-0.23310023	-1.06	-0.2	1
<b>Bienestar Subjetivo</b>						
1	4.07	5.04	<b>0.23832924</b>	1.211	1.179	-0.97
2	4.5	5	0.11111111	0.624	0.897	-0.5
3	5	5.68	0.136	0.849	1.476	-0.68
4	4.79	5.82	<b>0.21503132</b>	1.285	1.764	-1.03
5	3.86	4.68	<b>0.21243523</b>	1.023	0.844	-0.82
6	4.14	4.96	0.19806763	1.023	1.042	-0.82
7	3.5	3.82	0.09142857	0.399	-0.035	-0.32
8	4.96	3.93	-0.20766129	-1.285	-0.687	1.03
9	3.32	4.25	<b>0.28012048</b>	1.161	0.599	-0.93
10	3.25	3.36	0.03384615	0.137	-0.474	-0.11
11	4.93	3.14	-0.36308316	-2.234	-1.656	1.79
12	4.46	4.54	0.01793722	0.1	0.345	-0.08
13	1.79	3.54	<b>0.97765363</b>	<b>2.184*</b>	0.54	<b>-1.75*</b>
14	4	4	0	0	0	0
15	3.25	4.54	<b>0.39692308</b>	1.61	0.999	-1.29
16	4.07	4.25	0.04422604	0.225	0.164	-0.18
17	4	4	0	0	0	0
18	3.79	4.89	<b>0.29023747</b>	1.373	1.144	-1.1
19	4	4	0	0	0	0
20	4.14	4.86	0.17391304	0.899	0.917	-0.72
21	1.43	4.82	<b>2.37062937</b>	<b>4.231*</b>	<b>2.331*</b>	<b>-3.39*</b>
22	4.29	4.32	0.00699301	0.037	0.162	-0.03
23	3.29	4.18	<b>0.27051672</b>	1.111	0.528	-0.89
24	3.86	5.71	<b>0.47927461</b>	<b>2.309*</b>	<b>2.129*</b>	<b>-1.85*</b>
25	4	4.39	0.0975	0.487	0.406	-0.39
26	3.68	5.82	<b>0.58152174</b>	<b>2.671*</b>	<b>2.364*</b>	<b>-2.14*</b>
27	4.29	5.71	<b>0.33100233</b>	1.772	1.847	-1.42
28	4.11	4.29	0.04379562	0.225	0.222	-0.18
29	4.46	3.89	-0.12780269	-0.711	-0.466	0.57
30	4.39	4.71	0.07289294	0.399	0.595	-0.32
31	5.39	4.68	-0.13172542	-0.886	0.017	0.71

32	4.86	5	0.02880658	0.175	0.703	-0.14
33	5.32	6	0.12781955	0.849	1.702	-0.68
34	4.57	5.64	<b>0.23413567</b>	1.335	1.658	-1.07
35	5.43	5.79	0.06629834	0.075	1.006	-0.36
36	5.39	5.93	0.10018553	0.674	1.577	-0.54
37	3.79	3.79	0	0	0	0
38	3.36	5.39	<b>0.60416667</b>	<b>2.533*</b>	<b>2*</b>	<b>-2.03*</b>
39	3.86	5.82	<b>0.50777202</b>	<b>2.466*</b>	<b>2.266*</b>	<b>-1.96*</b>
40	4.18	4.79	0.14593301	0.761	0.808	-0.61
41	4.04	4.79	0.18564356	0.936	0.884	-0.75
42	3.93	4.82	<b>0.2264631</b>	1.111	0.981	-0.89

---

**Intensidad de Sentimientos Positivos**

---

1	7.6	8.6	0.13157895	0.41	0.413	-1
2	10	10	0	0	0	0
3	7.4	9.2	<b>0.24324324</b>	0.738	0.686	-1.8
4	6.6	8	<b>0.21212121</b>	0.574	0.31	-1.4
5	10	7.8	-0.22	-0.903	-0.238	2.2
6	9.4	9	-0.04255319	-0.164	0.335	0.4
7	9	10	0.11111111	0.41	0.799	-1
8	9	6.4	-0.28888889	-1.067	-0.678	2.6
9	1.8	1.2	-0.33333333	-0.246	-1.842	0.6
10	5.4	7.8	<b>0.44444444</b>	0.985	0.381	-2.4
11	9	9	0	0	0	0
12	8.6	8.8	0.02325581	0.082	0.36	-0.2
13	2.2	3.6	<b>0.63636364</b>	0.574	-0.912	-1.4
14	5.2	9	<b>0.73076923</b>	1.559	0.9	-3.8
15	9.6	9.6	0	0	0	0
16	5	8.8	<b>0.76</b>	1.559	0.845	-3.8
17	8.2	9.4	0.14634146	0.492	0.66	-1.2
18	5.4	10	<b>0.85185185</b>	1.887	1.238	-4.6
19	8	8.6	0.075	0.246	0.359	-0.6
20	9.4	10	0.06382979	0.246	0.745	-0.6
21	4.2	10	<b>1.38095238</b>	<b>2.379*</b>	1.445	<b>-5.8*</b>
22	7.2	7	-0.02777778	-0.082	-0.19	0.2
23	4.4	10	<b>1.27272727</b>	<b>2.297*</b>	1.418	<b>-5.6*</b>
24	6.2	10	<b>0.61290323</b>	1.559	1.176	-3.8
25	7.6	10	<b>0.31578947</b>	0.985	0.987	-2.4
26	6.6	10	<b>0.51515152</b>	1.395	1.122	-3.4
27	7.6	9.6	<b>0.26315789</b>	0.82	0.823	-2
28	8.2	8.4	0.02439024	0.082	0.25	-0.2
29	7.6	5.8	-0.23684211	-0.738	-0.736	1.8
30	7.6	9	0.18421053	0.574	0.577	-1.4
31	9.8	5.4	-0.44897959	-1.805	-1.196	4.4
32	9.8	2.6	-0.73469388	-2.954	-2.345	7.2

33	9.6	10	0.04166667	0.164	0.718	-0.4
34	10	10	0	0	0	0
35	9.8	9.4	-0.04081633	-0.164	0.445	0.4
36	9.8	10	0.02040816	0.082	0.691	-0.2
37	9	9	0	0	0	0
38	5.4	8.6	<b>0.59259259</b>	1.313	0.709	-3.2
39	8	10	<b>0.25</b>	0.82	0.933	-2
40	7.6	8.8	0.15789474	0.492	0.495	-1.2
41	4.2	9	<b>1.14285714</b>	<b>1.969*</b>	1.034	<b>-4.8*</b>
42	7.4	5.8	-0.21621622	-0.656	-0.709	1.6
<b>Intensidad de Sentimientos Negativos</b>						
1	8.4	5.2	<b>-0.38095238</b>	-1.214	-0.575	3.2
2	2.8	3.2	0.14285714	0.152	-0.474	-0.4
3	2.2	4.4	1	0.834	0.074	-2.2
4	6.4	1	<b>-0.84375</b>	<b>-2.048*</b>	-1.861	<b>5.4*</b>
5	10	2.6	<b>-0.74</b>	<b>-2.086*</b>	-1.807	<b>7.4*</b>
6	4.6	2	<b>-0.56521739</b>	-0.986	-1.205	2.6
7	7.6	1	<b>-0.86842105</b>	<b>-2.503*</b>	<b>-2.045*</b>	<b>6.6*</b>
8	4	2	<b>-0.5</b>	-0.758	-1.113	2
9	7	10	0.42857143	1.138	1.46	-3
10	5.8	8.2	0.4137931	0.91	0.962	-2.4
11	4	0.6	<b>-0.85</b>	-1.289	-1.644	3.4
12	3.4	3.6	0.05882353	0.076	-0.414	-0.2
13	9	4.8	<b>-0.46666667</b>	-1.593	0.819	4.2
14	9.2	7.2	<b>-0.2173913</b>	-0.758	0.06	2
15	0.6	6	9	2.048	0.926	-5.4
16	1.8	0.6	<b>-0.66666667</b>	-0.455	-1.306	1.2
17	8.2	9	0.09756098	0.303	0.897	-0.8
18	5.4	5.4	0	0	0	0
19	3	4.2	0.4	0.455	-0.125	-1.2
20	7	3.6	<b>-0.48571429</b>	-1.289	-0.967	3.4
21	9.8	8.2	-0.16326531	-0.607	0.347	1.6
22	5	8.6	0.72	1.365	1.236	-3.6
23	8.4	0	<b>-1</b>	<b>-3.186*</b>	<b>-2.547*</b>	<b>8.4*</b>
24	5.6	0	<b>-1</b>	<b>-2.124*</b>	<b>-2.117*</b>	<b>5.6*</b>
25	4.8	4.2	-0.125	-0.228	-0.402	0.6
26	5.4	0	<b>-1</b>	<b>-2.048*</b>	<b>-2.087*</b>	<b>5.4*</b>
27	5.8	1.8	<b>-0.68965517</b>	-1.517	-1.465	4
28	2.4	4.2	0.75	0.683	-0.033	-1.8
29	6.8	6	-0.11764706	-0.303	-0.026	0.8
30	4.8	5.8	0.20833333	0.379	0.205	-1
31	8	7.4	-0.075	-0.228	0.32	0.6
32	6.4	10	0.5625	1.365	1.522	-3.6
33	4	9	1.25	1.896	1.542	-5

34	2.6	1.8	<b>-0.30769231</b>	-0.303	-0.974	0.8
35	2.4	5.4	1.25	1.138	0.422	-3
36	0.8	1.8	1.25	0.379	-0.697	-1
37	8.4	6.6	<b>-0.21428571</b>	-0.683	-0.044	1.8
38	7	5	<b>-0.28571429</b>	-0.758	-0.436	2
39	4.2	1.2	<b>-0.71428571</b>	-1.138	-1.447	3
40	8.8	7.6	-0.13636364	-0.455	0.273	1.2
41	9.4	9.2	-0.0212766	-0.076	-0.788	0.2
42	8.2	8.4	0.02439024	0.076	0.669	-0.2

Nota. Los datos de las columnas Pre-Test y Post-Test corresponden a la puntuación promedio por participante en las variables de estudio. Los puntajes resaltados en color negro son aquellos Índices de Cambio Confiable (RCI) significativos según cada autor.

\*p<.05

Respecto de los factores de regulación emocional (ver Tabla 44b), los resultados indican, de manera general, que cinco mujeres en situación de calle presentaron modificaciones pertinentes en su funcionamiento diario según Jacobson y Truax (1991) e Irvin (2011), un rango de 1-4 participantes de acuerdo con Speer (1992) y de 16-18 con base en Cardiel (1994).

Mediante todos los índices de cambio confiable se detectaron cambios relevantes tanto en las estrategias funcionales como en las disfuncionales de regulación emocional, denotando, así, que las participantes presentaron más estrategias funcionales y menos disfuncionales después del tratamiento implementado.

**Tabla 44b.**

**Análisis de la significancia clínica individual por factor de regulación emocional en el grupo con tratamiento cognitivo-conductual (n=42)**

Participante	M		RCI			
	Pre-Test	Post-Test	Cardiel (1994)	Jacobson y Truax (1991)	Speer (1992)	Irvin (2011)
<b>Estrategias Funcionales de Regulación Emocional</b>						
1	3.67	3.67	0	0	0	0
2	4.67	3.67	-0.21413276	-0.725	-0.143	-1
3	5.33	6	0.12570356	0.486	1.414	0.67
4	4.67	4	-0.14346895	-0.486	0.096	-0.67
5	3.67	3.33	-0.09264305	-0.247	-0.191	-0.34
6	4	3.67	-0.0825	-0.239	-0.01	-0.33
7	3.67	2.67	-0.27247956	-0.725	-0.669	-1
8	4	4.67	0.1675	0.486	0.715	0.67
9	5.67	4	-0.29453263	-1.211	-0.104	-1.67
10	3.33	4	<b>0.2012012</b>	0.486	0.363	0.67
11	3.67	2.33	-0.36512262	-0.972	-0.916	-1.34
12	1.67	3.33	<b>0.99401198</b>	1.204	0.208	1.66
13	2.33	5.67	<b>1.43347639</b>	<b>2.422*</b>	1.773	<b>3.34*</b>
14	2.33	3.67	<b>0.5751073</b>	0.972	0.323	1.34
15	4.33	4	-0.07621247	-0.239	0.164	-0.33
16	3.33	4	<b>0.2012012</b>	0.486	0.363	0.67
17	4	4	0	0	0	0

18	1.67	4.67	<b>1.79640719</b>	<b>2.175*</b>	1.18	<b>3*</b>
19	4	4	0	0	0	0
20	4	4.67	0.1675	0.486	0.715	0.67
21	1	4.67	<b>3.67</b>	<b>2.661*</b>	1.313	<b>3.67*</b>
22	4	3.67	-0.0825	-0.239	-0.01	-0.33
23	3.67	2.33	-0.36512262	-0.972	-0.916	-1.34
24	2.67	5.33	<b>0.99625468</b>	1.929	1.459	2.66
25	3.33	6	<b>0.8018018</b>	1.936	1.813	2.67
26	1	6	<b>5</b>	<b>3.625*</b>	<b>2.278*</b>	<b>5*</b>
27	2.67	5.67	<b>1.12359551</b>	<b>2.175*</b>	1.705	<b>3*</b>
28	3	5	<b>0.66666667</b>	1.45	1.154	2
29	5.67	4.67	-0.17636684	-0.725	0.382	-1
30	4.33	5.67	<b>0.30946882</b>	0.972	1.375	1.34
31	5.33	4	-0.24953096	-0.964	-0.036	-1.33
32	3.33	2.67	-0.1981982	-0.479	-0.601	-0.66
33	5	5.33	0.066	0.239	0.994	0.33
34	6	6	0	0	0	0
35	5.33	6	0.12570356	0.486	1.414	0.67
36	5.67	6	0.05820106	0.239	1.347	0.33
37	3.67	3.67	0	0	0	0
38	3.33	3.67	0.1021021	0.247	0.124	0.34
39	4	6	<b>0.5</b>	1.45	1.68	2
40	3	4.33	<b>0.44333333</b>	0.964	0.668	1.33
41	1.33	4	<b>2.0075188</b>	1.936	0.762	2.67
42	4.33	3.67	-0.15242494	-0.479	-0.076	-0.66

---

**Estrategias Disfuncionales de Regulación Emocional**

---

1	3.5	3.75	0.07142857	0.225	0.511	0.25
2	3.5	1	<b>-0.71428571</b>	<b>-2.254*</b>	<b>-1.968*</b>	<b>-2.5*</b>
3	2	2.5	0.25	0.451	-0.397	0.5
4	3	3	0	0	0	0
5	2.5	2.5	0	0	0	0
6	2.25	2.25	0	0	0	0
7	3.5	1.5	<b>-0.57142857</b>	-1.803	-1.517	-2
8	3.5	3.5	0	0	0	0
9	3.75	3.5	-0.06666667	-0.225	0.249	-0.25
10	3.75	3.5	-0.06666667	-0.225	0.249	-0.25
11	3.5	1	<b>-0.71428571</b>	<b>-2.254*</b>	<b>-1.968*</b>	<b>-2.5*</b>
12	2.5	1.75	<b>-0.3</b>	-0.676	-1.146	-0.75
13	3.75	2	<b>-0.46666667</b>	-1.578	-1.103	-1.75
14	1.75	2.25	0.28571429	0.451	-0.586	0.5
15	3.5	2.25	<b>-0.35714286</b>	-1.127	-0.841	-1.25
16	2.25	4	0.77777778	1.578	0.919	1.75
17	3.5	4	0.14285714	0.451	0.736	0.5
18	3.25	3.25	0	0	0	0

19	3.5	4	0.14285714	0.451	0.736	0.5
20	2	3.25	0.625	1.127	0.279	1.25
21	2.25	2	-0.11111111	-0.225	-0.884	-0.25
22	3.75	3.5	-0.06666667	-0.225	0.249	-0.25
23	2.25	4.5	1	2.028	1.37	2.25
24	1.75	1	<b>-0.42857143</b>	-0.676	-1.713	-0.75
25	2.5	1	<b>-0.6</b>	-1.352	-1.822	-1.5
26	2.25	1	<b>-0.55555556</b>	-1.127	-1.786	-1.25
27	2.25	1.5	<b>-0.33333333</b>	-0.676	-1.335	-0.75
28	4	1.75	<b>-0.5625</b>	<b>-2.028*</b>	-1.365	<b>-2.25*</b>
29	3.5	3.5	0	0	0	0
30	2.75	2.25	-0.18181818	-0.451	-0.732	-0.5
31	3	3.25	0.08333333	0.225	0.133	0.25
32	4	3	<b>-0.25</b>	-0.901	-0.238	-1
33	3.75	3.25	-0.13333333	-0.451	0.024	-0.5
34	4.25	1	<b>-0.76470588</b>	<b>-2.93*</b>	<b>-2.078*</b>	<b>-3.25*</b>
35	3.25	1.5	<b>-0.53846154</b>	-1.578	-1.481	-1.75
36	3.5	1	<b>-0.71428571</b>	<b>-2.254*</b>	<b>-1.968*</b>	<b>-2.5*</b>
37	3.5	3.75	0.07142857	0.225	0.511	0.25
38	3.75	2.75	<b>-0.26666667</b>	-0.901	-0.427	-1
39	3	1.5	<b>-0.5</b>	-1.352	-1.444	-1.5
40	2.75	2.25	-0.18181818	-0.451	-0.732	-0.5
41	4.25	5	0.17647059	0.676	1.528	0.75
42	4.25	3	<b>-0.29411765</b>	-1.127	-0.275	-1.25

Nota. Los datos de las columnas Pre-Test y Post-Test corresponden a la puntuación promedio por participante en las variables de estudio. Los puntajes resaltados en color negro son aquellos Índices de Cambio Confiable (RCI) significativos según cada autor.

\*p<.05

Aunado a lo anterior, el impacto y significancia clínica del tratamiento se constata con las diferencias percibidas por parte del cuidador principal (familiares o personal institucional), ya que tales evaluaciones subjetivas muestran que, usando la Chi-cuadrada, que el 76.19% (n=32) de las participantes sí cambiaron ( $\chi^2=11.524$ ,  $p=.001$ ) presentando mejorías mayores o iguales al 60% ( $\chi^2=16.476$ ,  $p=.001$ ).

Por otra parte, los datos obtenidos se corroboran con las verbalizaciones de las mujeres en situación de calle y de sus cuidadores primarios. A continuación se mencionarán algunos ejemplos:

- Niña de 9 años:  
"Ya no me digo cosas feas".
- Niña de 10 años:  
"Puedo hablar con mi mamá y contarle mis cosas".
- Niña de 10 años:  
"Ya no me dejo. Me defiendo cuando me dicen cosas feas".
- Niña de 10 años:  
"Creo y confío en mí misma".
- Niña de 11 años:  
"No me siento mal cuando mis compañeros me molestan".

- Niña de 11 años:  
“Subí de calificaciones y la maestra ya no me regaña”.
- Adolescente de 12 años:  
“Ahora me siento mucho mejor conmigo misma”.
- Adolescente de 12 años:  
“He aprendido a resolver mis problemas”.
- Adolescente de 13 años:  
“Sé que hice mal, le contesté feo, me equivoqué”.
- Adolescente de 13 años:  
“Ya no me digo cosas feas como antes”.
- Adolescente de 14 años:  
“Ya no le pego a mi mamá”.
- Adolescente de 14 años:  
“Lastimé a un chico y no debí hacerlo”.
- Adolescente de 15 años:  
“Ahora me controlo más”
- Adolescente de 16 años:  
“Aprendí a relajarme y me siento más tranquila”.
- Adolescente de 17 años:  
“Ya no me enojo por lo que me dicen en mi trabajo. Ahora se sobrellevar las cosas”.
- Adolescente de 17 años:  
“Ya no le contesto a la consejera”.
- Adolescente de 17 años:  
“He aprendido a que sola puedo salir adelante”.
- Adolescente de 17 años:  
“He podido el evitar el volver a tomar”.
- Madre niña de 11 años:  
“Mi hija ahora se defiende y no deja que ni la familia le diga de cosas”.
- Madre niña de 11 años:  
“La relación con mi hija ha mejorado mucho”.
- Madre niña de 11 años:  
“Mi hija es más sociable y ya se defiende”.
- Madre adolescente de 12 años:  
“Mi hija está mucho mejor. Sí ha mejorado”.
- Personal Institucional en niñas de 10-11 años:  
“Han subido de calificaciones y se portan mejor. No hacen berrinches como antes”.
- Personal Institucional en adolescentes de 13-17 años:  
“Las chicas retan a la autoridad”.

Finalmente, para evaluar si los efectos del tratamiento se mantienen con el paso del tiempo, se hizo un seguimiento a los dos meses de haber concretado el mismo. No obstante, para entonces algunas de las participantes (n=7, 5 en riesgo de calle y 2 de calle) ya habían abandonado la institución asistencial de residencia por cuestiones familiares o por insatisfacción con la institución. Por tanto, los datos obtenidos se analizaron con 35 niñas y jóvenes en situación de calle que formaron parte del grupo con tratamiento cognitivo-conductual (Grupo con TCC) (n=42). El análisis de varianza de medidas repetidas realizado muestra resultados estadísticamente significativos para las variables de sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, bienestar subjetivo e intensidad de sentimientos tanto positivos como negativos (ver Tabla 45). Nuevamente en esta ocasión, se efectuó dicho análisis estadístico para determinar diferencias por factor de regulación emocional encontrando divergencias relevantes tanto en estrategias funcionales como en las disfuncionales para el manejo y control de emociones. Los



efectos de la intervención a los dos meses fueron moderados (coeficiente eta:  $\eta$ ) para todas las variables de estudio incluyendo los factores antes mencionados.

**Tabla 45.**  
**Diferencias en las variables de estudio en el Grupo con TCC (n=35) a los dos meses de seguimiento**

	M(DE)			F	gl	p	$\eta$
	Pre-Test	Post-Test	Seguimiento 2 meses				
Sintomatología Ansiosa	3.66(.84)	3.13(.98)	2.85(.78)	17.062	2, 68	.000**	0.53
Sintomatología Depresiva	3.13(.97)	2.50(.92)	2.28(.69)	12.861	2, 68	.000**	0.45
Asertividad	3.49(.94)	4.23(.67)	4.32(.51)	15.664	2, 68	.000**	0.54
Regulación Emocional (RE)	3.31(.71)	3.35(.62)	3.28(.55)	0.140	2, 68	.869	---
Bienestar Subjetivo	4.02(.86)	4.70(.78)	4.68(.71)	12.102	2, 68	.000**	0.52
Intensidad de Sentimientos Positivos	7.31(2.27)	8.40(2.16)	7.99(1.83)	3.781	2, 68	.028*	0.32
Intensidad de Sentimientos Negativos	5.73(2.66)	4.46(3.13)	4.02(2.29)	6.241	2, 68	.003**	0.39
Estrategias Funcionales de RE	3.62(1.21)	4.31(1.08)	4.49(.944)	7.504	2, 68	.001**	0.43
Estrategias Disfuncionales de RE	3.08(.72)	2.64(1.12)	2.38(.92)	7.559	2, 68	.001**	.043

Nota. No se reportan tamaños del efecto (coeficiente eta:  $\eta$ ) para variables en las que la F del ANOVA para medidas repetidas no fue significativa.

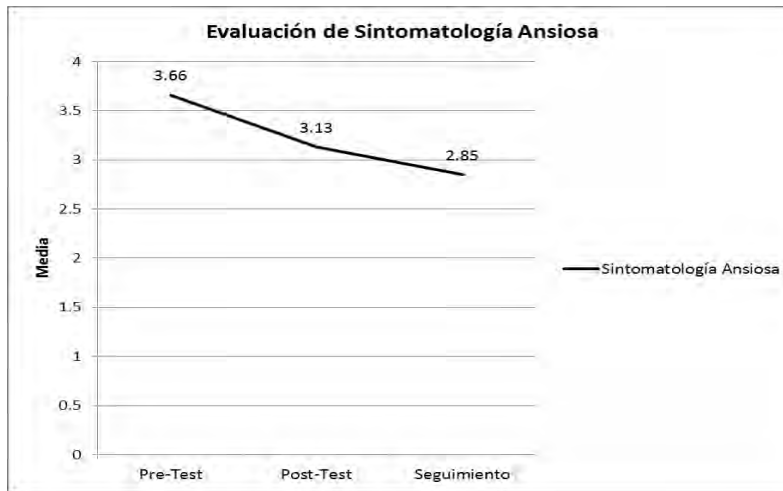
\*p<.05

\*\*p<.01

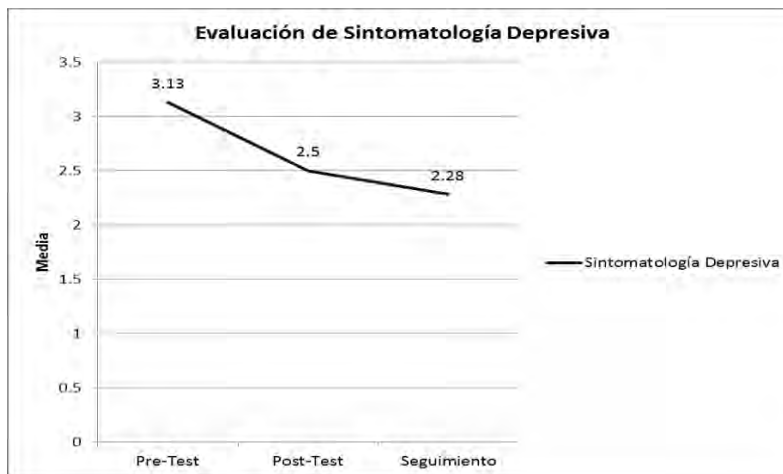
Para determinar entre qué evaluaciones (pre-test, post-test o seguimiento) existen discrepancias, se llevaron a cabo comparaciones múltiples usando el ajuste de Bonferroni. Los resultados indican disparidad entre el pre-test y las medidas posteriores para las variables de síntomas de ansiedad (ver Gráfica 1) y depresión (ver Gráfica 2), asertividad (ver Gráfica 3) y bienestar subjetivo (ver Gráfica 4). Esto es, a los dos meses de haber recibido la intervención, las participantes presentaron menos sintomatología ansiosa y depresiva que en el pre-test y en el post-test, y un nivel de asertividad y de bienestar subjetivo más alto que en las mediciones previas.

En cuanto a los factores de regulación emocional, tanto para las estrategias funcionales (ver Gráfica 5) como para las disfuncionales (ver Gráfica 6), se obtuvieron divergencias sólo entre el pre-test y el seguimiento a los dos meses.

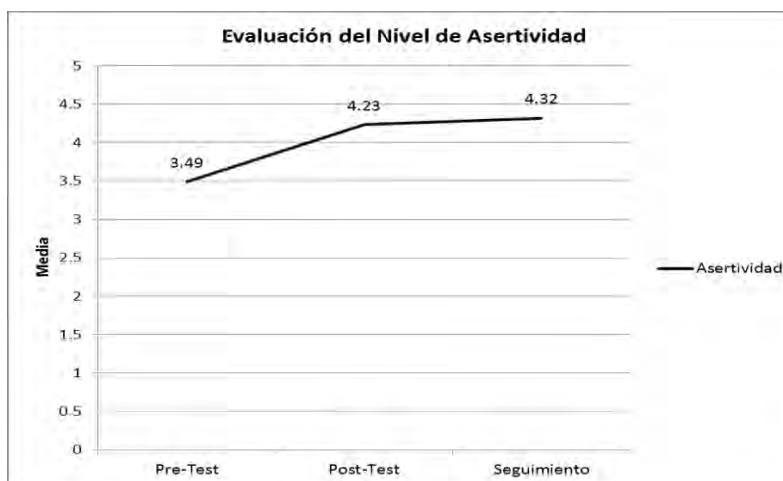
En el caso de intensidad de emociones, para las negativas hubo diferencias únicamente entre el pre-test y el seguimiento a los dos meses (ver Gráfica 7); mientras que para las positivas el ajuste de Bonferroni no reveló diferencias estadísticamente significativas entre las tres mediciones (ver Gráfica 8). Como tal, los sentimientos negativos se experimentaron con menor fuerza y los positivos se mantuvieron constantes a lo largo de las tres evaluaciones.



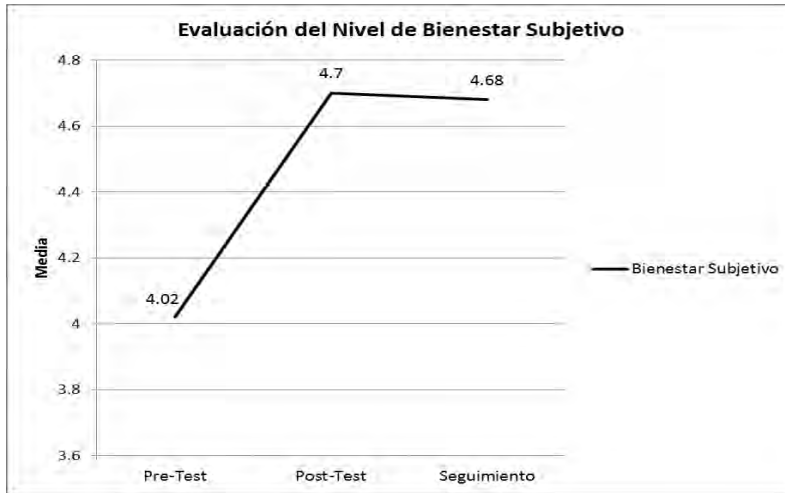
Gráfica 1. Medias en las tres mediciones para la variable de sintomatología ansiosa. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, la diferencia entre las medias del pre-test y del post-test fue significativa al  $p=.002$ , y entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses al  $p=.000$ .



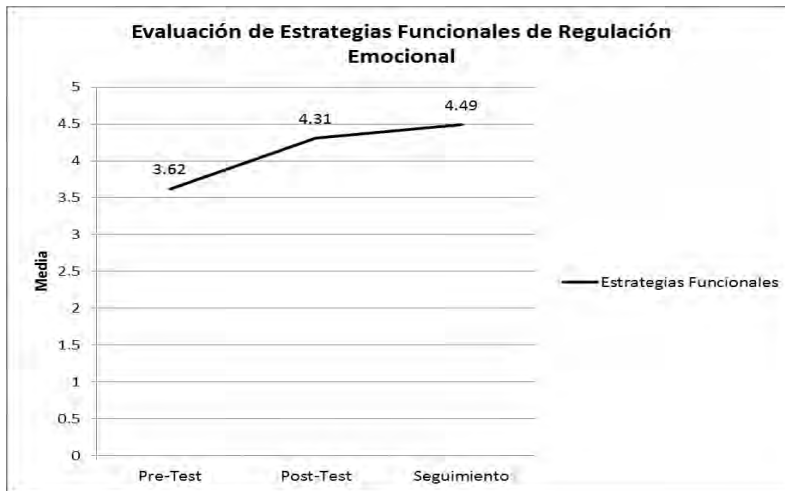
Gráfica 2. Medias en las tres mediciones para la variable de sintomatología depresiva. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, la diferencia entre las medias del pre-test y del post-test fue significativa al  $p=.007$ , y entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses al  $p=.000$ .



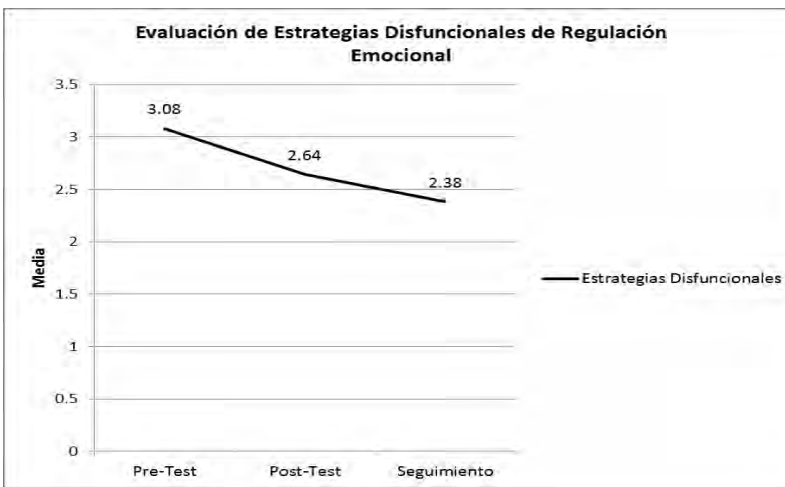
Gráfica 3. Medias en las tres mediciones para la variable de asertividad. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, la diferencia entre las medias del pre-test y del post-test fue significativa al  $p=.001$ , y entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses al  $p=.000$ .



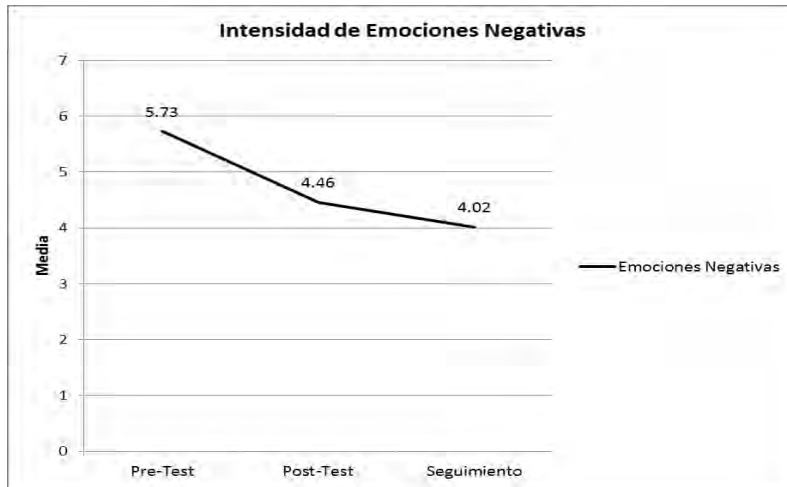
Gráfica 4. Medias en las tres mediciones para la variable de bienestar subjetivo. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, la diferencia entre las medias del pre-test y del post-test para el índice de bienestar subjetivo fue significativa al  $p=.001$ , y entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses al  $p=.002$ .



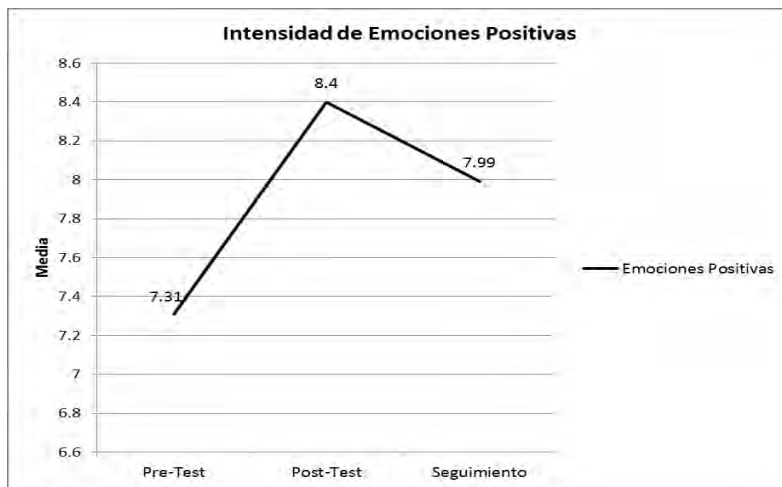
Gráfica 5. Medias en las tres mediciones para el factor de regulación emocional estrategias funcionales. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, únicamente la diferencia entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses fue significativa al  $p=.001$ .



Gráfica 6. Medias en las tres mediciones para el factor de regulación emocional estrategias disfuncionales. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, únicamente la diferencia entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses fue significativa al  $p=.001$ .

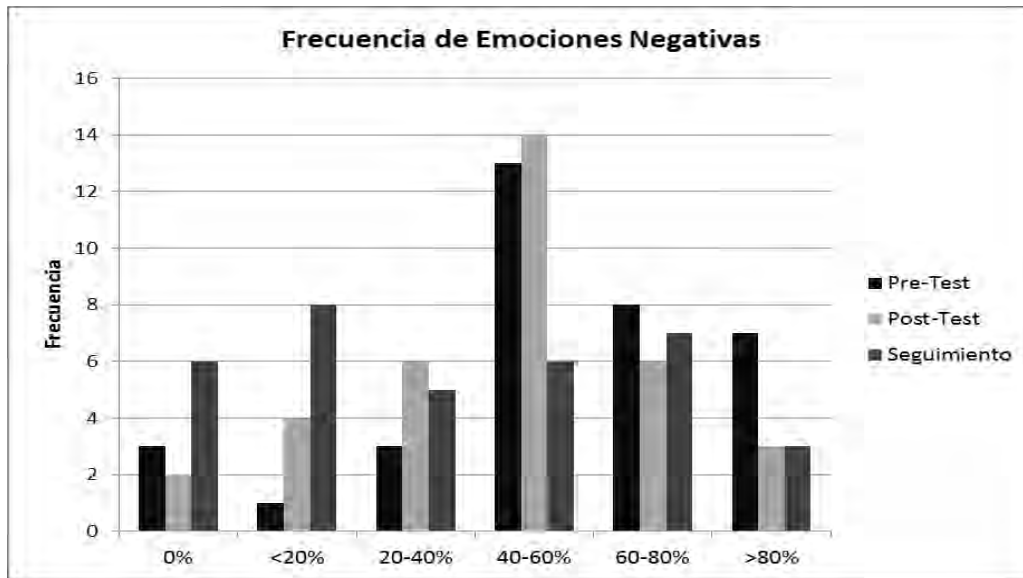


Gráfica 7. Medias en las tres mediciones para la variable de intensidad de emociones negativas. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, únicamente la diferencia entre las medias del pre-test y del seguimiento a los dos meses fue significativa al  $p=.005$ .

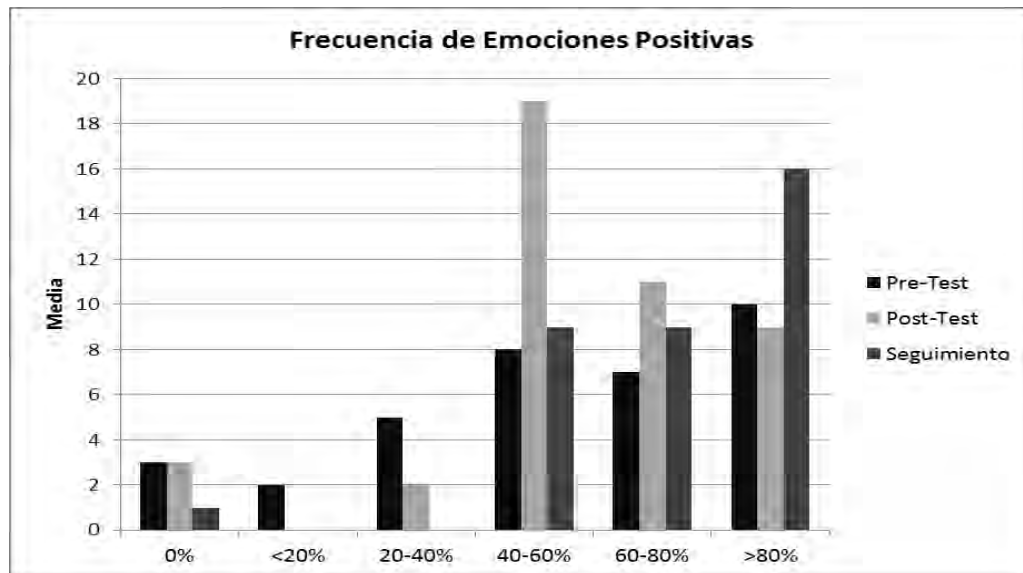


Gráfica 8. Medias en las tres mediciones para la variable de intensidad de emociones positivas. De acuerdo con el ajuste de Bonferroni, no hay diferencias significativas al  $p=.005$ .

Por último, referente a la frecuencia con la que las participantes exhiben sentimientos negativos y positivos, se observó que a los dos meses de haber recibido la intervención, las niñas y jóvenes presentaron emociones negativas menos del 50% del tiempo (ver Gráfica 9) y emociones positivas más del 50% del tiempo (ver Gráfica 10).



Gráfica 9. Frecuencia con la que las participantes exhibieron emociones negativas a lo largo de las tres mediciones.  $\chi^2=3.259$ ,  $p=.196$ .



Gráfica 10. Frecuencia con la que las participantes exhibieron emociones positivas a lo largo de las tres mediciones.  $\chi^2=6.404$ ,  $p=.041$ .

En resumen, el taller cognitivo-conductual implementado resulta ser efectivo en la disminución de estrategias disfuncionales de regulación emocional, de síntomas de ansiedad y depresión y de la intensidad y frecuencia de emociones negativas y en el incremento de estrategias funcionales para el manejo y control emocional, de índices de asertividad y de bienestar subjetivo y de la magnitud y frecuencia de sentimientos positivos. Los efectos, además, se mantienen a lo largo del tiempo.

## 7. DÍSCUSIÓN

Las mujeres en situación de calle son víctimas potenciales de explotación sexual y laboral, de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, y de marginación, discriminación y censura en una proporción mayor que los hombres (Tyler & Beal, 2010). A pesar de ello, hasta donde se revisó, a nivel mundial escasean las investigaciones al respecto. Por ende, su problemática, al no ser aún conocida ni detectada, no es objeto de una atención adecuada. En México, todavía se carecen de diagnósticos confiables, concepciones claras y líneas de acción bien definidas (Children's Rights Network in Mexico, 2005). Con lo cual, la problemática persiste y crece día con día rebasando la capacidad de respuesta de la sociedad.

El objetivo de la presente investigación consistió en evaluar el efecto e impacto de una intervención cognitivo-conductual breve y grupal en el bienestar subjetivo del colectivo social en cuestión. Dados los resultados alcanzados, dicha intervención resulta ser prometedora en promover e incrementar la satisfacción percibida de niñas y jóvenes en situación de calle conduciendo, así, a condiciones de vida saludables y a la adaptación funcional a los distintos entornos en los que se desenvuelven. Debido a ello, se confirmó la hipótesis de investigación propuesta pues al haber disminuido síntomas de ansiedad y depresión y al haber promovido el aprendizaje de habilidades asertivas, aumentó el nivel de bienestar subjetivo en las participantes. Respecto a la regulación emocional, aunque no hubo cambios significativos, ésta se mantuvo estable. Como tal, contribuyó a índices mayores de satisfacción percibida. Empero, al determinar discrepancias por factores de regulación emocional, se encontró un incremento en el uso de estrategias funcionales de regulación emocional y un decremento en las disfuncionales. Esto es, se promovió mediante el aprendizaje y adquisición de habilidades adecuadas para el manejo y control de emociones, la adaptación social al entorno porque las participantes aprendieron a afrontar estímulos ambientales que desencadenan una emoción en particular, a manejar la intensidad de dicha emoción, las habilidades necesarias para regresar a un estado de equilibrio dentro de un periodo de tiempo cultural y razonablemente aceptable y a controlar los pensamientos y conductas asociados a tal emoción (Macklem, 2008). Aunado a lo anterior, dejaron de emplear estrategias disfuncionales que favorecen el deterioro biopsicosociocultural (Hannesdottir & Ollendick, 2007; Kring & Sloan, 2010).

El que no se hayan detectado cambios significativos en la regulación emocional puede ser resultado de tomar en cuenta el puntaje global en la variable y no por factores que integran a la misma. Además, puede deberse a diversos factores dentro de los que destacan los siguientes:

La propia personalidad de la menor o joven. Es decir, su impulsividad, agresividad y falta de autocontrol la llevan a expresar emociones desadaptativamente.

El desarrollo del manejo y control de las emociones se adquiere mediante el aprendizaje social. Los infantes aprenden de sus cuidadores primarios, de su grupo de pares y de su comunidad a cómo expresar y modular sus emociones (Caycedo, Gutiérrez, Ascencio & Delgado, 2005; Gnaulti, 2008; Kring & Sloan, 2010; Macklem, 2008; Patton et al., 2008). Los padres directamente enseñan, selectivamente refuerzan y claramente demuestran cómo manejar las emociones al interactuar con sus hijos. Es el primer ámbito social en el que el pequeño aprende a expresar, manejar y controlar sus emociones usando diversas estrategias de regulación emocional que han sido enseñadas por sus cuidadores principales. Posteriormente, durante los años escolares, son los pares los que continúan con esta enseñanza tomando en cuenta las normas culturales implementadas. Como resultado, los referentes sociales inciden en la forma en la que los menores interpretan y evalúan sus sentimientos, aprenden estrategias para manejar y controlar sus emociones, se sienten competentes y autoeficaces en dicho control y adquieren

expectativas culturales y de género relacionadas al proceso de regulación emocional (J. Gross, 2007). Por consiguiente, pudieron haber aprendido estrategias disfuncionales propias de sus entornos circundantes o no aprendieron ni adquirieron las herramientas requeridas para un manejo y control apropiado de las emociones. Como tal, es difícil y toma tiempo el modificar este patrón conductual. Además, cuando los niños y adolescentes son expuestos repetidamente a entornos caóticos como aquéllos de los que provienen las mujeres en situación de calle, aprenden y adquieren estrategias disfuncionales para manejar y controlar sus emociones para poder adaptarse a tales contextos y sobrevivir.

Para modificar estrategias de regulación emocional disfuncionales y fomentar el aprendizaje y adquisición de formas más adaptativas, se requiere de sesiones focalizadas específicamente en este constructo. En esta investigación, la regulación emocional se centró exclusivamente en el manejo de síntomas de ansiedad y depresión. Por tanto, no se abarcaron todos los aspectos necesarios y suficientes para promover el desarrollo de habilidades funcionales integrales para el manejo y control de las emociones.

Para el aprendizaje y adquisición de estrategias de regulación emocional se usa un paquete de técnicas cognitivo-conductuales específicas para este constructo que serán explicadas a continuación (Hinton, Hofmann, Pollack & Otto, 2009; Kuroda et al., 2013; Moscovitch et al., 2012; Suveg, Sood, Comer & Kendall, 2009; Trost, Buzzella, Bennett & Ehrenreich, 2009):

- En primer lugar, se usa la psicoeducación afectiva para enseñar al individuo a reconocer sus emociones y las de otros, para aprender la diferencia y la relación que existe entre sentimiento, cognición, conducta y las respuestas fisiológicas asociadas y para conocer el propósito y utilidad de las reacciones emocionales. También, se le instruye en monitorear sus emociones tomando en cuenta los pensamientos y comportamientos relacionados a éstas y las sensaciones fisiológicas originadas por dichos sentimientos. La persona aprende que al modificar cualquiera de estos componentes, se produce un impacto en los otros.
- Después, se implementan técnicas de relajación para incrementar las habilidades de automonitoreo y reconocimiento de experiencias emocionales, y de reestructuración cognitiva para cambiar la evaluación e interpretación que el ser humano hace de sus emociones y de la situación desencadenante de éstas.
- Posteriormente, mediante estrategias de exposición ya sea encubiertas o en vivo, se enseñan habilidades de afrontamiento para manejar circunstancias estresantes que inducen experiencias emocionales adversas. Ello con el fin de que el individuo deje de evitar tales condiciones o de realizar conductas perjudiciales para su integridad físico-psicológica como serían las automutilaciones o el uso y abuso de sustancias. Como parte de estas actividades de exposición, las personas gradualmente entran en situaciones asociadas a las experiencias emocionales desagradables.
- Finalmente, se busca generalizar las habilidades adquiridas y prevenir recaídas.

En resumen, para inducir cambios globales en regulación emocional, se deben de considerar los factores anteriores incluyendo la implementación de intervenciones dirigidas a fomentar el aprendizaje y adquisición de estrategias funcionales de regulación emocional y a disminuir y eliminar paulatinamente las disfuncionales.

Así mismo, no se encontraron diferencias significativas en la intensidad y frecuencia con la que las participantes experimentan sentimientos negativos, y en la frecuencia con la que exteriorizan emociones positivas. Ello se debe a que las mujeres expresan los sentimientos tanto positivos como negativos intensa y frecuentemente, inclusive en una proporción mayor que los varones (Levin et al., 2009). Esto es resultado de factores temporales, biológicos y socioculturales. La evaluación del estado afectivo

depende del momento y circunstancia que está viviendo la menor o joven en ese tiempo repercutiendo, así, en el juicio que haga referente a cómo se siente y qué tanto se siente de esa manera (Strack et al., 1991). En el transcurso de la terapia y al finalizar ésta, fue común que las participantes fluctuaran constantemente de emociones positivas a negativas y viceversa debido a los sucesos que vivían previo a la sesión y al final del tratamiento en sus hogares, la escuela y la institución de residencia como serían pleitos con sus familiares, subir o bajar de calificaciones, regaños de los maestros o del personal institucional, iniciar o terminar una relación amorosa, salir de paseo, tener discusiones con los compañeros de la escuela o la fundación y divertirse con amigos, entre otros. La frecuencia y la intensidad de las emociones también se ven afectadas por los cambios hormonales que conducen a variaciones en el estado anímico (Kahneman et al., 1999). Por último, las niñas y los niños crecen con una ideología respecto a cómo deben comportarse y de reaccionar ante determinadas situaciones. Tal ideología es influenciada por los roles de género y los estereotipos asociados al sexo de la persona. Por ejemplo, en la cultura mexicana, a las mujeres se les permite externalizar sus sentimientos. De hecho, es socialmente aceptable que lloren y manifiesten sus temores y ansiedades. Lo femenino se asocia con la expresividad, la fragilidad, la debilidad y lo sentimental. De ahí que sea factible el que exhiban sus sentimientos positivos y negativos. En contraste, en los hombres, se desaprueba severamente toda demostración de interés de tipo femenino puesto que es un signo de falta de virilidad que, en el niño o joven, es el valor hasta de la temeridad, la agresividad, la brusquedad y el no rajarse (Díaz-Guerrero, 2007). Razón por la cual, los varones ocultan sus emociones dado que esto los hace menos masculinos.

Según este estudio, las mujeres en situación de calle son un colectivo social que se desarrolla bajo condiciones de extrema vulnerabilidad ya que se desenvuelven en entornos familiares disfuncionales, en comunidades inmersas en problemas sociales sin soluciones eficaces por parte del gobierno y de la sociedad que conducen a la marginación y exclusión social con pocas o nulas oportunidades de crecimiento y desarrollo, en donde el sistema educativo no responde ni se adecúa a sus necesidades e intereses favoreciendo, con ello, el abandono y deserción escolares, y en ámbitos económicos precarios producto de la distribución desigual de recursos y de empleos mal remunerados que dificultan la subsistencia y la satisfacción de necesidades básicas. Por tanto, la información recabada sobre este grupo social coincide con la literatura de investigación reportada en Latinoamérica (Castro-Cavero, 2008; DIF, 2006; Early, 2005; Guerrero & Palma, 2010; Fait, 2008; Lebrero & Quicios, 2005; P. Murrieta, 2010; M. Raffaella & Koller, 2005). Empero, las circunstancias histórico-socioculturales, políticas y económicas difieren como resultado de las condiciones actuales que vive el país: crisis económicas frecuentes, incremento en problemas sociales entre los que destacan el narcotráfico, la prostitución, la delincuencia, los secuestros, la violencia, la inseguridad y la formación de sicarios, mayor atraso económico y sociocultural y cambios gubernamentales desfavorables como recortes al personal, disminución del salario mínimo, pérdida de empleos, desempleo, reformas educativas y laborales y elevación de impuestos. Tales circunstancias propician que la problemática crezca día a día rebasando la capacidad de respuesta a la misma. De ahí que exista un mayor número de madres solteras en situación de calle y de familias que repetirán el ciclo, y que se observen nuevas modalidades del fenómeno en cuestión que constatan los datos recabados en estudios previos en países desarrollados (McCarthy & Thompson, 2010; Melander & Tyler, 2010; Nicholas, Saewyc & Edinburgh, 2010; K. Tyler et al., 2010; S. Thompson et al., 2010): una mayor diversidad sexual, un aumento en la realización de conductas delictivas para la subsistencia, en las infecciones de transmisión sexual y en el tipo de drogas consumidas, y surgimiento desmedido de organizaciones no gubernamentales para atender a dicha población, algunas sin infraestructura, otras son una fachada para cubrir sus actividades ilícitas y la gran mayoría opera sin estar sustentadas en



investigaciones sistematizadas, confiables y válidas que ofrezcan soluciones efectivas. Debido a ello, no toman en cuenta las necesidades reales y características de las beneficiarias. En consecuencia, las menores y jóvenes pueden sentirse insatisfechas en las instituciones y preferir el abandono de éstas.

Por otra parte, acorde a este trabajo, las mujeres en situación de calle comprenden, a su vez, a dos subgrupos: aquéllas en riesgo de calle y las de calle. Por ende, se avaló la tipología planteada inicialmente y que es equiparable a las propuestas en estudios anteriores hechos en países desarrollados (CHRN, 2012). La diferencia básica entre ambos colectivos es que las participantes en riesgo de calle aún conservan sus vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen y las de calle no. Adicionalmente, se consiguió nueva información que permite complementar la conceptualización de este grupo social y tener, así, un panorama más completo e integral del fenómeno. Por ejemplo, el grupo de calle tiene una vida sexual activa, padece infecciones de transmisión sexual, presenta embarazos, hijos, y consumo de drogas, realiza conductas delictivas y tiende a asociarse con grupos de riesgo. Mientras que aquéllas en riesgo de calle no o tales características se observan en mucho menor grado. Aunado a lo anterior, éstas, a diferencia de las de calle, ingresan a una institución a temprana edad permaneciendo ahí por tiempo prolongado. Por este motivo, continúan estudiando y son expuestas a menos riesgos que sus contrapartes. Ante lo cual, al menos en la Ciudad de México, ahora se tiene una tipología que permite una primer caracterización y aproximación psico-sociocultural de las mujeres en situación de calle y los subgrupos que abarca. De esta manera, se pueden planificar líneas de acción eficaces dirigidas a la contribución de la disminución paulatina de la problemática. Basándose en estos datos confiables y válidos producto de un estudio sistematizado, se puede conocer la magnitud y dimensiones actuales de la misma.

Partiendo de una aproximación a la caracterización psico-sociocultural del colectivo social, se identificaron y determinaron factores presentes en el mismo que propician el surgimiento de mayores dificultades, el crecimiento del fenómeno y el deterioro de su calidad de vida. Dentro de estos factores, están el contexto sociocultural, económico y político, la sexualidad, las conductas de riesgo, las relaciones afiliativas, las instituciones asistenciales, la salud físico-mental y las características psicosociales como autoestima, autoconcepto, autoeficacia, locus de control, impulsividad, agresión, tolerancia a la frustración, orientación al logro, resiliencia, regulación emocional, ansiedad, depresión, asertividad y bienestar subjetivo, entre otros. Por falta de recursos monetarios y humanos y de tiempo, no se pueden abordar todas estas variables en una sola investigación. Además, el psicólogo no puede modificar el ámbito macrosocial, entendiéndolo éste como la situación socioeconómica y política de un país, en el que viven las mujeres en situación de calle. Debido a ello, para inducir cambios y obtener mejorías, el psicólogo únicamente puede laborar considerando los entornos inmediatos (familia, escuela y organización asistencial), y a las propias menores y jóvenes en situación de calle mediante la evaluación y estudio de, por ejemplo, sus características psicosociales. Solo así se puede aspirar a plantear y proponer posibles soluciones a una parte de la problemática que permita mejorar la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial de las participantes. Por esta razón, la mayoría de los estudios realizados a nivel nacional y predominantemente a nivel internacional, se han enfocado en las características del estado de salud físico-mental, y en las conductas de riesgo del grupo social en cuestión. Siguiendo esta línea de trabajo, investigaciones previas han retomado aspectos como la actividad sexual y el uso y abuso de sustancias incluyendo los factores asociados (p. ej.: conductas de automutilación, ideación e intento suicida, autoeficacia, ansiedad y depresión). Para el presente estudio, se eligieron constructos que, hasta donde se revisó, no han sido abordados directamente como síntomas de ansiedad y depresión, y que ni siquiera han sido tomados en cuenta como la regulación emocional y la expresión asertiva

de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos porque su presencia (sintomatología ansiosa y depresiva) y ausencia (conductas asertivas y estrategias efectivas de regulación emocional), inhiben e interfieren en el aprendizaje y adquisición de habilidades de afrontamiento que conduzcan a la adaptación funcional al entorno, deteriorando, con ello, el bienestar subjetivo de la población femenina en situación de calle.

Continuando con la secuencia del trabajo realizado, de acuerdo a esta investigación, una de las principales problemáticas que aqueja a las mujeres en situación de calle fue la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, constatando una vez más lo que la literatura de investigación revisada reporta (Kirst, Frederick & Erickson, 2011; Strehlau, Torchalla, Li, Schuetz & Krausz, 2012; S. Thompson, Bender & Kim, 2011). Es común que padezcan sintomatología ansiosa y depresiva por las condiciones de vulnerabilidad en las que se han desenvuelto y que constituyen las razones predominantes para abandonar su hogar e ingresar a una organización asistencial como serían el maltrato familiar y la carencia de recursos, y por las situaciones estresantes que experimentan al permanecer en una institución: abandono y desatención de los cuidadores principales, discusiones y desacuerdos con los encargados(as) y las compañeras del hogar, pérdida de objetos personales, imposición de normas y reglas por seguir y falta de una atención adecuada por parte del personal institucional, entre otras. Además, según Servín-Leyva (2007), pueden presentar el síndrome de depresión infantil por la separación de sus seres queridos.

También, aunque se observó una tendencia de este grupo social hacia la asertividad, esto puede deberse a que tienen pocas dificultades para expresar sus deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos. Sin embargo, la manera en la que lo hacen es inapropiada pues les cuesta trabajo relacionarse con las personas sin agredirlas y tienen problemas para establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y funcionales. De modo tal, que enfrentan mayores adversidades que aminoran su bienestar. Adicionalmente, si el personal de la organización en la que residen temporalmente no está capacitado y no tiene las habilidades y destrezas necesarias, impide e interfiere en la adquisición y realización de conductas asertivas fomentando, así, los comportamientos disruptivos y/o disfuncionales. Como resultado, se repercute negativamente en la integridad físico-psicológica de la menor o joven y se agrava paulatinamente su bienestar biopsicosocial.

Referente a la regulación emocional, se encontró que las mujeres en situación de calle sí tienen habilidades para manejar y controlar sus emociones empero éstas suelen ser disfuncionales porque exacerbaban la experiencia emocional desagradable, no resuelven el problema y conducen a la desadaptación funcional a su entorno. En consecuencia, se perjudica aún más su bienestar biopsicosocial a pesar de que permanezcan en una organización asistencial ya que recurren a estrategias mediante las cuales son incapaces de modificar los pensamientos y sentimientos negativos asociados con los eventos aversivos y de hacer frente a las situaciones estresantes que se les presentan. Entre dichas estrategias están el uso y abuso de sustancias, las autolesiones, el llorar, el agredirse físicamente y el aislamiento y retraimiento social, que se ven favorecidas por condiciones institucionales como las mencionadas anteriormente. Algunos autores (J. Gross, 2007, J. Gross & Thompson, 2007, Macklem, 2008), señalan que bajo estas circunstancias el proceso de regulación emocional puede conducir al deterioro en el procesamiento de emociones negativas, al incremento en la ansiedad y depresión y a presentar conductas socialmente inadecuadas, interfiere en el aprendizaje de un manejo y control emocional funcional, repercute negativamente en el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida.

El que sea una población con índices de ansiedad y depresión, inasertividad y falta de regulación emocional puede deberse, aunado a lo anterior, a que muchas de las niñas

y jóvenes ha padecido el uso de la violencia. De hecho, se encontró que las participantes víctimas de maltrato físico y psicológico experimentan mayores síntomas de ansiedad y depresión y exhiben emociones negativas intensa y frecuentemente a diferencia de aquéllas que no lo han sufrido. Igualmente, el haber padecido violencia física conlleva al empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Por otro lado, quienes fueron abusadas sexualmente presentan niveles más altos de depresión. Finalmente, independientemente del tipo de maltrato recibido, éste disminuye el bienestar subjetivo percibido. Los datos reportados coinciden con la información de investigaciones anteriores que señalan que la violencia en sus distintas vertientes conduce al padecimiento de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, a carencias en habilidades sociales y a un pobre manejo y control de emociones (Escribà-Agüir et al., 2010; Douglas et al., 2010; Helander, 2008; Kennedy et al., 2009; J. Kim & Cicchetti, 2010; McCarthy & Thompson, 2010; Melander & Tyler, 2010; S. Thompson et al., 2011; Tonmyr et al., 2011; Zarei et al., 2011). De esta manera, no adquieren las destrezas necesarias para afrontar los estresores de su ambiente, pudiéndose extender esta deficiencia hasta la adultez (UNICEF, 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2009a; Stolz et al., 2007; Thomas, 2007).

Por último, se observó que la mayoría de las participantes se sienten satisfechas con sus condiciones de vida actuales dado que han dejado el ambiente en el que se desarrollaron y a que permanecen en una organización. Empero, tal bienestar subjetivo puede decrecer gradualmente ante la exposición a situaciones desagradables y estresantes presentes en la institución como serían el tener problemas con los encargados(as) (p. ej.: desatención, trato preferencial, regañones injustos y arbitrarios, imposición de actividades que no son de su agrado, etc.) y con las compañeras del hogar (p. ej.: pleitos, robo de pertenencias, amenazas, agresiones, etc.). De esta manera, la menor o joven puede optar por abandonar la organización y llevar una vida transitoria exponiéndose a los riesgos que ello implica.

Por otro lado, se encontró que a mayor índices de ansiedad, mayor nivel de depresión y viceversa, lo cual coincide con lo que la literatura de investigación revisada señala: la ansiedad y la depresión son trastornos comórbidos (Ehrenreich-May & Bilek, 2012; Shamsuddin et al., 2013). Esto es, suelen presentarse de forma conjunta. Ello se debe a que ambos padecimientos comparten síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos comunes. Los factores cognitivos aluden a, por ejemplo, la autocrítica, la desesperanza y la percepción de vulnerabilidad o riesgo. Los cambios conductuales asociados a dichos desórdenes incluyen alejarse de otras personas, tener dificultades para iniciar diversas actividades, la evitación de situaciones estresantes y el dejar de realizar acciones placenteras, entre otros. Los elementos emocionales que acompañan a tales trastornos son, por ejemplo, la irritabilidad, el enojo, el nerviosismo, la preocupación, la culpa y la tristeza. Finalmente, algunos de los componentes fisiológicos compartidos hacen referencia a presentar insomnio, dolor de cabeza, tensión muscular, cansancio y fluctuaciones en el peso corporal (Greenberger & Padesky, 1998). Además, la evidencia sugiere que la ansiedad precede a la depresión (Frank-Briggs, 2010), porque la ansiedad crónica puede incrementar excesivamente el estrés e interferir con el funcionamiento diario del individuo conduciendo, entonces, al padecimiento de depresión (Gomar et al., 2010; Kendall, 2000). Adicionalmente, los síntomas de ansiedad y depresión se asocian con bajos niveles de asertividad y de regulación emocional. Estos trastornos inhiben e interfieren con el aprendizaje y adquisición de conductas asertivas (Rivera et al., 2010), pues los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales relacionados, llevan a que la persona se sienta incompetente socialmente e incapaz de adaptarse a un grupo determinado y de establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y funcionales. Las estrategias de regulación emocional inadecuadas como rumiación, evitación, inhibición y preocupación incrementan la probabilidad de presentar ansiedad y depresión (Kallay, 2013; Pe, Raes & Kuppens, 2013). Por tanto, la carencia de estabilidad emocional

aumenta el nivel de ansiedad y depresión (Ho et al., 2013). En contraste, aquellas estrategias adaptativas como la reevaluación disminuyen los síntomas ansiosos y depresivos (J. Gross, 2007; Macklem, 2008). Así mismo, la expresión, el manejo y el control funcionales de las emociones y el empleo de estrategias efectivas de regulación emocional se relacionan con las conductas asertivas y con experimentar sentimientos positivos más veces y de mayor magnitud que los negativos. También, las participantes con sintomatología ansiosa y depresiva tienden a exhibir emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad que las positivas. De igual manera, a mayor asertividad, mayor y menor la fuerza con la que se expresan sentimientos positivos y negativos respectivamente. Por último, el bienestar subjetivo decrece al presentar sintomatología ansiosa y depresiva y experimentar emociones negativas y acrecenta con el uso de estrategias eficaces de regulación emocional (Kallay, 2013) dado que la estabilidad emocional juega un papel importante en el desarrollo de la salud psicológica de una persona (Ho et al., 2013), con la intensidad de sentimientos positivos y con la adquisición de habilidades asertivas puesto que los individuos con destrezas sociales adecuadas evalúan sus experiencias cotidianas como menos estresantes y se adaptan funcionalmente a la sociedad a diferencia de aquéllos que carecen de tales conductas (Ozben, 2013).

Respecto a diferencias que existen entre las mujeres en riesgo de calle y las de calle en cuanto a índices de ansiedad y depresión, inasertividad, desregulación emocional y de falta de bienestar subjetivo, se encontró que las segundas padecen sintomatología depresiva con mayor frecuencia al igual que niveles más bajos de bienestar subjetivo que las primeras. Así mismo, exhiben emociones negativas con gran intensidad y más veces y suelen tener índices superiores de regulación emocional en comparación con aquéllas en riesgo de calle. Respecto de síntomas de ansiedad, magnitud y frecuencia de sentimientos positivos y nivel de asertividad, prácticamente son equiparables en ambos subgrupos indicando, con ello, que las problemáticas abordadas en este estudio se presentan de forma similar. Las niñas y jóvenes de calle permanecen por poco tiempo en una organización y transitan por diversos espacios sin una residencia fija y estable. Bajo tales circunstancias, se exponen a ser abusadas física y sexualmente, a sufrir violencia y acoso por parte de transeúntes, autoridades y otras personas, a ser marginadas y discriminadas, a la falta de alimento, a las inclemencias del frío, al consumo de drogas y alcohol, a tener relaciones sexuales en encuentros casuales o con sus parejas, sin protección y, en ocasiones, bajo los efectos de sustancias tóxicas, a ser introducidas a las redes de la trata y de la prostitución y a ser víctimas de asalto y secuestro. Si a esto se le añade el hecho de que no tienen protección ya que han roto sus vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen y de que la institución no sabe de su paradero, es de esperarse que tengan índices de depresión, que se sientan insatisfechas con sus condiciones de vida actuales y que no exhiban sentimientos positivos (Jabeen & Azra, 2013). Así, se deteriora gradualmente su salud psicológica y con ello su bienestar biopsicosocial. Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en la presente investigación dado que se observó que a mayor tiempo de estancia institucional, tienen un nivel más alto de bienestar subjetivo y es menor la posibilidad de que presenten síntomas depresivos. En cuanto a la regulación emocional, aunque se observaron niveles más altos ello no quiere decir que tengan un control adecuado de sus emociones. Por el contrario, sus estrategias para manejar sus sentimientos son disfuncionales porque, por ejemplo, evitan o huyen de las situaciones estresantes (evitación), se centran en los pensamientos negativos y en su pasado (rumiación) o consumen drogas (modificación de la situación), conduciéndolas a la realización de conductas de riesgo dentro de las cuales se encuentran el abandono de la institución de residencia. Otro punto a destacar, es que el que tengan mayores índices de regulación emocional puede también ser resultado de la edad de las participantes puesto que las de calle fueron de mayor edad que las

participantes en riesgo de calle y, a medida que aumenta la edad y la preparación, se es más asertivo (Flores-Galaz & Díaz-Loving, 2002, 2004) y se poseen más estrategias de regulación emocional (J. Gross & Thompson, 2007).

Los resultados resaltan la importancia de intervenir con procedimientos efectivos de tratamiento para prevenir y preservar su salud físico-mental, y confirman lo que estudios previos han demostrado (Kisely et al., 2008; Wang, 2009): la contribución de las organizaciones no gubernamentales como factores de contención, protección y atención de este colectivo social. Ante la falta de referentes significativos, las instituciones asistenciales ejercen una función como cuidadores principales responsables de su bienestar y de su integridad.

Partiendo de esta primer caracterización de la población femenina en situación de calle, mediante la cual se identificaron diversas problemáticas que posteriormente se exploraron y evaluaron, como último aspecto a contemplar en la investigación, se procedió a atender tales factores con el fin de proponer una solución a la parte del fenómeno accesible al psicólogo con su labor: el bienestar biopsicosocial de las menores y jóvenes en situación de calle. Consecuentemente, se elaboró e implementó una intervención cognitivo-conductual que dotó de habilidades de afrontamiento al grupo social bajo estudio permitiéndoles, de esta forma, manejar funcionalmente las situaciones estresantes presentes en su entorno.

La meta de la ciencia es generar conocimiento. Por ende, al estudiar un fenómeno se logra que avance el conocimiento (A. Kazdin, 2001). Gracias a la realización de este estudio, se obtuvo un panorama general de la problemática de la mujer en situación de calle. Así mismo, se detectaron las características y necesidades de dicho grupo incluyendo a sus subgrupos: niñas y jóvenes en riesgo de calle y de calle. Los datos recabados posibilitan el que sean usados en investigaciones subsecuentes que contribuyan a una atención eficaz y a una mayor comprensión de la población femenil en situación de calle. Por consiguiente, se tiene una concepción más clara del fenómeno en México. Igualmente, se adaptaron medidas objetivas de evaluación específicas para este colectivo social dado que anteriormente, hasta donde se revisó, no se contaban con instrumentos propios para esta población. Gracias a ello, se pueden realizar diagnósticos confiables y estimaciones precisas de las características de dicho grupo. A partir de lo cual, se pueden planificar e implementar líneas de acción bien definidas que sean eficaces en la atención de mujeres en situación de calle, conduciendo, de esta manera, a una disminución gradual de la problemática. Adicionalmente, se tomaron en cuenta variables no consideradas previamente de acuerdo a la literatura de investigación revisada. Por último, se elaboró una intervención usando la información recabada, siendo propia para esta población acorde a sus características y necesidades reales y basada en el Modelo Cognitivo-Conductual, se sometió a prueba y, haciendo las modificaciones pertinentes, se implementó en un grupo de mujeres en situación de calle. Así, se tiene un tratamiento confiable y válido que logra atender eficazmente la problemática y que es novedoso pues es breve, grupal y particular para la atención de poblaciones marginales como ésta. Por tanto, se concluye que esta investigación proporciona una concepción clara de la problemática, instrumentos de medición para mujeres en situación de calle y una intervención que contribuye al bienestar biopsicosocial de las mismas.

De acuerdo con A. Kazdin (2000), los pasos para poder proponer tratamientos cognitivo-conductuales efectivos son:

1. Diagnosticar el problema.
2. Elaborar un plan de intervención con base en el diagnóstico.

3. Poner a prueba dicho plan.
4. Implementar la intervención.

Siguiendo estos pasos, la presente investigación consistió de tres etapas para elaborar e implementar un tratamiento cognitivo-conductual efectivo en incrementar el bienestar subjetivo percibido de un grupo de mujeres en situación de calle.

En la primera fase (Caracterización de mujeres en situación de calle), se hizo un diagnóstico del problema al explorar e identificar las características principales de la población objeto de estudio. Los resultados muestran que las mujeres en situación de calle conforman un colectivo social que se desenvuelve bajo condiciones de extrema vulnerabilidad (p. ej.: violencia, marginación, pobreza, problemas sociales, etc.) y que comprende, a su vez, a dos subgrupos: aquéllas en riesgo de calle y las de calle. La diferencia básica entre ambas es que las primeras, en su mayoría, todavía conservan sus vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen. Mientras que las segundas no. Además, para ambos subgrupos, el permanecer en una institución asistencial es un factor de protección al promover y preservar la salud físico-mental de las mismas y al brindar oportunidades de desarrollo y crecimiento que conduzcan a la adaptación funcional a la sociedad de pertenencia. Tales resultados concuerdan con las tipologías propuestas recientemente (CHRN, 2012), y con las características observadas en estudios previos (B. Marshall et al., 2010; Montesinos & Pagano, 2010).

Aunado a lo anterior, la información recabada en esta etapa (I: Caracterización de mujeres en situación de calle) señala que hay múltiples variables que se pueden abordar. No obstante, dados los alcances de este trabajo, tan sólo se pueden examinar unas cuantas de ellas. Razón por la cual, se seleccionaron variables no estudiadas previamente hasta donde la literatura de investigación revisada reporta, y que empíricamente se encontraron en esta población: sintomatología ansiosa y depresiva, inasertividad y falta de regulación emocional. Adicionalmente, todas las variables influyen en el bienestar subjetivo ya que correlaciona negativamente con la depresión (A. Abdel-Khalek, 2009; A. Abdel-Khalek & Eid, 2011; Derdikman-Eiron et al., 2011; Rapaport et al., 2005; Strack et al., 1991), con la ansiedad (A. Abdel-Khalek, 2011; Derdikman-Eiron et al., 2011; Rapaport et al., 2005), con un pobre manejo y control de emociones y con la carencia de habilidades de afrontamiento (Strack et al., 1991). Por otro lado, altos niveles de bienestar subjetivo percibido se relacionan con un repertorio conductual y social apropiado (Eid & Larsen, 2008). En resumen, el padecer ansiedad y depresión, el carecer de estrategias funcionales de regulación emocional y de habilidades asertivas, disminuyen la percepción de bienestar subjetivo.

En la segunda etapa (Adaptación y validación de instrumentos), continuando con los cinco pasos anteriores para proponer tratamientos efectivos, se adaptaron instrumentos de medición culturalmente relevantes para evaluar las variables de interés partiendo de las características y necesidades detectadas en la población objetivo. De esta manera, se procedería a realizar un plan de tratamiento mediante los datos obtenidos con base en el diagnóstico.

Un problema de las escalas de medición, es que son susceptibles de falta de adecuación conductual y de especificidad situacional (Kelly, 2000). Empero, constituyen, probablemente, la estrategia de evaluación más ampliamente empleada en la investigación y en la práctica clínica (Buena-Casal et al., 1996; V. Caballo, 1993; Z. Del Prette & A. Del Prette, 2002; Wilkinson & Canter, 1982). En la investigación, permiten valorar una gran cantidad de personas en un tiempo relativamente breve, con una importante economía de tiempo y energía. Posibilitan también explorar un amplio rango de conductas, de difícil acceso (p. ej., conducta social, interacciones interpersonales, etc.), y pueden rellenarse con facilidad. Así mismo, promueven una aplicación

estandarizada que reduce considerablemente sesgos asociados con la influencia del examinador. En la práctica clínica, son útiles para obtener una rápida visión de las dificultades del individuo, sobre las cuales poder indagar posteriormente. Pueden servir, además, como una sencilla medida objetiva pre-post-tratamiento y como un medio para llegar a una descripción objetiva de la subjetividad de una persona. A pesar de ello, en tanto no se disponga de pruebas adecuadas, las mediciones serán imprecisas y las interpretaciones arbitrarias impidiendo, con ello, la elaboración de planes de acción eficaces. Entonces, un factor importante para hacer diagnósticos confiables y certeros, es elaborar instrumentos adecuados. Esto es, con índices de confiabilidad y validez que puedan ser considerados como indicadores veraces de las propiedades psicométricas de la escala, permitiendo que ésta pueda ser retomada para futuras aplicaciones con poblaciones similares. De este modo, los instrumentos serán sensibles al grupo sociocultural al que van dirigidos. Consecuentemente, en esta investigación, se adaptaron pruebas de medición siguiendo un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante.

Los resultados de los análisis psicométricos llevados a cabo muestran que todas las opciones de respuesta fueron atractivas para las participantes y que los valores de sesgo y de curtosis están dentro de lo esperado ( $<+-1.5$ ). Adicionalmente, se notó la tendencia de los grupos extremos de aumentar y decrecer en la dirección esperada en las variables de estudio. Aquél con puntuaciones altas incrementó hacia las opciones de respuesta A veces (4), Muchas veces (5) y Siempre o Casi Siempre (6). En contraste, aquél con puntuaciones bajas disminuyó hacia Pocas Veces (3), Casi Nunca (2) y Nunca (1). De igual manera, todos los reactivos de síntomas de ansiedad y depresión, asertividad y regulación emocional discriminaron. Referente a bienestar subjetivo, únicamente tres ítemes no discriminaron; por lo que fueron eliminados y no considerados en análisis subsecuentes. Por último, se obtuvo la confiabilidad y validez de las escalas elaboradas. Se usó la fórmula de Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de consistencia interna por el nivel de medición de las variables de investigación, por ser el estadístico preferido para estimar dicha confiabilidad y porque requiere sólo una administración de la prueba (Aiken, 2003; Cohen & Swerdlik, 2006; Garaigordobil, 1998). Para establecer la validez de constructo, se llevó a cabo un análisis factorial mediante el método VARIMAX, puesto que es una rotación ortogonal (supone independencia entre los factores terminales) y produce soluciones que maximizan la cantidad de varianza explicada (Kerlinger & Lee, 2002). Los resultados del análisis de confiabilidad y validez revelan índices adecuados de acuerdo al número reducido de reactivos de las pruebas usadas. No obstante, cabe destacar que ninguna escala está completamente exenta de los errores de medición. Perder de vista este planteamiento puede llevar a la inadecuada interpretación y manejo de los datos que éstas aportan. Igualmente, la obtención de información relacionada con las características psicométricas de cualquier prueba es un proceso continuo en el cual debe haber avances mientras el instrumento sea usado. Como tal, se concluye que las escalas son sensibles, confiables y válidas para este grupo social en sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad, regulación emocional y bienestar subjetivo. Ante lo cual, se recomienda su uso sin perder de vista la existencia de pocos reactivos y los niveles de confiabilidad alcanzados.

Al contar con instrumentos de medición apropiados, considerando los datos obtenidos en las fases previas (Etapa I: Caracterización de mujeres en situación de calle y Etapa II: Adaptación y validación de instrumentos) y partiendo de las características y necesidades detectadas en la población objetivo, en la siguiente etapa (Etapa III: Intervención) se elaboró un plan de tratamiento para posteriormente ponerlo a prueba y hacerle los ajustes y modificaciones adecuados que permitan inducir cambios promoviendo un mayor bienestar subjetivo. Aunado a lo anterior, como se laboró con población infanto-juvenil, para la planificación de la intervención se tomaron en cuenta el

desarrollo evolutivo de la menor o joven, su contexto sociocultural y sus relaciones interpersonales; aspectos imprescindibles en el tratamiento cognitivo-conductual de infantes y adolescentes (Gomar et al., 2010; Kendall, 2000; Simos, 2008; Stallard, 2007; Wright, 2004). En consecuencia, las técnicas cognitivo-conductuales para la atención de síntomas de ansiedad y depresión, inasertividad y regulación emocional que resultaron ser apropiadas para este grupo social fueron: psicoeducación afectiva, relajación (respiración diafragmática y entrenamiento autógeno), reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, solución de problemas y ensayo conductual. Una vez identificado el tratamiento más efectivo, éste se implementó en la institución asistencial de residencia de la menor o joven. Los resultados posteriores a la intervención muestran diferencias significativas estadística y clínicamente en todas las variables. Ello indica que las participantes pudieron cambiar sus pensamientos disfuncionales e irracionales y aprendieron técnicas más adaptativas de para el manejo y control de sus emociones y de respuesta tanto inter como intrapersonales. Esto es, se les ayudó a adquirir estrategias de afrontamiento para manejar adecuadamente las situaciones adversas y estresantes. El proceso consiguió que se desplazaran de un ciclo disfuncional a otro más funcional. Es importante resaltar que aunque la tendencia de los datos apuntaba hacia una disminución en el grupo con tratamiento convencional, éste siguió presentando, con base en los puntos de corte establecidos, niveles moderados en las variables de estudio. Esto es, las menores y jóvenes que no se intervinieron siguieron igual de mal pudiendo inclusive empeorar en algunos casos. En contraste, el grupo que recibió el taller implementado, sí exhibió niveles bajos de estrategias disfuncionales de regulación emocional, y de ansiedad y depresión, y altos de asertividad, de estrategias funcionales de regulación emocional y de bienestar subjetivo. Lo que es más, a los dos meses de haber recibido el tratamiento se observó que la conducta funcional se mantuvo logrando, de esta manera, que el cambio alcanzado se conserve con el paso del tiempo. Únicamente no se notaron grandes fluctuaciones en la frecuencia de los sentimientos. A pesar de ello, el estudio brinda hallazgos únicos en términos de una intervención que logra atender eficazmente esta problemática.

Finalmente, cabe aclarar que el trabajo con poblaciones marginales y vulnerables como ésta es complicado, tedioso y difícil pues no son accesibles, se muestran renuentes a colaborar y en ocasiones, las instituciones no facilitan el ingreso para poder llevar a cabo investigaciones. Aunado a lo anterior, muchas veces el personal de la organización puede entorpecer e interferir en la realización del estudio. No obstante, resulta imprescindible el continuar haciendo investigaciones psicosociales con colectivos sociales como éste para poder tener una mayor comprensión del fenómeno y así elaborar e implementar planes de acción efectivos que contribuyan a disminuir gradualmente la problemática y que posibiliten mejorar las condiciones de vida y el bienestar biopsicosocial de dicho grupo.



## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La problemática de la menor o joven en situación de calle es multifactorial, pues es un fenómeno producto de circunstancias económicas, políticas y sociales complejas e interrelacionadas entre sí. La situación económica precaria de un país como consecuencia de las crisis, de la distribución desigual de los recursos y de la falta de oportunidades de crecimiento y desarrollo repercute en los sectores más desfavorecidos. Tales condiciones se agravan ante la falta de respuesta y de líneas de acción eficaces por parte del gobierno. Las políticas implementadas suelen beneficiar a unas cuantas personas mientras que el resto de la sociedad se encuentra inmerso en estas circunstancias adversas sin posibilidades de salir de ellas. En consecuencia, para poder sobrevivir, los individuos recurren a la realización de actividades delictivas y participan en el sector informal de economía con labores en las que ponen en riesgo su integridad físico-psicológica y que no les permiten mejorar sus condiciones de vida. También, pueden trabajar en el mercado laboral formal con empleos de largas jornadas y salarios ínfimos que dificultan la obtención de recursos. Ello porque no recibieron una educación formal, no tuvieron acceso a o simplemente desertaron sin posibilidades de concluir la para trabajar y/o ya que el sistema educativo no responde a sus necesidades e intereses. Razón por la cual, están sometidos continuamente a elevados niveles de estrés y no tienen las habilidades ni destrezas requeridas para manejar y afrontar dichos estresores. Debido a ello, se deteriora aún más su calidad de vida y bienestar biopsicosocial y se incrementa la frustración e insatisfacción vital. Así, conforman familias que suelen vivir en lugares sin infraestructura, con hacinamiento y con dificultad de acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad, transporte público, pavimentación, drenaje y recolección de basura, entre otros. Además, pertenecen a una comunidad en donde hay violencia, inseguridad y otros problemas sociales entre los que destacan las conductas delictivas, el alcoholismo y la drogadicción. Lo que es más, en ocasiones son partícipes y forman parte de estas redes criminales. Por consiguiente, la sociedad, al considerar a estas familias como una fuente de violencia e inseguridad, las rechaza, discrimina y excluye. Como resultado de tales condiciones de vulnerabilidad, en dichos hogares impera el maltrato, el abandono, la negligencia y las conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas, las actividades delictivas y la vida sexual de riesgo (p. ej.: tener múltiples parejas, no usar métodos anticonceptivos, cambiar de pareja con frecuencia, etc.).

Las menores y jóvenes en situación de calle crecen inmersas en este entorno en donde aprenden y padecen el uso de la violencia e internalizan los métodos de supervivencia de sus cuidadores principales, otros miembros de la familia y personas que las rodean. Por tanto, desarrollan y adquieren estrategias disfuncionales de adaptación que se contraponen con las normas y reglas de la sociocultura de la cual forman parte. De ahí que sean objeto de discriminación y marginación social. Para poder mejorar sus condiciones de vida actuales adaptándose funcionalmente a la sociedad, optan por abandonar su nicho familiar o los mismos cuidadores primarios deciden por acudir a organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que puedan hacerse cargo de ellas brindándoles, de esta forma, la posibilidad de tener una vida diferente. Si las niñas dejan su hogar, transitan de un lugar a otro sin una residencia fija y estable y se relacionan con grupos de riesgo que las inducen al uso y abuso de estupefacientes, a una vida sexual activa sin protección y a la delincuencia. Ante lo cual, repiten la historia de sus familias y llegan, inclusive, a formar las suyas constituyéndose un círculo vicioso del cual difícilmente podrán salir sin la ayuda apropiada. El ingreso a una institución asistencial proporciona la oportunidad de salir de ese medio en el cual están inmersas.

Como se puede observar, la población en situación de calle es un fenómeno

complejo con implicaciones políticas, económicas y sociales importantes que no se pueden modificar o erradicar sin la participación conjunta de la sociedad y del gobierno. Por ende, en estos casos, la labor del psicólogo no consiste en inducir cambios de orden macrosocial, sino a nivel de individuos y de los ámbitos inmediatos en los que éstos se desenvuelven como serían la escuela, la familia y la institución asistencial de residencia. Razón por la cual, el psicólogo contribuye a disminuir gradualmente la problemática mediante la implementación de soluciones eficaces, siendo una de éstas la atención de las menores y jóvenes. No obstante, para la elaboración de procedimientos efectivos de atención es necesario considerar las preocupaciones de la sociedad y las de los consumidores de tratamiento (A. Kazdin, 2000), quienes en este caso son las mujeres en situación de calle. Consecuentemente, la presente investigación se llevó a cabo en tres etapas para tomar decisiones e implementar líneas de acción bien definidas que incrementen el bienestar biopsicosocial de las participantes ofreciendo, así, una alternativa de solución a un aspecto del fenómeno que está dentro de las posibilidades de trabajo psicológico.

En la primera fase (Caracterización de mujeres en situación de calle), se consiguió información a partir de la cual se tiene un panorama general del grupo social bajo estudio: quiénes son las mujeres en situación de calle y cuáles son sus características principales y las de los ámbitos en los que participan y de los que forman parte. Al tener una mejor comprensión del fenómeno, se pueden proporcionar soluciones y una de éstas es atender a las menores y jóvenes cambiando conductas disfuncionales que les permitan desenvolverse apropiadamente en su ambiente. El conocimiento alcanzado permite identificar qué comportamientos requieren modificarse para promover la integridad físico-psicológica de este colectivo social. Como fue imposible por la carencia de recursos económicos y humanos abarcar todas en un mismo trabajo, se eligieron aquéllas que deterioran su bienestar biopsicosocial y calidad de vida y que impiden e interfieren en su adaptación funcional a la sociedad: síntomas de ansiedad y depresión, expresión asertiva de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos y regulación emocional. Habiendo identificado dichas conductas, se procedió a la segunda fase (Adaptación y validación de instrumentos) para conocer cómo se presentan en la población bajo estudio y para tener métodos de recolección de datos confiables y válidos mediante los cuales se puedan evaluar y, de este modo, obtener indicadores veraces de las mismas. Ante lo cual, en la Etapa II (Adaptación y validación de instrumentos), se recabó información referente a las conductas de interés adaptando instrumentos psicométricos de evaluación. Así, se determinó el grado en el que las mujeres en situación de calle presentan índices de ansiedad y de depresión, y de falta de asertividad y de regulación emocional. Con este conocimiento, se pueden tomar decisiones que conduzcan a la elaboración e implementación de líneas de acción bien definidas que promuevan una mejoría en sus condiciones de vida actuales. Por consiguiente, partiendo del diagnóstico de la problemática y de las características y necesidades detectadas, en la última fase (Etapa III: Intervención) se hizo una propuesta de intervención y se llevó a cabo para disminuir síntomas de ansiedad y depresión e incrementar el manejo y control funcional de las emociones y la expresión asertiva de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos. Al inducir cambios en dichas conductas, se mejoró el bienestar subjetivo de las participantes. Sin embargo, para que los cambios alcanzados y la magnitud del impacto del tratamiento se mantengan a largo plazo, se requieren tomar en consideración otros factores presentes en los contextos inmediatos de la menor o joven que inciden negativamente en las conductas de interés aminorando, con ello, la efectividad de la intervención. En este estudio, se identificó al personal institucional como uno de estos factores. Los individuos encargados directamente del cuidado y atención de las menores y jóvenes en situación de calle pueden no contar con las habilidades y destrezas necesarias para desempeñar su función apropiadamente. En consecuencia,

repercuten en las niñas e interfieren con los efectos de los tratamientos realizados. De esta manera, se recomienda que en investigaciones posteriores se elaboren e implementen tratamientos eficaces para dotar de habilidades a las personas que laboran en las organizaciones para que contribuyan al crecimiento y desarrollo socioemocional sano de las beneficiarias y favorezcan la obtención de mejorías mediante programas de tratamiento.

Por otra parte, se sugiere que las instituciones retomen el taller capacitando y entrenando apropiadamente al personal de las mismas para que se continúe promoviendo el bienestar e integridad de las niñas y jóvenes. Ello debido a que es un tratamiento que resultó ser eficaz en la atención de estas menores. Acompañado de la capacitación, para facilitar y fomentar la correcta aplicación de la intervención, se propone hacer un manual altamente específico y detallado para asegurar que quienes lo implementen realmente hagan lo que tienen que hacer. Sólo así se cerciora que verdaderamente se induzcan cambios favorables pues el procedimiento de aplicación y el taller serían los mismos que en su versión original.

Aunado a lo anterior, es importante tomar en consideración otros factores de índole intrapersonal que, de incluirse en el tratamiento, podrían incrementar la magnitud del efecto alcanzado como sería la conducta agresiva en el caso de las mujeres de calle. Durante el transcurso de las sesiones de terapia, se observó la presencia de agresión en niñas y jóvenes de calle. Este elemento, de no atenderse, aminora el bienestar de las personas ya que los individuos agresivos tienen mayores probabilidades de realizar conductas de riesgo entre las que destacan el uso y abuso de sustancias y las actividades delictivas, o de volverse inclusive más violentos. Así mismo, incrementa el riesgo de presentar depresión, ideación y tendencias suicidas (Klomek et al., 2013), ausentismo, reprobación y deserción escolares, problemas de salud mental, aislamiento y rechazo sociales, una baja autoestima y, en las mujeres, además, ansiedad (Kowalski & Limber, 2013). Por ende, estudios subsecuentes podrían considerar el investigar y evaluar la conducta agresiva específicamente en el subgrupo de calle dentro de la población femenina en situación de calle.

Adicionalmente, sería conveniente que se instrumentara e implementara un tratamiento particular para el aprendizaje y adquisición de habilidades de regulación emocional puesto que en la presente investigación esta característica se abordó de manera general y centrada únicamente en emociones asociadas a síntomas de ansiedad y depresión. Se recomienda porque la regulación emocional es un proceso mediante el cual el individuo es capaz de modificar una reacción emocional en respuesta a las demandas ambientales (Suveg, Sood, Comer & Kendall, 2009). Esto es, implica el manejo, control y expresión de emociones tomando en cuenta la situación desencadenante de dichas emociones, el ambiente en el que la persona participa y los individuos involucrados. Como tal, la habilidad para regular las emociones individuales incrementa la capacidad de adaptación y ajuste a nuevas circunstancias y condiciones estresantes (Hannesdottir & Ollendick, 2007). De ahí que sea un proceso central para la salud mental, el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales sanas y la satisfacción con la vida (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman & Sinha, 2011). Además, empíricamente se observó que, al menos en este grupo social, las niñas y jóvenes presentan dificultades para manejar emociones negativas que las lleva a la realización de conductas de riesgo como el consumo de drogas, el abandono de la institución y las autolesiones, entre otras.

Por otra parte, se recomienda llevar a cabo intervenciones en su modalidad individual en casos en los que esta forma de tratamiento resulte más conveniente de acuerdo a las características y necesidades expresadas y detectadas por las mismas participantes.

Por último, se sugiere que se continúen llevando a cabo investigaciones de índole

psicosocial para tener una mejor comprensión de la problemática acorde al contexto histórico y sociocultural en el que se desarrolla porque todo fenómeno requiere ser abordado continuamente para profundizar, actualizar y modificar las nociones actuales al respecto. También, de esta manera, se asegura la elaboración de procedimientos efectivos de intervención que toman en cuenta las necesidades y características de los individuos para quienes va dirigido y de la sociedad a la que éstos pertenecen. Como resultado, se plantean y ejecutan soluciones que contribuyen a la disminución gradual del fenómeno y al incremento del bienestar biopsicosocial de las menores y jóvenes en situación de calle.

En resumen, el objetivo central de esta investigación consistió en elaborar e implementar una intervención cognitivo-conductual para aumentar el nivel de bienestar subjetivo de un grupo de mujeres en situación de calle al disminuir síntomas de ansiedad y depresión y al incrementar estrategias de regulación emocional funcionales y la expresión asertiva de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos. Los resultados obtenidos demuestran la eficacia del tratamiento para este colectivo social. Empero, cabe destacar que se trata de una forma de abordar y atender la problemática induciendo cambios y alcanzando mejorías.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Ejemplo del Ante-proyecto entregado a las instituciones para su aceptación:



#### INVESTIGACIÓN DE DOCTORADO:

“Conceptuación, prevalencia y características psicosociales de mujeres jóvenes en situación de calle:”

Susana Castaños Cervantes

#### Comité Tutoral

Tutor Principal: Dr. Adrián Alfredo Medina Liberty

Tutor Adjunto: Dr. Rolando Díaz Loving

Tutor Externo: Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Jurado A: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Jurado B: Dr. Bernardo Emilio Turnbull Plaza

Proyecto avalado por CONACyT y por el Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM

#### Objetivo General

Elaborar un taller sobre entrenamiento asertivo, de regulación emocional, de manejo de la ansiedad y de la depresión para dotar de habilidades a las mujeres jóvenes en situación de calle (en riesgo de calle o en desventaja social y de la calle) que les permita afrontar eficazmente las situaciones que experimentan en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven.

Para cumplir con el objetivo propuesto, se llevará a cabo la investigación en dos fases:

1. Fase I: Definición psicosocial de las menores en situación de calle mediante la técnica de entrevista semi-abierta (Kerlinger y Lee, 2002).
2. Fase II: Implementación de un taller sobre entrenamiento asertivo, de regulación emocional, de manejo de la ansiedad y de la depresión.

#### FASE I. Conceptuación de las mujeres en situación de calle

##### Objetivo General

Realizar 300 entrevistas semi-abiertas para obtener información agrupada en distintos rubros (mencionados en beneficios organizacionales) sobre la historia de vida del grupo social en cuestión.

Las entrevistas se aplicarán de manera individual sin límite de duración con el fin de obtener la mayor información posible referente a la participante. Los datos obtenidos se complementarán con la revisión de expedientes. Es importante resaltar que la investigación se ha llevado a cabo bajo la supervisión rigurosa del Comité Tutoral y con aprobación del Comité Académico del Posgrado en Psicología. Así mismo, se han seguido los principios y lineamientos éticos más estrictos respetando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes e instituciones involucradas. Es decir, jamás se hará alusión alguna a la institución referente a su población y a la información obtenida. Únicamente, se le hará el gran reconocimiento de permitir el desarrollo de la investigación en curso. Tal reconocimiento será registrado en el documento final y en las publicaciones realizadas, las cuales serán proporcionadas a la organización. Todo ello con el fin de ilustrar a la sociedad de la excelencia de los servicios brindados y apertura de la fundación.

Beneficios de la institución participante:

- Obtener información confiable, válida y sistematizada de los rubros siguientes: características sociodemográficas, identidad, relaciones afiliativas (grupo de pares, pareja, familia y ámbito comunal) y sexualidad. Con los resultados obtenidos podrá conocer las fallas y los puntos fuertes de la fundación posibilitando, así, el crecimiento institucional y permitiendo, por ende, la mejoría en la calidad y satisfacción que las niñas y adolescentes tienen con la vida.
- Determinar los éxitos y errores que permiten disminuir el porcentaje de jóvenes que corren el riesgo de iniciar el proceso de callejerización.
- Retroalimentar a la sociedad y al gobierno en general acerca de los logros institucionales respecto del trabajo llevado a cabo.
- Enriquecer la formación de la organización en su totalidad.

## ANEXO 2

### Ejemplos de preguntas entrevista semi-abierta y cuestionario sobre conductas de riesgo.

#### Entrevista Semi-Abierta<sup>21</sup>

##### LUGAR DE ORIGEN

¿Dónde naciste?

##### RESIDENCIA

¿Dónde vives? ¿Con quién/quienes? ¿Por qué?

##### EDAD

¿Cuántos años tienes?

##### ESCOLARIDAD

¿Sabes leer y escribir?

¿Estudias? ¿En qué año vas?

##### ACTIVIDADES REALIZADAS

¿Trabajas? ¿Dónde trabajas? ¿A qué edad empezaste a trabajar? ¿Por qué?

##### SUSTANCIAS CONSUMIDAS

¿Consumes drogas? ¿De qué tipo? ¿Cada cuándo la(s) usas?

##### SALUD FÍSICA Y MENTAL

¿Has estado enferma? ¿Qué haces cuando te enfermas?

##### VIDA INSTITUCIONAL

¿Es la primera vez que vives en una institución? ¿Por qué?

##### ACTIVIDAD SEXUAL

¿Has tenido relaciones sexuales?

##### RELACIONES INTERPERSONALES

##### PAREJA

¿Qué significa para ti tener novio/a o pareja? ¿Qué esperas de una pareja?

¿Tienes novio/a, pareja, esposo?

##### GRUPO DE PARES

¿Qué significa para ti la amistad? ¿Qué esperas de las personas a las que consideras como tus amigos?

¿Tienes amigos hombres? ¿Tienes amigas? ¿Cuántas? ¿Cómo inició tu relación con ellas?

##### FAMILIA

Para ti, ¿qué es la familia? ¿qué significa tener una familia y qué esperas de una familia?

¿Has formado una nueva familia? ¿Quiénes la forman?

##### COMUNIDAD

¿Cómo es la comunidad dónde vives? ¿Qué piensas de las personas que viven ahí?

##### IDENTIDAD

¿Qué es para ti una niña o joven de la calle? ¿Qué significa ser de la calle?

¿Cómo te sientes de ser mujer?

#### Cuestionario sobre Conductas de Riesgo

¿Qué tan probable es que:	NADA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
<i>Consumas drogas en esta semana.</i>				
<i>Bebas alcohol en esta semana.</i>				
<i>Tengas sexo sin protección en esta semana.</i>				
<i>Robes en esta semana.</i>				
<i>Vendas drogas en esta semana.</i>				
<i>Te prostituyas en esta semana.</i>				

Menciona a las personas que consideras importantes para ti que están/estarían de acuerdo con que tú: consumas drogas, bebas alcohol, tengas sexo sin protección, robes, vendas droga o te prostituyas.

<sup>21</sup> Si el lector desea obtener la entrevista semi-abierta y el cuestionario sobre conductas de riesgo favor de escribir al correo [susycc84@gmail.com](mailto:susycc84@gmail.com).

### ANEXO 3

#### Ejemplos de reactivos de la batería de pruebas empleada<sup>22</sup>:

¿Qué tanto...

1. Me preocupa cometer errores.
2. Me siento sola.
3. Puedo aceptar que hablen mal de mí.
4. Me distraigo muy fácil.
5. Me siento triste.
6. Me da pena hablar enfrente de un grupo por miedo a que hablen mal de mí.

Cuando me siento triste o muy nerviosa (angustiada, preocupada), hago las siguientes cosas:

7. Hablo con un amigo acerca de lo que me pasa.
8. Le hago cosas a alguien (busco vengarme, me desquito).
9. Me pongo muy mal.

*En el último mes...*

10. Me he sentido mal por algo que pasó de repente.
11. Me he sentido a gusto en:
  - a) Mi familia
  - b) La escuela
  - c) La casa hogar o internado
  - d) El trabajo

---

<sup>22</sup>Si el lector desea obtener la batería de pruebas completa favor de escribir al correo [susycc84@gmail.com](mailto:susycc84@gmail.com).

### Versión Preliminar del Taller<sup>23</sup>

#### PRESESIÓN

1. Presentación del terapeuta y de las participantes.
2. Explicación de los propósitos y duración del taller y de los beneficios que obtendrán por participar.
3. Explicación de su compromiso con el taller.
4. Entrega de un diario.
5. Felicitaciones por haber sido elegidas y preparar el posterior inicio del taller como tal.

#### SESIÓN 1: ANSIEDAD

1. Psicoeducación afectiva: Distinción entre emoción, pensamiento, conducta y las reacciones fisiológicas asociadas para ansiedad. Se usará una presentación power point.
2. Manejo de la ansiedad: Se pretende enseñar a las participantes a manejar la ansiedad mediante una serie de técnicas.

Relajación.- Se les evalúa su ansiedad en una escala del 0 (NADA) al 10 (MUCHO) y después se les enseñan tres técnicas breves y simples de relajación:

- Respiración diafragmática.
- Relajación muscular progresiva.- Únicamente se incluirán los sistemas de músculos principales.
- Entrenamiento autógeno.

Durante las tres técnicas se usará música relajante de fondo.

Solución de problemas.- Se les entrega la tarjeta de solución de problemas. Se enseña la técnica en cuestión:

3. Cierre sesión 1.- Prevención de recaídas.
  - Se asignan las tareas para casa.
  - Entrega tarjeta para manejar la ansiedad.
  - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
  - Registrar puntos ganados individualmente.
  - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

Aplicación examen de ansiedad.

#### SESIÓN 2: DEPRESIÓN

1. Revisión de la tarea.
2. Psicoeducación afectiva: Se pretende que las participantes reconozcan las emociones, los pensamientos, las conductas y reacciones corporales ligadas a la depresión y la relación que existe entre éstos. Para ello se usa una presentación power point.
3. Manejo de la depresión: Se pretende enseñar a las participantes a manejar la depresión mediante una serie de técnicas:
  - a. Reestructuración cognitiva.  
Evidencia a favor y en contra.
  - b. Solución de problemas.- Para ello, se utiliza la técnica de solución de problemas recordando la tarjeta de solución de problemas.
4. Cierre sesión 2.- Prevención de recaídas.
  - Se asignan las tareas para casa.
  - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
  - Registrar puntos ganados individualmente.
  - Recordar su lugar relajante "MI LUGAR DE PAZ".
  - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

---

<sup>23</sup>Si el lector desea obtener el material utilizado y más información sobre los talleres en su versión preliminar y final, favor de escribir al correo [susycc84@gmail.com](mailto:susycc84@gmail.com).



Aplicación examen de depresión.

### SESIÓN 3: CIERRE DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

1. Revisión de la tarea.
2. Reforzamiento de técnicas enseñadas y habilidades aprendidas.
3. Cierre de sesión 3.- Entregar la tarjeta de afrontamiento.
  - Se asignan las tareas para casa.
  - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
  - Registrar puntos ganados individualmente.
  - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

Aplicación examen de cierre de ansiedad y depresión.

### SESIÓN 4: ASERTIVIDAD

1. Revisión de la tarea.
2. Psicoeducación: Se pretende enseñar el concepto de asertividad y las diferencias con la pasividad y la agresividad. Se usará una presentación power point.
3. Aprendizaje y adquisición de la habilidad asertiva.
  - a. Solución de problemas.- Retomar la tarjeta de solución de problemas.
  - b. Ensayo conductual.
  - c. Cierre de sesión.- Se refuerzan las habilidades aprendidas. Para ello, se recurre a la tarjeta de asertividad.
    - Se asignan las tareas para casa.
    - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
    - Registrar puntos ganados individualmente.
    - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

Aplicación examen de asertividad.

### SESIÓN 5: ASERTIVIDAD

1. Revisión de la tarea.
2. Aprendizaje y adquisición de la habilidad asertiva.
3. Ensayo conductual con modelamiento.
4. Cierre de sesión.- Se refuerzan las habilidades aprendidas.
  - Se asignan las tareas para casa.
  - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
  - Registrar puntos ganados individualmente.
  - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

Aplicación examen de asertividad.

### SESIÓN 6: ASERTIVIDAD

1. Revisión de la tarea.
2. Práctica de la habilidad asertiva.
3. Prevención de recaídas y cierre de sesión.
  - Se asignan las tareas para casa.
  - Entrega de tarjeta de derechos asertivos.
  - Entrega de recompensas por puntos ganados en equipo.
  - Entrega de recompensas por acumulación de puntos ganados individualmente.
  - Recordar que sigan escribiendo en su diario.

Aplicación examen de cierre de asertividad.

### POST-SESIÓN

1. Revisión de la tarea.
2. Repaso del manejo de la ansiedad y de la depresión y de comportarse asertivamente.
3. Prevención de recaídas y cierre de taller.
  - a. Entrega de diploma.
  - b. Entrega del diario.
  - c. Aplicación de batería de pruebas.

## ANEXO 5

### Versión Final del Taller

#### PRESESIÓN

1. Presentación del terapeuta y de las participantes.
2. Explicación del Taller (encuadre).
3. Psicoeducación Afectiva: Distinción emoción, pensamiento, conducta y reacción corporal.
4. Aplicación de Examen 1.
5. Asignación de Tareas:
  - Escribir qué me hace sentir triste y nerviosa, preocupada o con miedo.
  - Escribir en el diario.

#### SESIÓN 1: ANSIEDAD

1. Revisión de la Tarea.
2. Psicoeducación Afectiva: Se busca que las participantes aprendan a reconocer emociones y pensamientos de ansiedad, las conductas asociadas y las respectivas reacciones corporales. Para ello se utiliza una presentación power-point.
3. Manejo de Sintomatología Ansiosa:
  - a. Respiración diafragmática y entrenamiento autógeno.
  - b. Reestructuración Cognitiva.
  - c. Solución de Problemas.- Se les entrega la tarjeta de solución de problemas Se enseña la técnica en cuestión.
  - d. Prevención de Recaídas.- Entregar tarjeta de ansiedad.
4. Aplicación de Examen 2 y Evaluación de Sintomatología Ansiosa.
5. Asignación de Tareas:
  - Relajación
  - Pensamientos negativos
  - Solución de problemas
  - Diario

#### SESIÓN 2: DEPRESIÓN

4. Revisión de la Tarea.
5. Psicoeducación Afectiva: Se pretende que las participantes reconozcan las emociones, los pensamientos, las conductas y reacciones corporales ligadas a la depresión y la relación que existe entre éstos Se usa una presentación power-point.
6. Manejo de Sintomatología Depresiva:
  - a. Reestructuración Cognitiva.
  - b. Solución de Problemas.- Para ello, se utiliza la técnica de solución de problemas recordando la tarjeta de solución de problemas.
  - c. Prevención de Recaídas.- Entregar tarjeta de depresión.
6. Aplicación de Examen 3 y Evaluación de Sintomatología Depresiva.
7. Asignación de Tareas:
  - Pensamientos negativos
  - Solución de problemas
  - Diario

#### SESIÓN 3: CIERRE DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

4. Revisión de la tarea:  
Presentación power-point.  
Video 1.
5. Manejo de Sintomatología Ansiosa y Depresiva.- Reforzamiento de técnicas enseñadas y habilidades aprendidas.
6. Prevención de Recaídas.- Video 2 y Entregar tarjeta de afrontamiento.
7. Aplicación de Examen 4 y Evaluación de Regulación Emocional.
8. Asignación de Tareas:
  - Relajación
  - Pensamientos negativos
  - Solución de problemas

- Escribir una lista de situaciones que les hayan generado molestia o enojo, que les desagraden o en las que hayan sentido preocupación.

- Diario

9. Video 3.

#### SESIÓN 4: ASERTIVIDAD

Habilidad Asertiva: Expresión de sentimientos negativos.

1. Revisión de la Tarea.
2. Psicoeducación Afectiva: Se pretende enseñar el concepto de asertividad. Para ello se usa una presentación power-point y se entrega tarjeta de asertividad.
3. Expresión de Molestia, Desagrado y Preocupación:
  - a. Reestructuración Cognitiva.
  - b. Solución de Problemas.- Para ello, se utiliza la técnica de solución de problemas recordando la tarjeta de solución de problemas.
  - c. Ensayo conductual (con modelamiento).  
Video 4.
4. Aplicación de Examen 5 y Evaluación de Asertividad (molestia, desagrado y preocupación).
5. Asignación de Tareas:
  - Pensamientos negativos
  - Solución de problemas
  - Poner en práctica la habilidad asertiva aprendida.
  - Escribir situaciones en las que tengan dificultades para expresar sus opiniones personales .
  - Diario

#### SESIÓN 5: ASERTIVIDAD

Habilidad Asertiva: Expresión de pensamientos y opiniones personales.

1. Revisión de la Tarea.
2. Expresión de Pensamientos y Opiniones Personales
  - a. Reestructuración Cognitiva.
  - b. Solución de Problemas.- Para ello, se utiliza la técnica de solución de problemas recordando la tarjeta de solución de problemas.
  - c. Ensayo conductual (con modelamiento).  
Video 5.
3. Aplicación de Examen 6 y Evaluación de Asertividad (opiniones personales y pensamientos).
4. Asignación de Tareas:
  - Pensamientos negativos
  - Solución de problemas
  - Poner en práctica la habilidad asertiva aprendida.
  - Diario

#### SESIÓN 6: ASERTIVIDAD

1. Revisión de la Tarea.
2. Expresión de Sentimientos Negativos y de Pensamientos y Opiniones Personales:
  - a. Ensayo conductual (sin modelamiento).
3. Prevención de Recaídas: Video 6.
4. Aplicación de Examen 7.
5. Asignación de Tareas:
  - Práctica de las habilidades asertivas aprendidas
  - Aprendizaje taller
  - Diario
6. Video 7.

#### POST-SESIÓN

1. Revisión de la Tarea:  
Uso de presentación power-point y Video 8.
2. Repaso: Manejo de sintomatología ansiosa y depresiva y conducta asertiva.
3. Prevención de Recaídas: Video 9.  
Entregar tarjeta de resumen taller.  
Recoger diario y entregar premios y diplomas.  
VIDEO CIERRE.
4. Aplicación de Pruebas Psicométricas.

## ANEXO 6

### Fórmulas d de Cohen para muestras independientes (1) y relacionadas (2):

$$(1) d = (M_t - M_c) / DS$$

En donde:

- $M_t$ : Media del grupo de tratamiento.
- $M_c$ : Media del grupo control o de comparación.
- $DS$ : Desviación estándar combinada o ponderada (pooled).

$$(2) d = M / SD$$

En donde:

- $M$ : Media combinada o ponderada (pooled).
- $DS$ : Desviación estándar combinada o ponderada (pooled).

### Fórmulas del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (1), Speer (2), Cardiel (3) e Irvin (4):

$$(1) RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{S_{diff}}$$

En donde:

- $X_{post}$ : Puntaje bruto del individuo posterior al tratamiento.
- $X_{pre}$ : Puntaje bruto del individuo previo al tratamiento.
- $S_{diff}$ : Error estándar de la diferencia.

$$(2) [r_{xx}(X_{pre} - M_{pre})] + 2S_{pre}\sqrt{1 - r_{xx}}$$

En donde:

- $X_{pre}$ : Puntaje bruto del individuo previo al tratamiento.
- $M_{pre}$ : Media de la muestra previo al tratamiento.
- $S_{pre}$ : Desviación estándar de la muestra previo al tratamiento.
- $r_{xx}$ : Confiabilidad de la medida.

$$(3) (X_{post} - X_{pre}) / X_{pre}$$

Con un punto de corte mayor o igual a 0.20 (20%).

En donde:

- $X_{post}$ : Puntaje bruto del individuo posterior al tratamiento.
- $X_{pre}$ : Puntaje bruto del individuo previo al tratamiento.

$$(4) S_{diff} = SD_1 * \sqrt{2} * \sqrt{1 - r_{xx}}$$

En donde:

- $SD$ : Desviación estándar de la muestra previo al tratamiento.
- $r_{xx}$ : Confiabilidad de la medida o confiabilidad test-retest.

## 10. REFERENCIAS

- Aarons, G., James, S. & Monn, A. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Abdalian, S. (2004). Street youth mortality. *Journal of the American Medical Association*, 292(5), 624-626.
- Abela, J. & Hankin, B. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. Estados Unidos: The Guildford Press.
- Abdel-Khalek, A. (2009). Religiosity, subjective well-being, and depression in Saudi children and adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(8), 803-815.
- Abdel-Khalek, A. (2011). Religiosity, subjective well-being, self-esteem, and anxiety among Kuwaiti Muslim adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(2), 129-140.
- Abdel-Khalek, A. & Eid, G. (2011). Religiosity and its association with subjective well-being and depression among Kuwaiti and Palestinian Muslim children and adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(2), 117-127.
- Acevedo, M. (2003). *Crece explotación de niños de la calle*. En: <http://www.reforma.com>.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Perino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién*, 16(1), 20-25.
- Adams, G., Gullota, T. & Clancy, M. (1985). Homeless adolescents: a descriptive study of similarities and differences between runaways and throwaways. *Adolescence* 20(79), 715-724.
- Aderinto, A. (2000). Social correlates and coping measures of street-children: a comparative study of street and non-street children in South-Western Nigeria. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1199-1213.
- Aguilar, A. (2005). *Sistematización de la experiencia profesional en la aplicación del método educativo yozicación en niños en condición y riesgo de calle institucionalizados (2001-2004)*. Tesis de Licenciatura, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Aguirre, L. (2010). *Análisis de la interacción comunicativa entre niños en situación de calle y las organizaciones sociales que los atienden*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. E.U.A.: Open University Press.
- Albert, M., Saewyc, E., Smith, A. & Mackay, L. (2008). Changes in substance use patterns for street involved youth cohorts in British Columbia. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 49
- Alia, M., Shahabb, S., Ushijimaa, H. & de Muynckc, A. (2004). Street children in Pakistan: a situational analysis of social conditions and nutritional status. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1707-1717.
- Alor-Luna, H. (1999). *Proyecto "amigos de los niños de la calle"*, Perú. Perú: UNESCO.
- Almazán-Argumedo, S. (2009). Los niños de nadie. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 104-106.
- Altun, G., Yilmaz, A. & Azmak, D. (1999). Deaths among homeless people in Istanbul. *Forensic Science International*, 99(2), 143-147.
- Álvarez, L. (2008). *La intervención del gobierno del Distrito Federal en la tutela de los niños de la calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho, FES Aragón, UNAM.
- Álvarez-Ramírez, L., Saldaña, C., Muñoz, J. & Portela, V. (2009). Asertividad, escucha y afrontamiento de la crítica en adolescentes en situación de calle. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1535-1543.
- Álvaro, J., Garrido, A., Ramírez, S., Vieira, M., Jiménez, F., Agulló, M., Carabaña, J. & Sánchez, E. (2003). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. España: UOC.
- Anguas, A. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura Mexicana*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Annan, K. (2001). *Nosotros los niños y las niñas: Cumplir las promesas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia*. E.U.A.: UNICEF.
- Anooshian, L. (2003). Social isolation and rejection of homeless children. *Journal of Children & Poverty*, 9(2), 115-134.
- APA. (2007). *APA Dictionary of psychology*. E.U.A.:APA.
- APA. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Appleton, P. (2008). *Children's anxiety: a contextual approach*. E.U.A.: Routledge.
- Aptekar, L. (1989a). Family structure in Colombia: its impact on understanding street children. *The Journal of Ethnic Studies*, 17(1), 97-108.
- Aptekar, L. (1989b). Colombian street children: Gamines and Chupagruesos. *Adolescence*, 24(96), 783-794.
- Hayes, R. (1989). Homeless children. *Proceedings of the Academy of Political Science*, 37(29), 58-69.
- Aptekar, L. & Ciano-Federoff, L. (1999). Street children in Nairobi: gender differences in mental health. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 85, 35-46.
- Aral, S., Lawrence, J., Dyatolv, R. & Kozlov, A. (2005). Commercial sex work, drug use and sexually transmitted infections in St. Petersburg, Russia. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2181-2190.

- Arredondo, J. (2000). Neoliberalismo: fábrica de pobres. *Revista SAVIA*, 0, 16-21.
- Arroyo, R. (2007). *Niños de la calle: desarticulación entre la política pública social y derechos humanos en el Distrito Federal 1990-2007*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Au, A., Lau, S. & Lee, M. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44(176), 851-868.
- Auerswald, C. & Eyre, S. (2002). Youth homelessness in San Francisco: a life cycle approach. *Social Science & Medicine*, 54(10), 1497-1512.
- Auerswald, C., Sugano, E., Cruz, E. & Ellen, J. (2005). Very high risk behaviors and the life cycle of youth homelessness: Are youth in disequilibrium at highest risk? *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 141-142.
- Auerswald, C., Sugano, E., Ellen, J. & Klausner, J. (2006). Street-based STD testing and treatment of homeless youth are feasible, acceptable and effective. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 208-212.
- Avendano, A., Valenzuela, C., Correa, F., Almonte, C. & Sepulveda, G. (1988). Características del desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años en seguimiento longitudinal. *Revista Chilena de Pediatría*, 59(2), 96-101.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. & Merikangas, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biol Psychiatry*, 49, 1071-1081.
- Averitt, S. (2003). "Homelessness is not a choice!" The plight of homeless women with preschool children living in temporary shelters. *Journal of Family Nursing*, 9(1), 79-100.
- Aviles de Bradley, A. (2008). Educational rights of homeless children and youth: legal and community advocacy. *American Educational History Journal*, 35(2), 261-277.
- Áviles, K. & Escarpit, F. (2001). *Los niños de las coladeras*. México: La Jornada Ediciones.
- Axelrod, S., Perepletchikova, F., Holtzman, K. & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 37-42.
- Ayyash-Abdo, H. & Alamuddin, R. (2007). Predictors of subjective well-being among college youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265-284.
- Ayyash-Abdo, H. (2012). Subjective well-being during political violence and uncertainty: a study of college youth in Lebanon. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 2(3), 340-361.
- Baer, J., Peterson, P. & Wells, E. (2004). Rationale and design of a brief substance use intervention for homeless adolescents. *Addiction Research and Therapy*, 12(4), 317-334.
- Bailey, S., Camlin, C. & Ennett, S. (1998). Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *Journal of Adolescent Health*, 23(6), 378-388.
- Baker, A., McKay, M., Lynn, C., Schlange, H. & Auville, A. (2003). Recidivism at a shelter for adolescents: first-time versus repeat runaways. *Social Work Research*, 27(2), 84-93.
- Balachova, T., Bonner, B. & Levy, S. (2008). Street children in Russia: steps to prevention. *International Journal of Social Welfare*, 18, 27-44.
- Balcells, M. & Alsinet, C. (2000). *Infancia y adolescencia en riesgo social*. España: Milenio.
- Bao, W., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2000). Abuse, support, and depression among homeless and runaway adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(4), 408-420.
- Barkin, S., Balkrishnan, R., Manuel, J., Andersen, R. & Gelberg, L. (2003). Health care utilization among homeless adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 32(4), 253-256.
- Baron, S. & Forde, D. (2007). Street youth crime: a test of control balance theory. *Justice Quarterly*, 24(2), 335-355.
- Barragán-Rodríguez, L. (2010). Prácticas cotidianas de personas adultas jóvenes que viven en la plaza Zarco (Ciudad de México). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 411-437.
- Barreto, S., Giatti, L. & Martínez, A. (2010). Contextual and family factors associated with negative assessment of children's health. *European Journal of Public Health*, 21(5), 649-655.
- Barr-Dinn, A. (1995). *Los niños marginados en América Latina. Una antología de estudios psicosociales*. México: UNAM y Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Humanidades.
- Barreiro, N., Palomas, S., Bejos, M., Gutiérrez, M. & Nájera, M. (2004). *Manual para educadores de niñas y adolescentes que viven en la calle*. México: Trillas.
- Barry, P., Ensign, J. & Lippek, S. (2002). Embracing street culture: fitting health care into the lives of street youth. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2), 145-152.
- Barwick, M., Hincks Institute & Siegel, L. (1996). Learning difficulties in adolescent clients of a shelter for runaway and homeless street youths. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4), 649-670.
- Bass, D. (1994). *Helping vulnerable youths: runaway & homeless adolescents in the United States*. Estados Unidos: NASW Press.
- Bassuk, E., Buckner, J., Weinreb, L., Browne, A., Bassuk, S., Dawson, R. & Perloff, J. (1997). Homelessness in female-headed families: childhood and adult risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 87(2), 241-248.

- Bautista, J. (2007). *Adolescentes en conflicto*. España: CCS.
- Bautista, A. & Conde, E. (2006). *Comercio sexual en la Merced: una perspectiva constructivista sobre el sexoservicio*. México: Miguel Ángel Porrúa y Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.
- Bearsley-Smith, C., Bond, L., Littlefield, L. & Thomas, L. (2008). The psychosocial profile of adolescent risk of homelessness. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(4), 226-234.
- Becerra-Pedraza, I. (2009). Las y los jóvenes en el desarrollo. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 67-71.
- Belsky, J., Lerner, R. & Spanier, G. (1984). *The child in the family*. E.U.A.: McGraw-Hill.
- Benítez, H. (2000). Vidas callejeras: pasos sin rumbo. *Revista SAVIA*, 0, 30-32.
- Benítez, M., Languín, A. & Sánchez, M. (2000). *Programa de atención al niño en situación de riesgo social*. España: Ayuntamiento de Madrid, Área de Salud y Consumo.
- Benson, C. & Matthews, R. (1995). Street prostitution: ten facts in search of a policy. *International Journal of the Sociology of Law*, 23(4), 395-415.
- Berdahl, T., Hoyt, D. & Whitbeck, L. (2005). Predictors of first mental health service utilization among homeless and runaway adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), 145-154.
- Bieling, P., McCabe, R. & Antony, M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Biglan, A., Brennan, P., Foster, S. & Holder, H. (2005). *Helping adolescents at risk. Prevention of multiple problem behaviors*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Bobadilla, J. (2001). *Prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual en niños en situación de calle del Hospital Pediátrico Iztacalco*. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica, Facultad de Medicina, UNAM.
- Bond, F. & Dryden, W. (2002). *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. Gran Bretaña: John Wiley & Sons, LTD.
- Booth, R. & Zhang, Y. (1997). Conduct disorder and HIV risk behaviors among runaway and homeless adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 48(2), 69-76.
- Booth, R., Zhang Y., & Kwiatkowski, C. (1999). The challenge of changing drug and sex risk behaviors of runaway and homeless adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1295-1306.
- Booth, S. (2006). Eating rough: food sources and acquisition practices of homeless young people in Adelaide, South Australia. *Public Health Nutrition*, 9(2), 212-218.
- Borjón, J. (2010). *Niños, niñas y adolescentes de la calle y en la calle. El caso de Veracruz*. México: El Colegio de Veracruz.
- Bousman, C., Blumberg, E., Shillington, A., Hovell, M., Ji, M., Lehman, S. & Clapp, J. Predictors of substance use among homeless youth in San Diego. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1100-1220.
- Bozer, A. (2011). *Behaviors and attitudes related to youth runaway behaviors*. Master's Thesis, Degree of Master of Arts Criminology and Criminal Justice, University of Texas, Arlington, USA.
- Brandon, D. (1998). Homeless in Cambridge? *Journal of Mental Health*, 7(4), 325-329.
- Brase, M. (2011). *Who's there to help? Assessment of social supports received by homeless and unaccompanied youth in high school*. PHD Thesis, College of Education, Nursing and Health Professions, University of Hartford, USA.
- Briller, S. (1997). Mongolia: out in the cold. *Natural History*, 106(6), 24-34.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. España: Paidós.
- Brooks, R., Milburn, N., Rotheram-Borus & Witkin, A. (2004). The system-of-care for homeless youth: perceptions of services providers. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 443-451.
- Brunette, M. & Drake, R. (1998). Gender differences in homeless persons with schizophrenia and substance abuse. *Community Mental Health Journal*, 34(6), 627-642.
- Buchanan, D., Doblin, B., Sal, T. & García, P. (2006). The effects of respite care for homeless patients: a cohort study. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1278-1281.
- Bucher, C. (2008). Toward a needs-based typology of homeless youth. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 549-554.
- Buckner, J. & Bassuk, E. (1997). Mental disorders and service utilization among youths from homeless and low-income housed families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 890-900.
- Buckner, J., Bassuk, E. & Weinreb, L. (2001). Predictors of academic achievement among homeless and low-income housed children. *Journal of School Psychology*, 39(1), 45-69.
- Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Builes, L., Múnera, P., Salazar, C. & Schnitter, M. (2006). El encuentro de los desencuentros: Pautas de crianza presentes en las familias de niños menores de la calle institucionalizados. *Informes Psicológicos*, 8, 57-67.
- Burg, M. (1994). Health problems of sheltered homeless women and their dependent children. *Health and Social Work*, 19(2), 125-131.
- Busen, N. & Engebretson, J. (2008). Facilitating risk reduction among homeless and street-involved youth. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(11), 567-575.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica*,

- medicina conductual y trastornos de relación*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. & Simón, M. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. España: Pirámide.
- Cabrera, P., Malgesini, G. & López, J. (2002). *Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. España: Icaria.
- Calderón, J. (2003). *Los niños de la calle*. Tesis de Licenciatura, Licenciado en Periodismo y Comunicación Colectiva, FES Acatlán, UNAM.
- Calderón, L. (2003). *Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe*. República Dominicana: ONU y CEPAL.
- Calderón-Gómez, J. (2003). *Infancia sin amparo*. México: Grijalbo.
- Camacho, L. & Trujillo, M. (2009). La explotación sexual comercial infantil: una ganancia subjetiva. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1009-1025.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1991). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores.
- Campos-Monteiro, J. & Dollinger, S. (1998). An autophotographic study of poverty, collective orientation, and identity among street children. *The Journal of Social Psychology*, 138(3), 403-406.
- Campos, P. (2001). *Los niños en situación de calle en la Ciudad de México, causas y alternativas de solución*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Aragón, UNAM.
- Canadian Homelessness Research Network (2012) *Canadian Definition of Homelessness*. Homeless Hub: [www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/](http://www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/)
- CANICA. (2006). *Reporte anual 2006*. México: CANICA de Oaxaca, A.C.
- Capuzzi, D. & Gross, D. (2006). *Youth at risk: a prevention resource for counselors, teachers and parents*. Estados Unidos: Pearson-Merrill Prentice Hall.
- Cardemil, E., Reivich, K., Beevers, C., Seligman, M. & James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 45, 313-327.
- Cárdenas, S. (2010). Niños y niñas de la calle: coordenadas explicativas del cambio de vida. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 1051-1067.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En: L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica*, pp. 189-199. México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Carrasco, M. (1997). *Consumo de sustancias adictivas en niños de la calle del Centro Casa de La Juventud José Joaquín Fernández de Lizardi*. Tesis de Especialidad en el Área de la Salud, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Carretero, C., Ezquerro, J., Frías, T., Garabandal, M., Guerrero, E., Jiménez, S., Martínez, C., Mayoral, I. Moreno-Torres, J., de Huidobro, J., Serrano, A., Sieira, S. & Soler, A. (2007). *Los sistemas de protección de menores en la España de las Autonomías. Situación de riesgo y desamparo de menores. Acogimiento familiar y acogimiento residencial*. España: Dykinson, S.L.
- Carro, C., Treguear, T., Jiménez, R. & Ramírez, A. (1995). *Construcción de la identidad de género desde la sexualidad en la adolescencia*. México: Programa Mujer, Justicia y Género, Programa Modelo de Atención Integral para Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores de y en la Calle, e Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente.
- Carlson, J., Sugano, E., Millstein, S. & Auerswald, C. (2006). Service utilization and the life cycle of youth homelessness. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 624-627.
- Casa de Niños Expósitos (1775). *Constituciones, que para el mejor gobierno y dirección de la Real Casa del Señor S Joseph de Niños Expósitos de esta Ciudad de México formó el Ilmo. Sr. Dr. D. Alonso Núñez de Haro y Peralta del Consejo de S. MAG.*. México: Imprenta del Lic. D. Joseph de Jauregui, calle de S. Bernardo.
- Castanyer, O. (2009). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. España: Desclée de Brouwer.
- Castaños, S., Reyes, I., Rivera, S. & Díaz-Loving, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27-50.
- Castellanos, F., Fernández, M., Guzmán, S. & Rosales, R. (2006). *Riesgo, protección y resiliencia en adolescentes*. México: Fundación Mexicana de Reintegración Social, Reintegra, A.C.
- Castillo, D. & Juárez, A. (2002). *El centro histórico de la Ciudad de México, su lado conflictivo: una visión sociológica*. Tesina de Licenciatura, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM Unidad Iztapalapa.
- Castro, R. (2001). Calle, infancia y adolescencia en Salvador de Bahía. *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, 2(26), 97-108.
- Castro, V. (2001). *Análisis de las habilidades intelectuales en adolescentes de la calle institucionalizados mediante la prueba de WAIS*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Castro-Cavero, R. (2008). *Los niños de la calle en Bolivia*. España: Entinema.
- Caton, C., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D., Shrout, P., Felix, A., Mcquision, H., Opler, L. & Hsu, E. (2005). Risk



- factors for long-term homelessness: finding from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-1759.
- Cauce, A., Paradise, M., Ginzler, J., Embry, L., Morgan, C., Lohr, Y. & Theofelis, J. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(4), 230-239.
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V. & Delgado, A. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12(2), 157-173.
- CDHDF, EDIAC & UNICEF. (1996). *Al otro lado de la calle. Prostitución de menores en la Merced*. México: CDHDF, EDIAC y UNICEF.
- CEAMEG. (2009). *La atención y protección a mujeres y niñas víctimas de trata de personas y explotación sexual*. México: Cámara de Diputados.
- Cepero, S. (2005). *Una visión internacional sobre los niños de la calle. Estudios de casos: los niños de la calle de la ciudad de Ceuta*. Tesis de Doctorado, Facultad de Educación y Humanidades de Ceuta, Universidad de Granada.
- Cepero, S. (2006). Los niños de la calle de Ceuta. Aproximación psicopedagógica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 10(1), 1-12.
- CESOP & Cámara de Diputados (2005). *Violencia y maltrato a menores en México*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) y Cámara de Diputados.
- Changa, J., Theodore, A., Martin, S. & Runyan, D. (2008). Psychological abuse between parents: associations with child maltreatment from a population-based sample. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 819-829.
- Chavira, D., Garland, A., Yeh, M., McCabe, K. & Hough, R. (2009). Child anxiety disorders in public systems of care: comorbidity and service utilization. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(4), 493-504.
- Chen, X., Thrane, L., Whitbeck, L. & Johnson, K. (2006). Mental disorders, comorbidity, and postrunaway arrests among homeless and runaway adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 379-402.
- Cheung, A. & Hwang, S. (2004). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *Canadian Medical Association Journal*, 170(8), 1243.
- Cheunwattana, A. & Meksawat, P. (2002). Small is beautiful: the library train for homeless children. *Library Management*, 23(1/2), 88-92.
- Children's Rights Network in Mexico. (2005). *Mexican childhoods: faces of the inequality. Shadow Report*. México: Committee on the Rights of the Child of United Nations 1999-2004.
- Chou, L., Ho, C., Chen, C. & Chen, W. (2006). Truancy and illicit drug use among adolescents surveyed via street outreach. *Addictive Behaviors*, 31(1), 149-154.
- Chun, J. & Springer, D. (2005a). Correlates of depression among runaway adolescents in Korea. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1433-1438.
- Chun, J. & Springer, D. (2005b). Stress and coping strategies in runaway youths: an application of concept mapping. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), 57-74.
- Cicognani, E., Albanesi, C. & Zani, B. (2008). The impact of residential context on adolescents' subjective well-being. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 558-575.
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología: del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford.
- Clements, K., Gleghorn, A., García, D., Katz, M. & Marx, R. (1997). A risk profile of street youth in Northern California: implications for gender-specific Human Immunodeficiency Virus Prevention. *Journal of Adolescent Health*, 20(5), 343-353.
- Cloke, P., Johnsen, S. & May, J. (2007). Ethical citizenship? Volunteers and the ethics of providing services for homeless people. *Geoforum*, 38(6), 1089-1101.
- COESNICA. (1992). *Ciudad de México: estudio de los niños callejeros. Resumen ejecutivo*. México: COESNICA.
- Coker, T., Elliott, M., Kanouse, D., Grunbaum, J., Gilliland, J., Tortolero, S., Cuccaro, P. & Schuster, M. (2009). Prevalence, characteristics and associated health and health care of family homelessness among fifth-grade students. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1446-1452.
- Coles, E., Chan, K., Collins, J., Humphris, G., Richards, D., Williams, B. & Freeman, R. (2011). Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: Predicting depression in homeless people. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 108-112.
- CONAPRED & DGAELPP. (2004). *Elementos sobre la situación de la discriminación en México*. México: Programa Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Contreras, S. (1995). *Los niños que viven en la calle: un grupo en Taxqueña, estudio descriptivo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Coplan, R., Findlay, L. & Schneider, B. (2010). Where do anxious children "fit" best? Childcare and the emergence of

- anxiety in early childhood? *Canadian Journal of Behavioral Science*, 42(3), 185-193.
- Cordera, R., Ramírez, P. & Ziccardi, A. (2008). *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*. México: Siglo XXI.
- Cornejo, I. (1999). Los hijos del asfalto: una prospección cualitativa a los niños de la calle. *Convergencia*, 6(19), 207-243.
- Cortés, F. (2010). Desigualdad y pobreza. *Ciencia*, 61(4), 36-45.
- Costello, E., Comptom, S., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA*, 290(15), 2023-2029.
- Craig, T. & Hodson, S. (1998). Homeless youth in London I: Childhood antecedents and psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 28(6), 1379-1388.
- Craig, T. & Hodson, S. (2000). Homeless youth in London II: accommodation, employment and health outcomes at 1 year. *Psychological Medicine*, 30(1), 187-194.
- Crane, J., Boccara, N. & Higdon, N. (2000). The dynamics of street gang growth and policy response. *Journal of Policy Modeling*, 22(1), 1-25.
- Crawford, M. & Manassis, K. (2011). Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: an integrated model. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 924-931.
- Cruces, B. & Fredianelli, G. (1984). *Servicio social y adopción. La alternativa frente al problema de la minoridad abandonada*. Argentina: Hvmantas.
- Crum, R., Green, K., Storr, C., Chan, Y., Lalongo, N., Stuart, E. & Anthony, J. (2008). Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6), 702-712.
- Cruz, J., Morales, M. & Ramírez, O. (1996) *Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS)*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Csillag, C. (1996). Policeman found guilty in first trial of murder of Brazilian street-children. *The Lancet*, 347(9011), 1325.
- Cueli, J. (1980). *Dinámica del marginado. Teoría psicosocial del marginado*. México: Alhambra.
- Curiel, M., Núñez, G., Meléndez, J. & Ortega, I. (2010). Organizaciones de la sociedad civil de asistencia social que atienden a niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en la ciudad de Hermosillo, Sonora México. *Estudios Sociales*, 18(36).
- Cussiánovich, A. (2005). *Infancia una cuestión de estado*. Perú: IFEJANT.
- Dachner, N. & Tarasuk, V. (2002). Homeless "squeegee kids": food insecurity and daily survival. *Social Science & Medicine*, 54(7), 1039-1049.
- Dalton, M. & Pakenham, K. (2002). Adjustment of homeless adolescents to a crisis shelter: application of a stress and coping model. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 79-89.
- Daly, G. (1996). Migrants and gate keepers: the links between immigration and homelessness in Western Europe. *Cities*, 13(1), 11-23.
- Danielle-Strickland, R. (2009). La calle de los jóvenes en la ciudad de México: territorios y redes de las poblaciones callejeras. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 122-128.
- Davey, T. (2004). A multiple family group intervention for homeless families: The Weekend Retreat. *Health and Social Work*, 29(4), 326-329.
- De Anda, J. (1992). *La gran carrera. Una experiencia de atención a los niños en situación de calle*. México: DIF y UNICEF.
- De Carvalho, F., Neiva-Silva, L., Ramos, M., Evans, J., Koller, S., Piccinini, C. & Page-Shafer, K. (2006). Sexual and drug use risk behaviors among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil. *AIDS and Behavior*, 10(4), 57-66.
- De la Garza, F., De la Vega, B. & Zúñiga, V. (1985). Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso Monterrey). *Salud Mental*, 8(3), 3-7.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la infancia y en la adolescencia*. México: Trillas.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales. Terapia y educación*. Manual Moderno: México.
- De Moura, S., Harpham, T. & Lyons, M. (2003). The social distribution of explanations of health and illness among adolescents in São Paulo, Brazil. *Journal of Adolescence*, 26(4), 459-473.
- De Rosa, C., Montgomery, S., Kipke, M., Iverson, E., Ma, J. & Unger, J. (1999). Service utilization among homeless and runaway youth in Los Angeles, California: rates and reasons. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 190-200.
- De Rosa, C., Montgomery, S., Hyde, J., Iverson, E. & Kipke, M. (2001). HIV risk behavior and HIV testing: a comparison of rates and associated factors among homeless and runaways adolescents in two cities. *AIDS Education and Prevention*, 13(2), 131-148.
- De Rueda, B. (2007). *La educación de las jóvenes que viven en la calle*. Francia: UNESCO.
- Del Río, A. (2008). Presentación. *Género y Salud en cifras*, 6(3), 1. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; y Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

- DeMatteo, D., Major, C., Block, B., Coates, R., Fearon, M., Goldberg, E., King, S., Millson, M., O'Shaughnessy, M. & Read, S. (1999). Toronto Street Youth and HIV/AIDS: Prevalence, Demographics and Risks. *Journal of Adolescent Health, 25*(5), 358-366.
- Demetrio, D. (2006). *Ra, re ri, ro, rua: vivir en la calle no es ninguna broma*. España: Popular.
- Deniz, M., Öztürk, A., Turan, E. & Özyes, Z. (2009). Evaluation of depression with respect to different social skill levels: a Turkish study. *Social Behavior and Personality, 37*(7), 881-888.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M., Bratberg, G., Taraldsen, G., Bakken, I. & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*(3), 261-267.
- Derrickson, J. & Gans, D. (1996). Assessment of dietary intake and food-related behaviors of gatekeepers in homeless families in Hawaii. *Journal of Nutrition Education, 28*(3), 168-173.
- Desai, M. & Rosenheck, R. (2004). HIV testing and receipt of test results among homeless persons with serious mental illness. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2287-2294.
- Desarrollo Humano y Social. (2010). *Niños*. México: Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010.
- Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e Instructivo*. México: Manual Moderno.
- Díaz-Guerrero, R. (2007). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. & Rivera, S. (2010). *Antología psicossocial de la pareja: clásicos y contemporáneos*. México: Facultad de Psicología, UNAM y Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving, R. & Sánchez, R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. México: Facultad de Psicología, UNAM y Miguel Ángel Porrúa.
- Dibujando un Mañana. (2008). *Proyecto Viendo a las niñas con el corazón*. México: Fundación Dibujando un Mañana, A.C.
- Diccionario Enciclopédico Quillet. (1979). Tomo V. México: Cumbre, S.A.
- Diccionario de Medicina Océano-Mosby.(2010). España: Océano.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas. (1995). México: SALVAT.
- DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. E.U.A.: Plenum Press.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425.
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.
- Diez, L. (1978). *Los vagabundos*. España: DOPESA.
- DIF. (2006). *Retrospectiva histórica de la atención a la infancia callejera y en riesgo*. México: DIF.
- DIF & MERCED. (2007). *De la calle a la vida. Informe anual 2007*. México: DIF y Fundación MERCED, A.C.
- Diliguenski, G., Kon, I., Levikin, I., Platonov, K., Olshanski, V., Predvechni, G. & Leóntrev, A. (1985). *Psicología social*. México: Cartago Argentina y Letras, S.A., México.
- Dimenstein, G. (1994). *Los niños de la calle en Brasil*. España: Fundamentos.
- Dinisman, T., Montserrat, C. & Casas, F. (2012). The subjective well-being of Spanish adolescents: variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review, 34*, 2374-2380.
- Domínguez, M., Romero, M. & Paul, G. (2000). Los "niños callejeros". Una visión de sí mismos vinculada al uso de las drogas. *Salud Mental, 23*(3), 20-28.
- Douglas, K., Chan, G., Gelerneter, J., Arias, A., Anton, R., Weiss, R., Brady, K., Poling, J., Farrer, L. & Kranzler, H. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors, 35*, 7-13.
- Dubaniewicz, M. (1997). *Abandono de menores. Historia y problemática de las instituciones de protección*. Argentina: Universidad.
- Dumain, K. (2010). *Optimism, hope, problem solving and runaway behavior in adolescents in the dependency system*. PHD Thesis, Graduate School of Education and Psychology, Pepperdine University, Culver City, CA, USA.
- Duval, D. & Vincent, N. (2009). Affect regulation of homeless youth once in the child welfare system. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(2), 155-173.
- Dworsky, A. & Courtney, M. (2009). Homelessness and the transition from foster care to adulthood. *Child Welfare, 88*(4), 23-56.
- Early, D. (2005). An empirical investigation of the determinants of street homelessness. *Journal of Housing Economics, 14*(1), 27-47.
- Echeburúa, E. & de-Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. España: Pirámide.
- Echeverría-Cabrera, C. & Tavera-Romero, S. (2007). *MATLAPA: Redes de atención para la infancia en situación de calle*. México: INDESOL y SEDESOL.

- ECPAT Internacional y ECPAT Guatemala, OIM & Casa Alianza. (2002). *Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Guatemala*. Investigación Regional sobre Tráfico, Prostitución, Pornografía Infantil y Turismo Sexual.
- Edinburgh, L., Saewyc, E., Thao, T. & Levitt, C. (2006). Sexual exploitation of very young Hmong girls. *Journal of Adolescent Health, 39(1)*, 111-118.
- Edinburgh, L. & Saewyc, E. (2009). A novel, intensive home-visiting intervention for runaway, sexually exploited girls. *Journal Compilation, 14(1)*, 41-48.
- EDNICA, DAYA, Pro Niños de la Calle, San Felipe de Jesús & Yolia, Niñas de la Calle. (2010). *Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situaciones de calle. Elementos para repensar las formas de intervención*. México: Lenguaraz.
- Educación sin Fronteras (2007). *La infancia en situación de calle en República Dominicana*. República Dominicana: Educación sin Fronteras.
- Edwards, M., Torgerson, M. & Sattem, J. (2009). Paradoxes of providing rural social services: the case of homeless youth. *Rural Sociology 74(3)*, 330–355.
- Edwards, S., Rapee, R., Kennedy, S. & Spence, S. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: the Revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39(3)*, 400-409.
- Ehrenreich, J. & Santucchi, L. (2009). Intensive cognitive-behavioral treatments for child and anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 290-293.
- Eid, M. & Larsen, R. (2008). *The science of subjective well-being*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Embry, L., Stoep, A., Evens, C., Ryan, K. & Pollock, A. (2000). Risk factors for homelessness in adolescents released from psychiatric residential treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(10)*, 1293-1299.
- English, N. & English, L. (1999). A proactive approach to youth who run. *Child Abuse & Neglect, 23(7)*, 693-698.
- Ennett, S., Federman, B., Bailey, S., Ringwalt, C. & Hubbard, M. (1999). HIV-Risk behaviors associated with homelessness characteristics in youth. *Journal of Adolescent Health, 25(5)*, 344-353.
- Ensign, J. & Gittelsohn, J. (1998). Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore City, U.S.A. *Social Science & Medicine, 47(12)*, 2087-2099.
- Ensign, J. (2003). Illness experiences of homeless youth: age and gender differences. *Journal of Adolescent Health, 32(2)*, 137.
- Entrena, M. (2001). *Niñas esclavas y niños esclavos en nuestro mundo actual*. España: Grupo Editorial Universitario.
- Eryilmaz, A. (2010). Turkish adolescents' subjective well-being with respect to age, gender and SES of parents. *World Academy of Science, Engineering and Technology, 67*, 58-61.
- Eryilmaz, A. (2012a). How do adolescents increase their subjective well-being by means of establishing relationships with their parents. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 25(3)*, 252-257.
- Eryilmaz, A. (2012b). A model of subjective well-being for adolescents in high school. *Journal of Happiness Studies, 13*, 275-289.
- Eroles, C., Fazzino, A. & Scandizzo, G. (2001). *Políticas públicas de infancia. Una mirada desde los derechos*. Argentina: Espacio Editorial.
- Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J. & Martín-Baena, D. (2010). Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosomatic Medicine, 72*, 383–389.
- Escuela para promotoras y promotores juveniles. (2009). *Manual para promotoras y promotores juveniles en derechos humanos*. México: Centro de Derechos Humanos "Fray Francisco de Vitoria, O.P." A.C.
- Espínola, B., Glauser, B., Ortíz, R. & Ortíz, S. (1989). *En la calle: menores trabajadores de la calle en asunción*. Colombia: UNICEF.
- Espinosa-Yáñez, A. (1997). *La población infantil trabajadora en condiciones urbanas de informalidad en el municipio de Aguascalientes*. México: Presidencia Municipal de Aguascalientes, Secretaría de Desarrollo Social y Centro de Estudios Sociales de Aguascalientes.
- Esponda, M. (1999). *Centro de reintegración para niñas de la calle en Atlixco, Puebla*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Arquitectura, UNAM.
- Essau, C. (2009). *Treatments for adolescent depression. Theory and Practice*. E.U.A.: Oxford University Press.
- Estefanía, M.T. (2005). Acercamiento teórico al niño, la calle y su situación. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo, 4*, 1-14.
- Estévez, A. & Silva, O. (2006). *Boletín Informativo Fundación Dar y Amar (DAYA), IAP*. México: DAYA.
- Estévez, A. (2009). DAYA. El transitar de la maternidad callejera en la última década. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos, 1(1)*, 93-97.
- FAI Save the Children México. (2007). *Un manual para la acción: Prevención de abuso sexual de Niñas y Niños. Una*

- perspectiva con enfoque de Derechos*. México: FAI Save the Children México.
- Fait, D. (2008). *Niñez en "riesgo" y políticas sociales*. Argentina: Espacio Editorial.
- Fall, K. & Berg, R. (1996). Behavioral characteristics and treatment strategies with homeless adolescents. *Individual Psychology, 52*(4), 431-450.
- Fallah, F., Goudarzi, H., Karimi, A., Eslami, G. & Radmanesh, R. (2008). The prevalence of hepatitis B and hepatitis C among street children in Tehran, Iran. *International Journal of Infectious Diseases, 12*(1), 420.
- Ferguson, K. (2007). Implementing a social enterprise intervention with homeless, street-living youths in Los Angeles. *Social Work, 12*(2), 103-112.
- Fernández, D. (1995). *Malabareando. La cultura de los niños de la calle*. México: Fototipo, S.A.
- Fernando, K., Carter, J., Frampton, C., Luty, S., MacKenzie, J., Mulder, R. & Joyce, P. (2011). Childhood-, teenage-, and adult-onset depression: diagnostic and individual characteristics in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 623-629.
- Figa, M., Vázquez, N., Fuentes, N. & Rodríguez, D. (1995). *De la utopía a la acción: cuatro experiencias de promoción popular*. México: Universidad Iberoamericana.
- Finch, A., Nelson, W. & Ott, E. (1993). *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents. A practical guide*. E.U.A.: Allyn & Bacon.
- Fisher, D., Wilson, P. & Queen, M. (2001). Sexual and drug-taking experiences reported by runaway youth. *Journal of Alcohol & Drug Education*.
- Fletes, R. (1994). *La atención a los menores en situación extraordinaria en Guadalajara*. México: El Colegio de Jalisco y DIF Jalisco.
- Fletes Corona, R. (1999). *El otro Vallarta: acercamiento a la problemática sociourbana contemporánea de Puerto Vallarta*. México: El Colegio de Jalisco.
- Flores-Galaz, M. (1994). *Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Flores-Galaz, M. & Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Flores-Galaz, M. & Díaz-Loving, R. (2004). *Escala Multidimensional de Asertividad*. México: Manual Moderno.
- Flores, M., Góngora, E., Cortés, L. & Reyes-Lagunes, I. (2004). Desarrollo de una escala de asertividad para niños. *La Psicología Social en México, 10*, 25-32.
- Flores-Galaz, M., Xool, M. & Molina, Y. (2010). *Autoconcepto y autoestima y su relación con la asertividad en niños*. En: *La Psicología Social en México, V.XIII*, pp. 1065-1072. México: AMEPSO.
- Flores, L., Mercado, S. & Soto, C. (2009). Fundación Don Bosco: una experiencia de intervención y acompañamiento para niños, niñas y adolescentes en situación de calle. *El observador, 4*, 89-112.
- Flouri, E. & Buchanan, A. (2004). *Childhood families of homeless and poor adults in Britain: a prospective study*. *Journal of Economic Psychology, 25*(1), 1-14.
- Folsom, D., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., García, P., Unützer, J., Hough, R. & Jeste, D. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry, 162*, 370-376.
- Forselledo, A. (2001). Niñez en situación de calle. Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los derechos humanos. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño, 236*, 49-80
- Forster, L., Tannhauser, M. & Barros, H. (1996). Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence, 43*(1-2), 57-62.
- Fowler, P., Toro, P. & Miles, B. (2009). Pathways to and from homelessness and associated psychosocial outcomes among adolescents leaving the Foster Care System. *American Journal of Public Health, 99*(8), 1453-1458.
- Fox, J., Halpern, L. & Forsyth, J. (2008). Mental health checkups for children and adolescents: a means to identify, prevent and minimize suffering associated with anxiety and mood disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(3), 182-211.
- Franco-Valdivia, R. (2009). El niño como sujeto de derechos: la construcción de una nueva identidad desde el derecho a la participación. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos, 1*(1), 75-80.
- Frank-Briggs, A. (2010). Anxiety disorder amongst secondary school children in an urban city in Nigeria. *International Journal of Biomedical Science, 6*(3), 246-251.
- Frank, L., Matza, L., Revicki, D. & Chung, J. (2005). Depression and health-related quality of life for low-income African-American women in the U.S. *Quality of Life Research, 14*, 2293-2301.
- Frapplier, J., Paradis, A. & Roy, E. (2007). Relationships between sexual violence characteristics and prevalence of STI/HIV risk related behaviours in street youth. *Journal of Adolescent Health, 40*(2), 15.
- Frye, A. & Goodman, S. (2000). Which social problem-solving components buffer depression in adolescent girls? *Cognitive Therapy and Research, 24*(6), 637-650.

- Fuentes, M. (2010). Migración y tráfico de personas. *Ciencia*, 61(4), 16-25.
- Fujimura, C. (2005). *Russia's abandoned children. An intimate understanding*. E.U.A.: Praeger Publishers.
- Fujimura, C. (2002). Adult stigmatization and the hidden power of homeless children in Russia. *Demokratizatsiya*, 10(1), 37-47.
- Fundación Mexicana de Reintegración Social "Reintegra, AC". (2002). *Una mirada a la colonia Guerrero. Prevención con niños en situaciones de riesgo*. México: Porrúa.
- Galaif, E., Nyamathi, A. & Stein, J. (1999). Psychosocial predictors of current drug use, drug problems and physical drug dependence in homeless women. *Addictive Behaviors*, 24(6), 801-814.
- Gallupe, O. & Baron, S. (2009). Street youth, relational strain and drug use. *Journal of Drug Issues*, 39(3), 523-545.
- Gamble, T. & Gamble, W. (2005). *Interpersonal communication in theory, practice and context*. E.U.A.: Houghton Mifflin Company.
- García-Ugarte, M. (1989). *Los pequeños nómadas de la ciudad: asistencia social de menores en Querétaro*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- García, E. (1998). *Estudio pedagógico de la atención que se ofrece en una institución de asistencia privada para niños de la calle con VIH/SIDA*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Pedagogía, Universidad Panamericana
- García-López, L. (2000). *DANSA: Dispositivo psicológico de apercepción para niños en situación de abandono (niños de la calle)*. México: UNICEF, DIF, FINCA, Fundación Casa Alianza México, Centro Eleia Actividades Psicológicas y Delegación Benito Juárez.
- García, L., Carinhonha, J. & Costa, L. (2009). The educative practice of professional caregivers at shelters: coping with violence lived by female adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 17(6), 981-987.
- Garza-Caligaris, L. (2009). ¿Alguien sabe cuántos son? *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 129-131.
- Geber, G. (1997). Barriers to health care for street youth. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 287-290.
- Geenen, K. (2009). Sleep occupies no space: the use of public space by street gangs in Kinshasa. *Africa*, 79(3), 347-368.
- Gelberg, L., Lu, M., Leake, B., Andersen, R., Morgenstem, H. & Nyamathi, A. (2008). Homeless women: who is really at risk for unintended pregnancy? *Matern Child Health J*, 12, 52-60.
- George, C., Herman, K. & Ostrander, R. (2006). The family environment and developmental psychopathology: the unique and interactive effects of depression, attention and conduct problems. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 163-177.
- Giffords, E., Alonso, C. & Bell, R. (2007). A transitional living program for homeless adolescents: a case study. *Child Youth Forum*, 36, 141-151.
- Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B., Freeman, I., Rooney, M. & Lambie, A. (1998). Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), 79-90.
- Gjermenia, E., Van, M., Gjipali, S., Xhillari, L., Lungu, F. & Hazizi, A. (2007). *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 941-948.
- Gleghorn, A., Marx, R., Vittinghoff, E. & Katz, M. (1998). Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway and street youth in Northern California. *Drug and Alcohol Dependence*, 51(3), 219-227.
- Gnault, E. (2008). *Emotion-regulating play therapy with ADHD children*. E.U.A.: Jason Aronson.
- Godard, P. (2003). *Contra el trabajo infantil*. España: Virus.
- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Gomes, A. (1997). *Niños y niñas de la calle: vida, pasión y muerte. Trayectoria, situación actual y perspectivas de una categoría de comprensión y acción social en la lucha por los derechos del niño y del adolescente en América*. Argentina: Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS).
- Gomes, R. (1994). La violencia como un problema de salud pública de las niñas-jóvenes que viven en las calles. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 156-167.
- Gomes, R. (1996). Riesgos profesionales vinculados a la sexualidad de las niñas que viven en la calle. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 4(1), 163-176.
- Gomezjara, F., Rodríguez-Gabarrón, L., Hernández, L., Pérez, N., Zepeda, R. & Brizzio, A. (1995). *Los niños del sexto continente*. México: TESEO y SEC.
- González, E. (1996). *Menores en desamparo y conflicto social*. España: CCS.
- González-Celis, A. & Araujo, A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontología*, 13(1), 167-90.
- Gössling, S., Schumacher, K., Morelle, M., Berger, R. & Heck, N. (2004). Tourism and street children in Antananarivo, Madagascar. *Tourism and Hospitality Research*, 5(2), 131-149.
- Granada, P. & Alvarado, S. (2010). Resiliencia y sentido político en niños y niñas en situación de calle. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 311-327.
- Grant, R. (1990). The special needs of homeless children: early intervention at a welfare hotel. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(4), 76-91.

- Grant, R., Bowen, S., McLean, D., Berman, D., Redlener, K. & Redlener, I. (2007). Asthma among homeless children in New York City: an update. *American Journal of Public Health, 97*(3), 448-450.
- Granvold, D. (1994). *Cognitive and behavioral treatment. Methods and applications*. E.U.A.: Brooks/Cole Publishing Company.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. España: Paidós.
- Greene, J., Ennett, S. & Ringwalt, C. (1997). Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *American Journal of Public Health, 87*(2), 229-235.
- Greene, J. & Ringwalt, C. (1998). Pregnancy among three national samples of runaway and homeless youth. *Journal of Adolescent Health, 23*(6), 370-377.
- Greene, J., Ennett, S. & Ringwalt, C. (1999). Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1406-1409.
- Grijalvo, F. & Pellejero, J. (2008). *Entrenamiento en habilidades sociales*. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Grima, J. & Le Fur, A. (1999). *¿Chicos de la calle o trabajo chico? Ensayo sobre la función paterna*. Argentina: Lumen/Hvmanitas.
- Gross, R., Landfried, B. & Herman, S. (1996). Weight as a reflection of the nutritional situation of school-aged children working and living in the streets of Jakarta. *Social Science and Medicine, 43*(4), 453-458.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an interrogative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. En: J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation*, pp. 3-26. New York: The Guilford Press.
- Grundling, J. & Grundling, I. (2005). The concrete particulars of the everyday realities of street children. *Human Relations, 58*(2), 173-190.
- Guareschi, N., Pacheco, F., Giannchini, L., Nardi, L., Nardini, M. & Pacheco, M. (2003). La pobreza, la violencia y el trabajo: la producción de sentidos de los niños y niñas de un barrio pobre. *Estudios de Psicología Natal, 8*(1), 45-53.
- Guerrero, P. & Palma, E. (2010). Representaciones sociales sobre educación de niños y niñas de calle de Santiago y Quito. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8*(2), 1025-1038.
- Guibord, M., Bell, T., Romano, E. & Rouillard, L. (2011). Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review, 33*, 2127-2137.
- Guillén-de Maldonado, R. & Asport, S. (1995). Adolescentes de la calle y prostitución. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 34*(2), 51-54.
- Guillén-Lúgigo, M. (2000). Los niños de la calle: políticas públicas y sociedad civil. *Revista SAVIA, 0*, 8-11.
- Guillén, M. & Valenzuela, B. (2007). *Realidad y mundo posible en contextos de exclusión: uso del tiempo libre y aspiraciones de niños de Hermosillo, Sonora*. En: *Psicología Social. Perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible*. México: AMAPSI.
- Gurrola, G. (1998). *Infancia y crisis*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gutiérrez, B. (1992). *Forjados a golpes de intemperie. Los menores en situación extraordinaria en el estado de Colima*. México: UNICEF y DIF.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1992). *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Un enfoque multidisciplinario*. México: UNICEF, CNDH, FICOMI y Protección Social DDF.
- Gutiérrez, R., Vega, L. & Pérez, C. (1992). Características psicosociales de los menores que sobreviven en las calles. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 63*-71.
- Gutiérrez, R., Vega, L. & Pérez, C. (1993). Características emocionales, intelectuales, morales y sociales atribuidas a los niños que viven sin su familia y en las calles. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 157*-163.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1994). *Los niños del otro México*. México: Tercer informe sobre los derechos del niño y la situación de la infancia en México.
- Gutiérrez, R., Vega, L. & Pérez, C. (1994). La definición psicosocial de los adultos acerca de los menores callejeros de la ciudad de México. *Revista Interamericana de Psicología, 28*(2), 223-234.
- Gutiérrez, R., Gigengack, R. & Vega, L. (1995). Con el chemo veo elefantes rosas, con el tiner elefantes azules. Reflexiones sobre el uso infantil de inhalables. *Interdependencias, 9-10*, 17-19.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1997). *La inhalación deliberada de petroquímicos en niñas y adolescentes consideradas de la calle: problemas y alternativas*. En: IV Informe sobre los derechos y la situación de la infancia en México 1994-1997. México: COMEXANI.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1998). *El uso de inhalables y riesgos asociados para la salud mental de las llamadas niñas callejeras*. En: *Con ganas de vivir una vida sin violencia es nuestro derecho*. México: PNUFID.

- Gutiérrez, R. & Vega, L. (1999). Informe preliminar de un programa para disminuir los daños asociados con la inhalación de tolueno en los niños de la calle. *Salud Mental, Número especial*, 75-78.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (2003). Las investigaciones psicosociales sobre la subsistencia infantil en las calles desarrolladas en el INP durante los últimos 25 años. *Salud Mental*, 26(6), 27-34.
- Gutiérrez, R. & Vega, L. (2009). *Cómo prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en la calle*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Editorial Pax.
- Gwadz, M., Gostnell, K., Smolenski, C., Willis, B., Nish, D., Nolan, T., Tharaken, M. & Ritchie, A. (2009). The initiation of homeless youth into the street economy. *Journal of Adolescence*, 32(2), 357-377.
- Haddad, M., Wilson, T., Ijaz, K., Marks, S. & Moore, M. (2005). Tuberculosis and homelessness in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 293(22), 2762-2766.
- Hadland, S., Kerr, T., Li, K., Montaner, J. & Wood, E. (2009). Access to drug and alcohol treatment among a cohort of street-involved youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(1-2), 1-7.
- Hamdan-Mansour, R. & Marmash, L. (2007). Psychological well-being and general health of Jordanian university students. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(10), 31-39.
- Hamm, L. & Holden, E. (1999). Providing WIC services to homeless families. *Journal of Nutrition Education*, 31(4), 224-229.
- Hannesdóttir, D. & Ollendick, T. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 275-293.
- Harding, R. & Hamilton, P. (2009). Working girls: abuse or choice in street-level sex work? A study of homeless women in Nottingham. *British Journal of Social Work*, 39, 1118-1137.
- Harris, B. (2000). Suffer the little children. *The Lancet*, 355(9217), 1805.
- Harris, B. (2002). Child murders in Central America. *The Lancet*, 360(9344), 1508.
- Harvey, F. (2005). Street children: the facts. *New Internationalist*, 377, 18-19.
- Hathaz, D., Lankenau, S., Sanders, B. & Bloom, J. (2009). Pregnancy and sexual health among homeless young injection drug users. *Journal of Adolescence*, 32(2), 339-355.
- Hatcher, J., Rayens, M., Peden, A. & Hall, L. (2008). Predictors of depression for low-income African American single mothers. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 2(3), 89-110.
- Helander, E. (2008). *Children and violence: the world of the defenseless*. Gran Bretaña: Pallgrave Macmillan.
- Henning, D., Ryan, A., Sancí, L. & Dunning, T. (2007). Screening for Chlamydia trachomatis: barriers for homeless young people. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 8-13.
- Herman, D., Susser, E., Struening, E. & Link, B. (1997). Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249-255.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. & Gallegos, J. (2008). *Spanish versión of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*. Unpublished manuscript.
- Hernández, A. (2005a). *Representaciones sociales, prácticas y eventos relacionados con la maternidad y la paternidad en jóvenes que viven en la calle*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, A. (2005b). Representación social del género masculino en un grupo de niños y jóvenes que viven en la calle en la Ciudad de México, primera parte. *Salud Mental*, 28(6), 59-62.
- Hernández, A. (2006). Representación social del género masculino en un grupo de niños y jóvenes que viven en la calle en la Ciudad de México, segunda parte. *Salud Mental*, 29(1), 56-63.
- Hernández, A. (2008). Sanciones a las condiciones de vida de jóvenes y niñas madres que viven en la calle y sus repercusiones en su salud mental. *Género y Salud en Cifras*, 6(3), 13-22.
- Herrera, A. (1996). *Los niños de la calle, la otra cara de la moneda: reportaje*. Tesis de Licenciatura, Licenciado en Comunicación y Periodismo, FES Aragón, UNAM.
- Herrera-Bautista, E. (2009). Infancia y juventud en situación de calle. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 110-118.
- Heslin, K., Robinson, P., Baker, R. & Gelberg, L. (2007). Community characteristics and violence against homeless women in Los Angeles County. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(1), 203-218.
- Hickler, B. & Auerswald, C. (2009). The worlds of homeless white and African American youth in San Francisco California: a cultural epidemiological comparison. *Social Science & Medicine*, 68(5), 824-831.
- Hier, S., Korboot, P. & Schweitzer, R. (1990). Social adjustment and symptomatology in two types of homeless adolescents: runaways and throwaways. *Adolescence*, 25(100), 761-771.
- Hill, R. (2002). Service provision through public-private partnerships: an ethnography of service delivery to homeless teenagers. *Journal of Service Research*, 4(4), 278-289.
- Hinton, D., Hofmann, S., Pollack, M. & Otto, M. (2009). Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS Neuroscience &*



- Therapeutic*, 15, 255-263.
- Hoff-Esbjörn, B., Hoeyer, M., Dyrborg, J., Leth, I. & Kendall, P. (2010). Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 866-872.
- Hoffman, D. & Rosenheck, R. (2001). Homeless mothers with severe mental illnesses: predictors of family reunification. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 163-169.
- Hoffman, C. (2009). *Young and homeless in Nashville: the scope of runaway and throwaway youth and the experiences of homeless youth*. PHD Thesis, Community Research and Action, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA.
- Hollander, D. (2008). For some newly homeless youth, living situation and substance use are linked to risky sexual behavior. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 122.
- Holodynski, M. & Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation*. E.U.A.: Springer.
- Hong, Y., Fang, X., Li, X., Liu, Y., Li, M. & Tai-Seale, T. (2010). Self-perceived stigma, depressive symptoms and suicidal behaviors among female sex workers in China. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(1) 29-34.
- Hwang, S. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 164(2), 229-233.
- Hwang, S., Ueng, J., Chiu, S., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L., Levinson, W. & Redelmeier, D. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1454-1461.
- Hyde, J. (2005). From home to street: understanding young people's transitions into homelessness. *Journal of Adolescence*, 28(2), 171-183.
- Hyun, M., Chung, H. & Lee, Y. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 18(3), 160-166.
- Idefonso, D. (2008). *Validación y confiabilización de un instrumento para evaluar autoconcepto en menores en situación de calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Zaragoza, UNAM.
- INEGI. (2004). *El trabajo infantil en México 1995-2002*. México: INEGI.
- Irvin, C. (2011). *Irvin calc Reliable Change Index*. E.U.A.: US Army Aeromedical Research Laboratory.
- Irwanto, S. (2002). Street children in Indonesia. *The Lancet*, 360(9344), 1508.
- Irwin, J., LaGory, M., Ritchey, F. & Fitzpatrick, K. (2008). Social assets and mental distress among the homeless: exploring the roles of social support and other forms of social capital on depression. *Social Science & Medicine*, 67(12), 1935-1943.
- Ishikawa, S., Sato, H. & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 109-11.
- ISNA. (2006). *Censo de niños, niñas y adolescentes en proceso de callejización, situación de calle y explotación económica en calle*. El Salvador: Unidad de Planificación y Desarrollo, Área de Investigación y Sistema de Información para la Infancia.
- Jacob, W., Smith, T., Hite, S. & Cheng, S. (2004). Helping Uganda's street children: an analysis of the Model for Orphan Resettlement and Education (MORE). *Journal of children & Poverty*, 10(1), 3-22.
- Jaffee, S. & Gallop, R. (2007). Social, emotional and academic competence among children who have had contact with child protective services: prevalence and stability estimates. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(6):757-765.
- Jewkes, R., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. & Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African Youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, 833-841.
- Jiménez, M. (1999). *El problema de los niños de la calle en México a la luz de la organización internacional al cierre del siglo XX*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Jiménez, M. & Silva, L. (2006). Relación de características de salud y psicosociales con rendimiento escolar de niños de 8° año de Chillán. *Enfermería en Costa Rica*, 25(1), 24-28.
- Johnson, A. & Kreuger, L. (1989). Toward a better understanding of homeless women. *Social Work*, 34(6), 537-540.
- Johnson, K., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2005a). Predictors of social network composition among homeless and runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, 28(2), 231-248.
- Johnson, K., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2005b). Substance abuse disorders among homeless and runaway adolescents. *The Journal of Drug Issues*, 799-816.
- Johnson, R., Rew, L. & Kouzekanani, K. (2006). Gender differences in victimized homeless adolescents. *Adolescence*, 41(161), 39-53.
- Johnson, R., Rew, L. & Sternglanz, R. (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41(162), 221-234.
- Jones, A. (2009). Social marginalization and Children's Rights: HIV-affected children in the Republic of Trinidad and

- Tobago. *Health and Social Work*, 34(4), 293-300.
- Joronen, K. & Åstedt-Kurki, P. (2005). Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 125-133.
- Joy, A. & Hudes, M. (2010). High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture*, 64(1), 22-25.
- Juárez, C. (2006). *¿Quién les robó el 30 de abril?: reportaje de niños en situación de calle*. Tesis de Licenciatura, Licenciado en Comunicación, FES Acatlán, UNAM.
- Juárez, K. (2007). *Análisis de la atención dirigida a los niños de la calle en el Distrito Federal y sus efectos en el derecho penal*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho, FES Acatlán, UNAM.
- JUCONI. (2009). *Reporte anual 2009*. México: JUCONI, A.C.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. E.U.A.: Russell Sage Foundation.
- Kamieniecki, G. (2001). Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 352-358.
- Karabanow, J., Hopkins, S., Kisely, S., Parker, J., Hughes, J., Gahagan, J. & Campbell, L. (2007). Can you be healthy on the street? Exploring the health experiences of Halifax street youth. *Canadian Journal of Urban Research*, 16(1), 12-32.
- Kauffman, J. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. E.U.A.: Pearson-Merrill-Prentice Hall.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson-Educación.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Rischall, M., Henneberger, A. & Klosterman, S. (2010). Lack of assertion, peer victimization, and risk for depression in girls: testing a diathesis-stress model. *Journal of Adolescent Health*, 47, 526-528.
- Kellet, P. & Moore, J. (2003). Routes to home: homelessness and home-making in contrasting societies. *Habitat International*, 27(1), 123-141.
- Kelly, J. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Descée De Brouwer.
- Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Kennedy, A., Bybee, D., Sullivan, C. & Greeson, M. (2009). The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: the role of family social support as a moderator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 365-379.
- Kerfoot, M., Koshyl, V., Roganov, O., Mikhailichenko, K., Gorbova, I. & Pottage, D. (2007). The health and well-being of neglected, abused and exploited children: the Kijiv street children project. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 27-37.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kertesz, S. & Weiner, S. (2009). Housing the chronically homeless: high hopes, complex realities. *Journal of the American Medical Association*, 301(17), 1822-1824.
- Kidd, S. (2003). Street youth: coping and interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 235-261.
- Kidd, S. & Carroll, M. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 30(2), 283-296.
- Kidder, D., Wolitski, R., Campsmith, M. & Nakamura, G. (2004). Health status, health care use, medications use, and medication adherence among homeless and housed people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2238-2245.
- Kilbourne, A., Herndon, B., Andersen, R., Wenzel, S. & Gelberg, L. (2002). Psychiatric symptoms, health services, and HIV risk factors among homeless women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 13(1), 49-65.
- Kim, S. (1998). *A study of the social welfare services for runaway girls in Korea*. Corea: Women's Studies Forum.
- Kim, M., Tajima, E., Herrenkohl & Huang. (2009). Early child maltreatment, runaway youths, and risk of delinquency and victimization in adolescence: a mediational model. *Social Work Research*, 33 (1), 19-28.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716.
- Kipke, M., Simon, T., Montgomery, S., Unger, J. & Iversen, E. (1997). Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets. *Journal of adolescent health*, 20(5), 360-367.
- Kirst, M., Frederick, T. & Erickson, P. (2011). Concurrent mental health and substance use problems among street involved youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 543-553.
- Kisely, S., Parker, J., Campbell, L., Karabanow, J., Hughes, J. & Gahagan, J. (2008). Health impacts of supportive housing for homeless youth: a pilot study. *Public Health*, 122(10), 1089-1092.
- Klein, J., Woods, A., Wilson, K., Prospero, M., Greene, J. & Ringwalt, C. (2000). Homeless and runaway youth's access to health care. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 331-339.
- Kline, R. (2011). *Principles and practices of structural equation modeling*. E.U.A.: The Guildford Press.

- Klomek, A., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L. & Gould, M. (2013). Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression. *Journal of Adolescent Health, 53*, 37-42.
- Koegel, P., Melamid, E. & Burnam, A. (1995). Childhood risk factors for homelessness and homeless adults. *American Journal of Public Health, 85*(12), 1642-1649.
- Kongtip, P., Thongsuk, W., Yoosook, W. & Chantanakul, S. (2006). Health effects of metropolitan traffic-related air pollutants on street vendors. *Atmospheric Environment, 40*(37), 7138-7145
- Kowalski, R. & Limber, S. (2013). Psychological, physical and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 53*, 13-20.
- Kring, A. & Sloan, D. (2010). *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. E.U.A.: The Guildford Press.
- Kudrati, M., Plummerb, M. & Dafaalla, N. (2008). Children of the sug: a study of the daily lives of street children in Khartoum, Sudan, with intervention recommendations. *Child Abuse & Neglect, 32*(4), 439-448.
- Kuroda, M., Kawakubo, Y., Kuwabara, H., Yokoyama, K., Kano, Y. & Kamio, Y. (2013). A cognitive-behavioral intervention for emotion regulation in adults with high-functioning autism spectrum disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*, 231-240.
- Kurtz, D., Lindsey, E., Jarvis, S. & Nackerud, L. (2000). How runaway and homeless youth navigate troubled waters: the role of formal and informal helpers. *Child and Adolescent Social Work Journal, 17*(5), 381-402.
- Lalor, K. (1999). Street children: a comparative perspective. *Child Abuse & Neglect, 23*(8), 759-770.
- Lalor, K. (2004). Child sexual abuse in Tanzania and Kenya. *Child abuse & Neglect, 28*(8), 833-844.
- Landman-Peeters, K., Hartman, C., Van der Pompe, G., der Boer, J., Mindera, R. & Ormel, J. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science & Medicine 60*, 2549-2559.
- Lang, M. & Tisher, M. (1978). *Children's depression scale*. Australian Council for Educational Research: Australia.
- Lau, J., Kim, J., Tsui, H., Cheung, A., Lau, M. & Yu, A. (2005). The relationship between physical maltreatment and substance use among adolescents. A survey of 95,788 adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health, 37*(2), 110-119.
- Lau, M. & Li, W. (2011). The extent of family and school social capital promoting positive subjective well-being among primary school children in Shenzhen, China. *Children and Youth Services Review, 33*, 1573-1582.
- Lawrence, M. (1995). Rural homelessness: a geography without a geography. *Journal of Rural Studies, 11*(3), 297-307.
- Lawrenson, F. (1997). Runaway children: whose problem? *British Medical Journal, 314*(7087), 1064.
- Leadbeater, B., Blatt, S. & Quinlan, D. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence 5*(1), 1-29.
- Lebrero, M. & Quicios, M. (2005). *Atención a la infancia en riesgo y dificultad social*. España: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Leimkübler, A., Keller, J. & Paulus, N. (2007). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *Journal of Affective Disorders, 98*, 65-72.
- Lencinas, C. (2009). Educación de la sexualidad infantil. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos, 1*(1), 41-47.
- Lenon, S. (2000). Living on the edge: women, poverty and homelessness in Canada. *Canadian Woman Studies, 20*(3), 123-126.
- Leñero, L. (1998). *Los niños de la calle y en la calle. Problemática y estrategias para abordarla*. México: Academia Mexicana de Derechos Humanos.
- Lepistö, S., Joronen, K., Åstedt-Kurki, P., Luukkaala, T. & Paavilainen, E. (2012). Subjective well-being in Finnish adolescents experiencing family violence. *Journal of Family Nursing, 18*(2), 200-233.
- Lerner, R. & Ohannesian, C. (1999). *Risks and problem behaviors in adolescence*. E.U.A.: Garland Publishing, Inc.
- Le Roux, J. (1996). The worldwide phenomenon of street children: conceptual analysis. *Adolescence, 31*(124), 965-971.
- Le Roux, J. & Smith, C. (1998). Public perceptions of, and reactions to, street children. *Adolescence, 33*(132), 901-913.
- Leschied, A., Chiodo, D., Whitehead, P. & Hurley, D. (2005). The relationship between maternal depression and child outcomes in a child welfare sample: implications for treatment and policy. *Child and Family Social Work, 10*, 281-291.
- Leslie, M., Stein, J. & Rotheram-Borus, M. (2002). Sex-specific predictors of suicidality among runaway youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(1), 27-40.
- Leventhal, J. (1996). Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 647-653.
- Levin, K., Currie, C. & Muldoon, J. (2009). Mental well-being and subjective health of 11- to 15 year-old boys and girls in Scotland, 1994-2006. *European Journal of Public Health, 19*(6), 605-610.
- Levine, A. (2011). *Intimate partner violence typology, self-blame, depression and PTSD among homeless women*.

- Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, University of Windsor, Canada.
- Levison, D., Moe, K. & Knaul, F. (2001). Youth education and work in Mexico. *World Development*, 29(1), 167-188.
- Levitt, M., Selman, R. & Richmond, J. (1991). The psychosocial foundations of early adolescents' high-risk behavior: implications for research and practice. *Journal of research on adolescence*, 1(4), 349-378.
- Levy, K., Hunt, C. & Heriot, S. (2007). Treating comorbid anxiety and aggression in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(9), 1111-1118.
- Lewis, K., Bryd, D. & Ollendick, T. (2012). Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: relations to negative life events, social support, and coping. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 32- 39.
- Liebel, M. & Martínez, M. (2009). *Infancia y derechos humanos. Hacia una ciudadanía participante y protagónica*. Perú: Instituto de Formación para Educadores de Jóvenes, Adolescentes y Niños trabajadores de América Latina y el Caribe (IFEJANT).
- Little, M., Shah, R., Vermeulen, M., Gorman, A., Dzenoletas, D. & Ray, J. (2005). Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 173(6), 615-618.
- Liu, E. (2005). Perceived parent-child adjustment in the family reunification among a group of runaway adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescence*, 28(6), 687-707.
- Llobet, V. (2006). Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la psicología. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1), 1-20.
- Llorens, M., Alvarado, C., Hernández, N., Jaramillo, U., Romero, M. & Souto, J. (2005). *Niños con experiencia de vida en la calle. Una aproximación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lopes, R. (2011). Influences of alexithymia and assertiveness in the self-concept- study of women's situation in Portugal. *European Psychiatry*, 26(1), 1669.
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. ISBN 9788445810873.
- Loredo, A., Trejo, J., García, C., López, G., Gómez, M., Casimiro, A., Perea, A., Melquiades, I. & Martín, V. (2009). Clinic for integral care of the abused child: implementation of a national strategy in education research and treatment. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66, 283-292.
- Lovera, S. & García, L. (2006). *Tejiendo futuros, reconstruyendo esperanzas. Asistencia e Integración Social en el Distrito Federal*. México: Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal e Instituto de Asistencia e Integración Social del D.F.
- Lubman, D., Allen, N., Rogers, N., Cementon, E. & Bonomo, Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders*, 103, 105-112.
- Lucchini, R. (1996). *Niño de la calle: identidad, sociabilidad y droga*. España: Los Libros de la Frontera.
- Luna, M. (1994). *Menores en riesgo y acogimiento familiar*. Argentina: Hvmánitas.
- Luna-Guerrero, M. (1997). *La desintegración familiar como proliferación de niños de la calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho, FES Aragón, UNAM.
- Luhrmann, T. (2008). "The street will drive you crazy": why homeless psychotic women in the institutional circuit in the United States often say no to offers of help. *American Journal of Psychiatry*, 165, 15-20.
- Macedo, M. (2003). *Niños de la calle con VIH-SIDA*. Reporte de Investigación de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Macklem, G. (2008). *Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children*. E.U.A.: Springer.
- MacReady, N. (2008). House calls for homeless people in the USA. *The Lancet*, 371(9627), 1827-1828.
- Magazine, R. (2006). Inestabilidad en las relaciones de pareja entre los niños de la calle de la Ciudad de México. *Primavera*, 1(1), IBERO FORUM.
- Mallet, S., Rosenthal, D., Myers, P., Milburn, N. & Rotheram-Borus, M. (2004). Practising homelessness: a typology approach to young people's daily routines. *Journal of Adolescence*, 27(3), 337-349.
- Mallet, S., Rosenthal, D. & Keys, D. (2005). Young people, drug use and family conflict: pathways into homelessness. *Journal of Adolescence*, 28(2), 1737-1744.
- Mansilla, M. (1989). *Los niños de la calle. Siembra de hoy, cosecha del mañana*. Perú: Centro de Investigación Niños de los Sectores Populares.
- Marinero, A. (2006). *Volver al pasado: una mirada retrospectiva de experiencias de la vida en la calle*. México: MATRACA, A.C.
- Márquez, A. (2010). *Significado de la feminidad en niñas en situación de calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Marshall, B., Kerr, T., Shoveller, J., Patterson, T., Buxton, J. & Wood, E. (2009). Homelessness and unstable housing associated with an increased risk of HIV and STI transmission among street-involved youth. *Health & Place*, 15(3), 783-790.
- Marshall, B. & Wood, E. (2009). Sex work and sex exchange among street children: An urgent need for a global

- response. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 201-202.
- Marshall, B., Kerr, T., Qi, J., Montaner, J. & Wood, E. (2010). Public injecting and HIV risk behavior among street involved youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 254-258.
- Martijn, C. & Sharpe, L. (2003). The prevalence of post traumatic stress disorder in homeless adolescents: the Australian perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 149.
- Martijn, C. & Sharpe, L. (2006). Pathways to youth homelessness. *Social Science & Medicine*, 62(1), 1-12.
- Martín-Barroso, L. (1984). *Las fugas de menores: prevención y tratamiento*. España: Ciencia.
- Martin, I., Lampinen, T. & McGhee, D. (2006). Methamphetamine use among marginalized youth in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 97(4), 320-324.
- Martínez, E. (1988). *Cachorros de nadie: descripción psicológica de la infancia explotada*. España: Editorial Popular.
- Martínez-Falcón, P. (1997). Kidlink: a place for children in the internet. *Computers and Education*, 29(4), 189-194.
- Martínez-Brawley, E. & Zorita, P. (2000). Trabajo social con familias sin hogar: un caso de Arizona, Estados Unidos. *Revista SAVIA*, 0, 12-15.
- Martínez, I. & Muñoz, E. (2004). *Entre trabajos con familias diversas y diversos trabajos con familias. Informe de Sistematización*. Uruguay: Fundación Shine a Light, A.C.
- Martínez, R. (2006). Understanding runaway teens. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(2), 77-88.
- Martínez, P., Rosete, M. & De los Ríos, R. (2007). Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 367-384.
- Masten, A., Sesma, A., Si-Asar, R., Lawrence, C., Miliotis, D. & Dionne, J. (1997). Educational risks for children experiencing homelessness. *Journal of School Psychology*, 35(1), 27-46.
- Matchinda, B. (1999). The impact of home background on the decisión of children to run away: the case of Yaounde City street children in Cameroon. *Child Abuse & Neglect*, 23(3), 245-255.
- Mathur, Me., Rathore, P. & Mathur Mo. (2009). Incidence, type and intensity of abuse in street children in India. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 907-913.
- Matus, T. & Piña, I. (2001). Pobreza: niñas y niños callejeros. CERESO: Trabajo, capacitación y educación. *Publicación del Instituto Oaxaqueño de las Culturas*, 21, 7-10.
- Maxwell, B. (1992). Hostility, depression, and self-esteem among troubled and homeless adolescents in crisis. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(2), pg. 139-150.
- McCarthy, M. & Thompson, S. (2010). Predictors of trauma-related symptoms among runaway adolescents. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 212-227.
- McGlinchey, J., Atkins, D. & Jacobson, N. (2002). Clinical significance methods: which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 529-550.
- Meade, M. & Slesnick, N. (2002). Ethical considerations for research and treatment with runaway and homeless adolescents. *The Journal of Psychology*, 136(4), 449-463.
- Meadows-Oliver, M. (2003). Mothering in public: a meta synthesis of homeless women with children living in shelters. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(4), 130-136.
- Medina, J. & Velázquez, G. (1992). *Propuesta pedagógica para el niño trabajador*. México: Cosolis.
- Medina-Mora, M., Ortiz, A., Caudillo, C. & López, S. (1982). Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental*, 5(1), 1982.
- Medina-Mora, M. & Ortiz, A. (1995). *El impacto social de las adicciones en México*. En: Situación actual de las adicciones en México. México: SSA.
- Medina-Mora, M., Gutiérrez, R. & Vega, L. (1997). What happened to street kids? An analysis of the Mexican experience. *Substance Use & Misuse*, 32(3), 293-316.
- Medina-Mora, M. (2000). *Abuso de sustancias*. En: Estudio de niñas, niños y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal. México: DIF-DF y UNICEF.
- Medina-Mora, M., Ball, A. & Donoghoe, M. (2000). *Guide to drug abuse epidemiology. Special population studies*. Estados Unidos: World Health Organization.
- Melander, L. & Tyler, K. (2010). The Effect of Early Maltreatment, Victimization, and Partner Violence on HIV Risk Behavior Among Homeless Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 575-581.
- Melendro, M., Perdomo, S. & Suárez, L. (2000). *Adolescentes y jóvenes en dificultad social*. España: Cáritas Española.
- Mellon, R. & Moutavelis, A. (2007). Structure, developmental course and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1-21.
- Méndez, O. (2003). *Implicaciones sociojurídicas de los niños en y de la calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Derecho, UNAM.
- Mendelievich, E. (1980). *El trabajo de los niños*. Suiza: OIT.
- Menezes, D. & Brasil, K. (1998). Psíquica y la dimensión social de los niños y adolescentes que viven en la calle. *Psicología, Reflexión y Crítica*, 11(2), 327-344.
- Menín, J. (2003). Foro por la infancia: niños en situación de calle en Honduras. *Honduras Pediátrica*, 23(1).

- Mercado, R. (1991). *Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven en familia y niños maltratados que viven en la calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Merscham, C., van Leeuwen, J. & McGuire, M. (2009). Mental health and substance abuse indicators among homeless youth in Denver, Colorado. *Child Welfare, 88*(2), 93-110.
- Milburn, N., Rotheram-Borus, M., Batterham, P., Brumback, B., Rosenthal, D. & Mallet, S. (2005). Predictors of close family relationships over one year among homeless young people. *Journal of Adolescence, 28*(2), 263-275.
- Milburn, N., Rosenthal, D., Rotheram-Borus, M., Mallett, S., Batterham, P., Rice, E. & Solorio, R. (2007). Newly homeless youth typically return home. *Journal of Adolescent Health, 40*(6), 574-576.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. & Vuchinich, R. (2005). To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment. *American Journal of Public Health, 95*(7), 1259-1265.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Vuchinich, R., Mennemeyer, S. & Kertesz, S. (2010). Effects of sustained abstinence among treated substance-abusing homeless persons on housing and employment. *American Journal of Public Health, 100*(5), 913-918.
- Miller, C., Kerr, T., Fisher, B., Zhang, R. & Wood, E. (2009). Methamphetamine Injection Independently Predicts Hepatitis C Infection Among Street-Involved Youth in a Canadian Setting. *Journal of Adolescent Health, 44*(3), 302-304.
- Mills, C. & Ota, H. (1989). Homeless women with minor children in the Detroit Metropolitan Area. *Social Work, 34*(6), 485-489.
- Minnicelli, M. (2004). *Infancias públicas. No hay derecho*. Argentina: Novedades Educativas.
- Mitchell, K., Nyakake, M. & Oling, J. (2007). How effective are street youth peer educators? Lessons learned from an HIV/AIDS prevention program in urban Uganda. *Health Education, 107*(4), 364-376.
- Molnar, B., Shade, S., Kral, A., Booth, R. & Watters, J. (1998). Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse & Neglect, 22*(3), 213-222.
- Mondal, N., Ghosh, S. & Ray, R. (2011). Quantitative analysis of AgNOR proteins in buccal epithelial cells of Indian street boys addicted to gasp 'golden glue'. *Experimental and Toxicologic Pathology, 63*(7-8), 677-681.
- Mondragón, L. (2005). *La otra cara de la ayuda a los niños de la calle*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Montesinos, M. & Pagano, A. (2010). Chicos y chicas en situación de calle y procesos de democratización educativa. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8*(1), 293-310.
- Moore, T., Quinter, C. & Freeman, L. (2005). Lack of Correlation between 2D:4D Ratio and Assertiveness in College Age Women. *Personality and Individual Differences, 39*(1), 115-121.
- Moore, A. (2010). Runaways at risk. *Nursing Standard, 24*(32), 18-19.
- Moore, E., Romaniuk, H., Olsson, C., Jayasinghe, Y., Carlin, J. & Patton, G. (2010). The prevalence of childhood sexual abuse and adolescent unwanted sexual contact among boys and girls living in Victoria, Australia. *Child Abuse & Neglect, 34*(5), 379-385.
- Moos, R., Conkrite, R., Billing, A. & Finney, J. (1986). *Health and daily living form manual*. E.U.A.: Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavior Science, Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- Morakinyo, J. & Odejide, A. (2003). A community based study of patterns of psychoactive substance use among street children in a local government area of Nigeria. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(2), 109-116.
- Moscovitch, D., Gavric, D., Senn, J., Santesso, D., Miskovic, V., Schmidt, L., McCabe, R. & Antony, M. (2012). Changes in judgment biases and use of emotion regulation strategies during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: distinguishing treatment responders from nonresponders. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 261-271.
- Mounier, C. & Andujo, E. (2003). Defensive functioning of homeless youth in relation to experiences of child maltreatment and cumulative victimization. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1187-1204.
- Muñozcano, M. (2007). Niñas en las veredas, ¿derechos de las niñas y niños migrantes? *Mujeres, Derechos y Sociedad, 3*(6), 1-11.
- Murrieta, P. (2008). *Poder y resistencia. El proceso de permanencia de los niños de la calle en la Ciudad de México*. México: Plaza y Valdés.
- Murrieta, P. (2010). The process of permanence on the streets. Street children in Mexico City. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8*(2), 821-834.
- Nabors, L. & Weist, M. (2002). School mental health services for homeless children. *The Journal of School Health, 72*(7), 269.
- Najman, J., Hayatbakhsh, M., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. & Williams, G. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health, 100*(9), 1719-1723.
- Narváez-Aguilera, A. (2009). La infancia callejera en Veracruz: de la atención educativa a la incidencia legislativa desde

- Matraca. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 138-143.
- Nebitt, V., House, L., Thompson, S. & Pollio, D. (2007). Successful transitions of runaway/homeless youth from shelter care. *Journal of Child & Family Studies*, 16, 545-555.
- Nelson, K. (1995). The child welfare response to youth violence and homelessness in the nineteenth century. *Child Welfare*, 74(1), 56.
- Nesmith, A. (2006). Predictors of running away from family foster care. *Child Welfare*, 85(3), 585-609.
- Nicholas, B. (2011). *A qualitative investigation of the creation and use of social capital among Street children in Bucharest, Romania*. PHD Thesis, Graduate School, Graduate Program in Social Work, Ohio State University, USA.
- Nichols, T., Graber, J., Brooks-Gunn, J. & Botvin, G. (2006). Ways to Say No: Refusal Skill Strategies Among Urban Adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 30(3), 227-236.
- Nima, A., Archer, T & Garcia, D. (2012). Adolescents' happiness-increasing strategies, temperament, and character: Mediation models on subjective well-being. *Health*, 4(10), 802-810.
- Noble, R. (2005). Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54(1), 49-52.
- Noell, J. & Ochs, L. (2001). Relationship of sexual orientation to substance use, suicidal ideation, suicide attempts, and other factors in a population of homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29(1), 31-36.
- Noell, J., Rohde, P., Seeley, J. & Ochs, L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 137-148.
- Nordentoft, M. & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *British Medical Journal*, 327(12), 1-4.
- North, C. & Smith, E. (1994). Comparison of white and nonwhite homeless men and women. *Social Work*, 39(6), 639-647.
- North, C., Eyrich, K., Pollio, D. & Spitznagel, E. (2004). Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *American Journal of Public Health*, 94(1), 103-108.
- Núñez, C. (1997). *Aves sin nido. Quince historias de vida: las madres de los niños y las niñas de la calle*. México: Instituto Oaxaqueño de las Culturas.
- Nwabah, N. & Uko-aviomoh, E. (2006). Nigerian Street children: security threat in edo state. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 98(3), 26-31.
- Nyamathi, A., Stein, J. & Swanson, J. (2000). Personal, cognitive, behavioral and demographic predictors of HIV testing and STDs in homeless women. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(2), 123-147.
- Nyamathi, A., Longshore, D., Keenan, C., Lesser, J. & Leake, B. (2001). Childhood predictors of daily substance use among homeless women of different ethnicities. *The American Behavioral Scientist*, 45(1), 35-50.
- Nyamathi, A., Longshore, D., Galaif, E. & Leake, B. (2004). Motivation to stop substance use and psychological and environmental characteristics of homeless women. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1839-1843.
- Oakley, P. & Salazar, M. (1993). *Niños y violencia. El caso de América Latina*. Colombia: Save the Children Fund (United Kingdom) y Tercer Mundo Editores.
- Obando, P., Kliever, W., Murrelle, L. & Svikis, D. (2004). The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), 37-44.
- Obradovic, J. (2009). Effortful control and adaptive functioning of homeless children: Variable-focused and person-focused analyses. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(2), 109-117.
- O'Connell, J. (2004). Dying in the shadows: the challenge of providing health care for homeless people. *Canadian Medical Association Journal*, 170(8), 1251.
- OEI, UNESCO, IYPE & SITEAL. (2008). *El trabajo adolescente asalariado*. América Latina: OEI, UNESCO, IYPE y SITEAL.
- OIT. (2000). *El trabajo infantil. Lo intolerable en el punto de mira*. México: Alfaomega.
- OIT. (2004). *Programa de prevención y atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de explotación sexual comercial en Ciudad del Este*. Paraguay: Programa Internacional de Erradicación del Trabajo Infantil. Proyecto RLA00/55P/USA.
- Olgar, S., Dindar, A., Ertugrul, T., Omeroglu, R. & Aydogan, U. (2008). Electrocardiographic and echocardiographic findings in street children known to be substance abusers. *Cardiology in the Young*, 18, 58-61.
- Olivan, G. (2002). Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatrica*, 91, 1274-1275.
- Oliveira, J. & Burke, P. (2008). Lost in the shuffle: culture of homeless adolescents. *American Educational History Journal*, 35(2), 261-277.
- Oliveira, J. & Burke, P. (2009). Lost in the Shuffle: culture of homeless adolescents. *Pediatric Nursing*, 35(3), 154-161.
- Olley, B. (2006). Social and health behaviors in youth of the streets of Ibadan, Nigeria. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 271-282.
- Olufemi, O. (1999). Health of the homeless street women in South Africa. *Habitat International*, 23(4), 481-493.
- OMS (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones.

- OMS. (2004). *Invertir en salud mental*. Suiza: OMS.
- OMS (2007) en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Consultada el 07/05/2011.
- OMS (2009) en <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>. Consultada el 07/05/2011.
- ONU. (1967). *Asistencia a los niños en instituciones*. Argentina: Hvmnitas.
- ONU. (2006). La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del estudio mundial de las Naciones Unidas. Argentina: ONU.
- ONU & CEPAL. (2001). *Marginados en México, El Salvador, Nicaragua y Panamá*. México: ONU y CEPAL.
- Orduña-SantaCruz, L. (2004). Menores en circunstancias adversas. Proyecto de educación formal y no formal en Derechos Humanos para niños en situación de calle. *Revista Derechos Humanos Órgano Informativo*, 2(69), 84-87.
- O'Reilly, M., Taylor, H. & Vostanis, P. (2009). "Nutz, shix, psycho": an exploration of young homeless people's perceptions and dilemmas of defining mental health. *Social Science & Medicine*, 68(9), 1737-1744.
- Ortín, B. (2003). *Los niños invisibles: curso de educación social*. España: OCTAEDRO-EUB.
- Ossa, L. (2005). *Adolescentes en situación de calle: construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo*. Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Ostrov, J., Pilat, M. & Crick, N. (2006). Assertion strategies and aggression during early childhood: a short-term longitudinal study. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(4), 403-416.
- Osvaldo, T. (2003). *Los niños callejeros o la vida de la calle*. En: Infancia y adolescencia en América Latina: Aportes desde la sociología, Tomo II. Perú: IFEJANT.
- Ovidio-López, E. (1990). *Menor en situación extraordinaria*. México: UNICEF.
- Padierna, M. (2001). *La intervención pedagógica en las instituciones de asistencia a niños callejeros*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Pahl, K., Barrett, P. & Gullo, M. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 311-320.
- Palacio, I. & Cándido, R. (2002). *La inocencia. Historia, marginación infantil y educación protectora*. España: Universitat de València, Cuadernos del Departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación.
- Palacios, J. & Andrade, P. (2006). *Diferencias en los estilos parentales y la conducta sexual de riesgo en adolescentes*. En: La Psicología Social en México, V.XI, Tomo II, pp. 775-781. México: AMEPSO.
- Palomas, S. (1999). *Manual para educadores de niños en proceso de recuperación. Cruzar el puente*. Argentina: Espacio.
- Panter-Brick, C. & Smith, M. (2000). *Abandoned Children*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Panter-Brick, C., Todd, A. & Baker, R. (1996). Growth status of homeless Nepali boys: do they differ from rural and urban controls? *Social Science & Medicine*, 43(4), 441-451.
- Paquette, C., Roy, E., Petit, G. & Boivin, J. (2010). Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: a first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 85-91.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Park, J., Metraux, S., Brodbar, G. & Culhane, D. (2004). Child welfare involvement among children in homeless families. *Child Welfare*, 83(5), 423-436.
- Parker, D. (2002). Street children and child labour around the world. *The Lancet*, 360(9350), 2067-2071.
- Patton, G., Olsson, C., Bond, L., Toumbourou, J., Carlin, J., Hemphill, S. & Catalano, R. (2008). Predicting female depression across puberty: a two-national longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1424-1432.
- Pedraza, A. & Ribero, R. (2006). El trabajo infantil y juvenil en Colombia y algunas de sus consecuencias claves. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1), 1-28.
- Peebles, R., Kallem, S., Wilson, J., Kretzschmar, A., Hagey, K., Critchlow, A., Patel, A., Atmadja, M., Lock, J. & Ammerman, S. (2008). Correlates of internet usage in homeless and uninsured youth. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 34-68.
- Peled, E. & Cohavi, A. (2009). The meaning of running away for girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(10), 739-749.
- Peleikis, D., Mykletun, A. & Dahl, A. (2004). The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse & Neglect*, 28, 61-76.
- Pelkonen, M., Martunen, M. & Aro, H. (2003). Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 77, 41-51.
- Peña-Orozco, F. (2009). Historia breve de un ya largo andar por las calles. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 98-103.
- Pérez-Ortega, E. (2003). *Niños de la calle: caracterización de un fenómeno psicosocial*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.



- Pérez, J. (2003). La infancia callejera: apuntes para reflexionar el fenómeno. *Revista Española de Educación Comparada*, 8, 1-30.
- Pérez, J. (2009). *Instituciones de asistencia privada atención a niños y jóvenes. Programa de trabajo 2009-2012*. México: Junta de Asistencia Privada.
- Pérez, R. (2003). *Breve análisis de la imagen que presenta la prensa en la Ciudad de México acerca de los niños de la calle*. Reporte de Investigación de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Pérez-López, R. & Arteaga, M. (2009). Identidad y práctica profesionales del educador y la educadora de calle en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 887-905.
- Peschard, M. (1992). *Sólo unas monedas para ellos: una infancia que trabaja*. México: Colisa.
- Pesqueira, J. (2000). Reflexiones sobre los niños de la calle. *Revista SAVIA*, 0, 3-4.
- Pfeifer, R. & Oliver, J. (1997). A study of HIV seroprevalence in a group of homeless youth in Hollywood, California. *Journal of Adolescent Health*, 20(5), 339-342.
- Phelan, J. & Link, B. (1999). Who are "the homeless"? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1334-1338.
- Pick, W., Ross, M. & Dada, Y. (2002). The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science & Medicine* 54, 193-204.
- Pickett, K. & Wilkinson, R. (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *British Medical Journal*, 335(7269), 1080-1085.
- Picornell, A. (2006). *La infancia en desamparo*. España: Nau Libres.
- Pierre, M. (1996). *Las niñas olvidadas de la Ciudad de México. Un primer acercamiento a su problemática*. México: UNICEF.
- Pineda, M. (2009). *Significando imágenes de la calle: el adolescente que viven en la calle visto por otros adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Pinzón-Rondón, A., Briceño, L., Gómez, A. & Latorre, C. (2003). Trabajo infantil en las calles de Bogotá. *Revista Ciencias de la Salud*, 1(2), 151-163.
- Pinzón-Rondón, A., Koblinsky, S., Hofferth, S., Pinzón-Flores, C. & Briceño, L. (2009). Work related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 235-243.
- Pogoy, F. & De Guia, T. (2005). Lung function test of toluene abusers among urban street children ages 7 to 18 years old. *Chest*, 128(4), 351.
- Pojomovsky, J. (2008a). *Cruzar la calle. Niñez y adolescencia en las calles de la ciudad*. Argentina: Espacio Editorial. Tomo I.
- Pojomovsky, J. (2008b). *Cruzar la calle. Vínculos con las instituciones y relaciones de género entre niños, niñas y adolescentes en situación de calle*. Argentina: Espacio Editorial. Tomo II.
- Ponce, E. (1987). *Los marginados de la ciudad. La educación en la comunidad*. México: Trillas.
- Ponce, M. (1997). *Los niños de la calle desde la perspectiva de Melanie Klein*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Post, D. (2003). *El trabajo, la escuela y el bienestar de los niños en América Latina. Los casos de Chile, Perú y México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Powers-Costello, E. & Swick, K. (2008). Exploring the dynamics of teacher perceptions of homeless children and families during the early years. *Early Childhood Educ J*, 36, 241-245.
- PREVIO & INEGI. (1998). *Infancia y adolescencia en México*. México: INEGI.
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Oficina Regional para México y Centroamérica (PNUFID). (1998). *Con ganas de vivir: una vida sin violencia es un derecho nuestro*. México: PNUFID.
- Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia. (1997). *Alianza en favor de la infancia del D.F.* México: Grupo Noriega Editores.
- Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales. (2002). *Niños en situación de riesgo: programa y materiales de apoyo para el estudio*. México: SEP.
- Proyecto de Educación a Distancia. (1996a). *Capacitación a educadores de niños de la calle: Situación de las niñas y niños de la calle y políticas de protección*. Perú: CELATS.
- Proyecto de Educación a Distancia. (1996b). *Capacitación a educadores de niños de la calle: Técnicas y estrategias para el proceso de trabajo con niños y niñas de la calle*. Perú: CELATS.
- Proyecto de Educación a Distancia. (1996c). *Capacitación a educadores de niños de la calle: Caracterización de las niñas, niños y adolescentes de sectores populares*. Perú: CELATS.
- Rábago-González, M. (2009). Las niñas en situación de calle en la ciudad de México: una visión de género. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 107-109.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. Gran Bretaña: Psychology Press

- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Raffaellia, M. & Koller, S. (2005). Future expectations of Brazilian street youth. *Journal of Adolescence*, 28(2), 249-262.
- Raffaellia, M., Koller, S., Reppold, C., Kuschick, M., Krum, F., Bandeira, D. & Simoes, C. (2000). Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1431-1441.
- Rafful, C., Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-169.
- Ramírez, B. (2006). *Sistematización de la experiencia profesional en el área de fortalecimiento institucional del Centro Transitorio de Capacitación y Educación Recreativa, El Caracol, A.C. 2001-2004*. Tesis de Licenciatura, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.
- Ramashwar, S. (2008). Feelings of abandonment may predict pregnancy among homeless adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(4), 242-243.
- Raoult, D., Foucalt, C. & Brouqui, P. (2001). Infections in the homeless. *The Lancet Infectious Diseases*, 1(2), 77-84.
- Rapaport, M., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Rask, K., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Laippala, P. (2003). Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scand J Caring Sci*, 17, 129-138.
- Rausky, M. (2009). ¿Infancia sin trabajo o infancia trabajadora? Perspectivas sobre el trabajo infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 681-706.
- Reganick, K. (1997). Prognosis for homeless children and adolescents. *Childhood Education*, 73(3), 133-135.
- Reeve, K., Casey, R. & Goudie, R. (2006). Homeless women: still being failed yet striving to survive. Gran Bretaña: Crisis, Fighting for Hope for Homeless People.
- Reid, S., Salmon, K. & Lovibond, P. (2006). Cognitive biases in childhood anxiety, depression and aggression: are they pervasive or specific? *Cognitive Therapy and Research*, 30, 531-549.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M. & Thomas, N. (2000). Without parental consent: conducting research with homeless adolescents. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 5(3), 131-138.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. & Yockey, R. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 33-40.
- Rew, L., Fouladi, R. & Yockey, R. (2002). Sexual health practices of homeless youth. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 139-145.
- Rew, L. & Horner, S. (2003). Personal strengths of homeless adolescents living in a high-risk environment. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 90-101.
- Rew, L. & Sternglanz, W. (2005). Predictors of sexual health-promoting behaviors in homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 143.
- Rew, L., Grady, M., Whittaker, T. & Bowman, K. (2008). Interaction of duration of homelessness and gender on adolescent sexual health indicators. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 109-115.
- Rew, L., Rochlen, A. & Murphey, C. (2008). Health educators' perceptions of a sexual health intervention for homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42(2), 16-17.
- Reyes-Lagunes, I. & García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México*. 12, 625-630. México: AMEPSO.
- Rice, E. Milburn, N., Rotheram-Borus, M., Mallet, S. & Rosenthal, D. (2005). The effects of peer group network properties on drug use among homeless youth. *The American Behavioral Scientist*; 48(8), 1102-1123.
- Rice, E. Monro, W., Barman-Adhikari, A. & Young, S. (2010). Internet Use, Social Networking, and HIV/AIDS Risk for Homeless Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 610-613.
- Rich, A. & Clark, C. (2005). Gender differences in response to homelessness services. *Evaluation and Program Planning*, 28(1), 69-81.
- Richards, R. & Smith, C. (2007). Environmental, parental and personal influences on food choice, access and overweight status among homeless children. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1572-1583.
- Ringwalt, C., Greene, J. & Robertson, M. (1998). Familial backgrounds and risk behaviors of youth with runaway experiences. *Journal of Adolescence*, 21(3), 241-252.
- Ringwalt, C., Greene, J., Robertson, M. & McPheeters, M. (1998). The prevalence of homelessness among adolescents in the United States. *American Journal of Public Health*, 88(9), 1325-1329.
- Righthand, S., Kerr, B. & Drach, K. (2003). *Child maltreatment risk assessments. An evaluation guide*. E.U.A.: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Riquer-Fernández, F. (1998a). *Estado de la discusión sobre la niñez mexicana*. México: DIF, UNICEF y GIMTRAP.
- Riquer-Fernández, F. (1998b). *Relatoría del taller la niña de hoy es la mujer del mañana*. México: DIF, UNICEF y GIMTRAP.

- Riquer-Fernández, F. & Eternod, M. (1998). *Estadística de la infancia en México*. México: DIF, UNICEF y GIMTRAP.
- Rivera-Reyes, N. (2009). Ni peor, ni mejor. La ESCNNA no es trabajo infantil. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 54-59.
- Rivera, S., Flores-Galaz, M., Euán, T. & Castañeda, P. (2010). *El apego y la asertividad en la niñez*. En: La Psicología Social en México, V.XIII, pp. 309-315. México: AMEPSO.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. & Del-Águila, M. (2009) *Inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA)*. México: Manual Moderno.
- Robles-Vásquez. (2004). *El trabajo infantil en México 1984-2002*. México: UNAM y CRIM.
- Robert, M., Pauzé, R. & Fournier, L. (2005). Factors associated with homelessness of adolescents under supervision of the youth protection system. *Journal of Adolescence*, 28(2), 215-230.
- Robertson, M., Zlotnick, C. & Westerfelt, A. (1997). Drug use disorders and treatment contact among homeless adults in Alameda County, California. *American Journal of Public Health*, 87(2), 221-228.
- Robertson, M., Clark, R., Charlebois, E., Tulsy, J., Long, H., Bansberg, D. & Moss, A. (2004). HIV seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1207-1217.
- Robinson, J. & Baron, S. (2007). Conceptualizing optimum homeless shelter service delivery: the interconnection between programming, community and the built environment. *Canadian Journal of Urban Research*, 16(1), 33-57.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. España: ACDE Ediciones.
- Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C. & Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Health Care*, 40, 66-99.
- Rodríguez-Gabarrón, L. (1993). *Metodología participativa. Infancia callejera y programas de atención*. México: Fundación Latinoamericana de Consultores, A.C.
- Rodríguez, G. (2010). *La sexualidad en mujeres jóvenes de la calle*. Reporte de Investigación de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Rodríguez, L. (2007). *Aprendiendo de la calle. Una propuesta pedagógica para educadores en el trabajo con niñas, niños y jóvenes en situación de calle*. Tesina de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Rodríguez, Y. (2001). *Desempeño de instituciones que atienden a niños de y en la calle. Metodología y análisis de caso*. Tesis de Magister en Ciencias Políticas, Universidad Simón Bolívar, Venezuela.
- Rodríguez, Y. (2003). Desempeño de instituciones que atienden a niños de y en la calle en Venezuela. *Revista Venezolana de Gerencia*, 8(21), 105-125.
- Rodríguez, T., Rodríguez, N. & Peroso, D. (2007). Concepto y caracterización de la problemática de los niños, niñas y adolescentes en condición de calle. *Capítulo Criminológico*, 35(2), 215-250.
- Rodríguez, Y. & López, M. (2009). Niñez en situación de calle en Venezuela. ¿Un problema público? *Revista de Ciencias Sociales*, 15(1), 66-88
- Rodríguez-Espínola, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.
- Rohde, P., Noell, J. & Ochs, L. (1999). IQ scores among homeless older adolescents: characteristics of intellectual performance and associations with psychosocial functioning. *Journal of Adolescence*, 22(3), 319-328.
- Rohde, P., Noell, J., Ochs, L. & Seeley, J. (2001). Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *Journal of Adolescence*, 24(4), 447-460.
- Rose, T. (2009). *Personal networks as risk and protective factors for arrests among homeless and runaway youth*. PHD Thesis, Sociology, University of Nebraska, USA.
- Rosenthal, D., Rotheram-Borus, M., Batterham, P., Mallet, S., Rice, E. & Milburn, N. (2007). Housing stability over two years and HIV risk among newly homeless youth. *AIDS and Behavior*, 11, 831-841.
- Rosenthal, D., Mallet, S., Milburn, N. & Rotheram-Borus, M. (2008). Drug use among homeless young people in Los Angeles and Melbourne. *Journal of Adolescent Health*, 43(3), 296-305.
- Rotheram-Borus, M., Desmond, K., Comulada, S., Arnold, E., Johnson, M. & Health Living Trial Group. (2009). Reducing risky sexual behavior and substance use among currently and formerly homeless adults living with HIV. *American Journal of Public Health*, 99(6), 1100-1107.
- Rotheram-Borus, M. (1993). Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *The American Journal of Psychiatry*, 150(1), 103-107.
- Roy, E., Boivin, J., Haley, N. & Lemire, N. (1998). Mortality among street youth. *The Lancet*, 352(9121), 32.
- Roy, E., Boudreau, J. & Boivin, J. (2009). Hepatitis C virus incidence among young street-involved IDUs in relation to injection experience. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3), 158-161.
- Roy, E., Boudreau, J., Leclerc, P., Boivin, J. & Godin, G. (2007). Trends in injection drug use over 10 years among street youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 170-175.

- Roy, E., Nonn, É., & Haley, N. (2007). Transition to injection drug use among street youth. A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 19-29.
- Roze, J., Pratesi, A., Benítez, M. & Mobilio, L. (1999). *Trabajo, moral y disciplina en los chicos de la calle*. Argentina: Espacio Editorial.
- Ryan, K., Kilmer, R., Cauce, A., Watanabe, H. & Hoyt, D. (2000). Psychological consequences of child maltreatment in homeless adolescents: untangling the unique effects of maltreatment and family environment. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 333-352.
- Ruiz, J. (2000). *Calle, género y afectividad. Niñas, niños y adolescentes de la calle: itinerarios y desafectos*. Ponencia publicada en: Memorias -VIII Congreso Colombiano de Prevención y Atención al Maltrato Infantil. Bogotá: Asociación Afecto/Fondo de Población Naciones Unidas.
- Sadurní, M., Rostán, C. & Serrat, E. (2003). *El desarrollo de los niños paso a paso*. España: UOC.
- Saewyc, E. & Edinburg, L. (2010). Restoring healthy developmental trajectories for sexually exploited young runaway girls: fostering protective factors and reducing risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 180-188.
- Saini, A. & Vakil, S. (2002). Migration in India: education and outreach for street children. *Childhood Education*, 78(2), 91-95.
- Salguero-Velásquez, A. & Yoseff-Bernal, J. (2009). Derechos de los niños, responsabilidad paterna y políticas públicas. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 144-151.
- Salkowa, K. & Fichter, M. (2003). Homelessness and mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 467-471.
- Salter, E. (2003). *"Para ter uma vida melhor": Estrategias de Intervención en Favor de las Niñas de la Calle*. Tesis de Maestría, Escuela de Estudios para el Desarrollo (University of East Anglia), Brasil.
- Sánchez, M. (1999). *La población sin techo en España: un caso extremo de exclusión social*. España: Sistema.
- Sánchez, R. P., Waller, M. & Greene, J. (2006). Who runs? A demographic profile of runaway youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 778-781.
- Sánchez-Aneas, A. (2008). *Niños y adolescentes difíciles: evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención*. España: Formación Alcalá.
- Sánchez-Aragón, R. & Díaz-Loving, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 54-69.
- Sánchez-Sosa, J. & Hernández, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC)*. México: UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Célis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: Caballo V dir. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. España: Pirámide; p. 473-492.
- Sander, J. & McCarty, C. (2005). Youth depression in the family context: familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203-219.
- Sanders, B., Lankenau, S., Jackson-Bloom, J. & Hathaz, D. (2009). A typology of drug-related offending among young homeless injection drug users. *Journal of Drug Issues*, 39(4), 777-802.
- Santiago, R. (2005). *Comparación del autoconcepto entre niños en situación de calle y niños escolares*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Zaragoza, UNAM.
- Santos, A., Reppold, C., Dos Santos, C., Telles, L., Silva, M., Alves, P. & Helena, S. (1998). Los niños en las calles de Porto Alegre: un estudio descriptivo. *Psicología, Reflexión y Crítica*, 11(3), 441-447.
- Saucedo, I. & Taracena, E. (2011). Habitar la calle: pasos hacia una ciudadanía a partir de este espacio. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(9), pp. 269-285.
- Sauri-Suárez, G. (2005). Las condiciones de la infancia y la adolescencia en situación de calle en el Distrito Federal: la responsabilidad del Estado desde la Convención sobre los Derechos del Niño. *Revista de Derechos Humanos órgano Informativo*, 6, 49-55.
- Sauri-Suárez, G. (2009). Las galletas que nunca se acaban. Derechos de la infancia: alternativa a la calle. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 82-90.
- Schanzer, B., Domínguez, B., Schrouf, P. & Caton, C. (2007). Homelessness, health status and health care use. *American Journal of Public Health*, 97(3), 464-469.
- Sharma, D. (2009). Tobacco use among India's street children raises concern. *The Lancet Oncology*, 10(9), 844-845.
- Scanlon, T., Tomkins, A., Lynch, M. & Scanlon, F. (1998). Street children in Latin America. *British Medical Journal*, 316(7144), 1596-1600.
- Schumm, J., Briggs-Phillips, M. & Hobfoll, S. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 825-836.
- Schwinger, M. (2007). Empowering families as an alternative to foster care for street children in Brazil. *Development in Practice*, 17(6), 800-806.

- Servín-Leyva, L. (2007). *Fantasías de abandono y rescate en niños de orfanatorio*. En: Psicología Social. Perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible. México: AMAPSI.
- Secretaría de Salud Pública. (2011). *Niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle*. México: Dirección de Estudios y Diagnósticos y Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana.
- Shakarishvili, A., Dubovskaya, L., Zohrabyan, L., Lawrence, J., Aral, S., Dugasheva, L., Okan, S., Lewis, J., Parker, K., Ryan, C. & the LIBRA Project Investigation Team. (2005). Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *The Lancet*, 366(9479), 57-60.
- Shankar-Brown, R. (2008). *A case study of the social and educational experiences of homeless children*. PHD Thesis, Curriculum and Instruction, University of North Carolina, Charlotte, USA.
- Sharlim, S. & Mor-Barak, M. (1002). Runaway girls in distress: motivation, background, and personality. *Adolescence*, 27(106), 387-405.
- Shaw, M. & Dorling, D. (1998). Mortality among street youth in the UK. *The Lancet*, 352(9129), 29.
- Shein-Szydlo, J., Szydlo, D., Schwab-Stone, M. & Ruchkin, V. (2005). *Estudio piloto de valoración social y de salud (VASOSA) de niños en situación de calle*. E.U.A.: Fundación de la asociación de Bancos de México, QUIERA, American Express y Lux Et Veritas.
- Sheldon, B. (2011). *Cognitive-behavioral therapy. Research and practice in health and social care*. Gran Bretaña: Routledge Taylor & Francis Group.
- Shields, S., Wong, T., Mann, J., Jolly, A., Haase, D., Mahaffey, S., Moses, S., Morin, M., Patrick, D., Predy, G., Rossi, M. & Sutherland, D. (2004). Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), 384-390.
- Sidibe, N. (2006). *Representaciones mutuas de los niños de la calle y de las instituciones que los atienden. El caso de una institución privada en el Distrito Federal*. Tesis de Doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Simos, G. (2008). *Cognitive behavior therapy. A guide for the practicing clinician*. Gran Bretaña: Routledge Taylor & Francis Group.
- Singh, N., Strode, S. & Deisher, R. (1997). Maternal and child health and services utilization outcomes of homeless parenting adolescents: a follow-up study of the out-of-home teen pregnancy project. *Journal of Adolescent Health*, 20(2), 140.
- Silva, T. (2002). Preventing child exploitation on the streets in the Philippines. *The Lancet*, 360(9344), 1507.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Skott-Myhre, H., Raby, R. & Nikolau, J. (2008). Towards a delivery system of services for rural homeless youth: a literature review and case study. *Child Youth Care Forum*, 37, 87-102.
- Slesnick, N. (2001). Variables associated with therapy attendance in runaway substance abusing youth. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 411-420.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. (2005a). Dual and multiple diagnosis among substance using runaway youth. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 179-201.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. (2005b). Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, 28(2), 277-298.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S. & Gangamma, R. (2006). Predictors of substance use and family therapy outcome among physically abused and sexually abused runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 261-281.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Glebova, T. & Glade, A. (2006). Homeless adolescent parents: HIV-risk, family structure and individual problem behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 774-777.
- Slesnick, N., Prestopnik, J., Meyers, R. & Glassman, M. (2007). Treatment outcome for street-living, homeless youth. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1237-1251.
- Slesnick, N. & Kang, M. (2008). The impact of an integrated treatment on HIV risk behavior among homeless youth: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 45-59.
- Slesnick, N., Kang, M., Bonomi, A. & Prestopnik, J. (2008). Six and twelve month outcomes among homeless youth accessing therapy and case management services through an urban drop-in center. *Health Research and Educational Trust*, 43(1), 211-229.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Dashora, P., Kang, M. & Aukward, E. (2008). Predictors of homelessness among street living youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 465-474.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 255-277.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Erdem, G., Budde, H., Letcher, A., Bantchevska, D. & Patton, R. (2009). Troubled parents, motivated adolescents: predicting motivation to change substance use among runaways. *Addictive Behaviors*, 34(8), 675-684.
- Slonim-Nevo, V. & Mukuka, L. (2007). Child abuse and AIDS-related knowledge, attitudes and behavior among adolescents in Zambia. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 143-159.

- Smith, J. (1999). Youth homelessness in the UK. *Habitat International*, 23(1), 63-77.
- Snyder, J., Bullard, L., Wagener, A., Leong, P., Snyder, Jo. & Jenkins, M. (2009). Childhood and anxiety and depressive symptoms: trajectories, relationship and association with subsequent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 837-849.
- Sobo, E., Zimet, G., Zimmerman, T. & Cecil, H. (1997). Doubting the experts: AIDS misconceptions among runaway adolescents. *Human Organization*, 56(3), 311-320.
- Solorio, M., Milburn, N., Rotheram-Borus, M., Higgins, C. & Gelberg, L. (2006). Sexually active homeless youth. *AIDS and Behavior*, 10(2), 179-184.
- Solorio, M., Rosenthal, D., Milburn, N., Weiss, R., Batterham, P., Gandara, M. & Rotheram-Borus, M. (2008). Predictors of sexual risk behaviors among newly homeless youth: a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 401-409.
- Soriano, A., Ochoa, F. & Jiménez, F. (2005). *Una luz en el sendero de la oscuridad. Experiencia en la enseñanza de valores a adolescentes en situación de calle.* México: Maurilio Olivera, A.C., IASIS y Gobierno del Distrito Federal.
- Spencer, J. (2002). All our children: human rights and children of the street. *The Lancet*, 360(9344), 1506.
- Springer, D. (2001). Runaway adolescents: today's Huckleberry Finn Crisis. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(2), 131-151.
- SSA. (2002). *Programa de acción: programa de atención a la salud de la adolescencia.* México: Secretaría de Salud (SSA).
- Ssewamala, F., Neilands, T., Waldfogel, J. & Ismayilova, L. (2012). The impact of a comprehensive microfinance intervention on depression levels of AIDS-orphaned children in Uganda. *Journal of Adolescent Health*, 50(4), 346-352.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* España: Desclée de Brouwer.
- Stassen, K. (2000). *The developing person through childhood and adolescence.* E.U.A.: Worth Publishers.
- Steel, R. & O'Keefe, M. (2001). A program description of health care interventions for homeless teenagers. *Clinical Pediatrics*, 40(5), 259-263.
- Stein, J., Leslie, M. & Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26(10), 1011-1027.
- Stein, J. & Nyamathi, A. (2004). Correlates of Hepatitis C virus infection in homeless men: a latent variable approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 89-95.
- Stermac, L. & Paradis, E. (2001). Homeless women and victimization: abuse and mental health history among homeless rape survivors. *Resources for Feminist Research*, 28(3/4), 65-88.
- Stewart, A., Steiman, M., Cauce, A., Cochran, B., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2004). Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 325-331.
- Stinton, a. (2007). *The causes and consequences of running away: what difference does gender make?* PHD Thesis, Sociology, Graduate School of Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA.
- Stolz, J., Shannon, K., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J. & Wood, E. (2007). Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of drug-using youth. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1214-1221.
- Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, R. (1991). *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective.* Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Stratigos, A., Stern, R., González, E., Johnson, R., O'Connell, J. & Dover, J. (1999). Prevalence of skin disease in a cohort of shelter-based homeless men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41(2), 197-202.
- Strehlau, V., Torchalla, I., Li, K., Schuetz, C. & Krausz, M. (2012). Mental health, concurrent disorders and health care utilization in homeless women. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(5), 349-360.
- Stricof, R., Kennedy, J., Nattell, T., Weisfuse, I. & Novick, U. (1991). HIV seroprevalence in a facility for runaway and homeless adolescents. *American Journal of Public Health*, 81, 50-53.
- Sullivan, P. & Knutson, J. (2000). The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1275-1288.
- Sullivan, T. (2002). *The growth status of Guatemalan street children.* Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, Department of Anthropology, University at Buffalo, New York.
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. & Kendall, P. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 390-401.
- Swart-Kruger, J. & Richter, L. (1997). AIDS related knowledge, attitudes and behavior among South African street youth: reflections on power, sexuality and the autonomous self. *Social Science & Medicine*, 45(6), 957-966.
- Taracena, E. (2002). De la economía informal a vivir en la calle: supervivencia de un sector de jóvenes en Ciudad de

- México. *Proposiciones*, 34, 1-11.
- Taracena, E. & Macedo, M. (2007). *Violencia social, violencia familiar, el sida en los jóvenes de la calle*. En: Problemas sociales, de salud y educación. Un enfoque cualitativo de investigación. México: FES Iztacala, UNAM.
- Taracena, E. (2007) *Memoria e identidad social. Los jóvenes en situación de calle*. En: Psicología Social. Perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible. México: AMAPSI.
- Taracena, E. (2010). Hacia una caracterización psico-social del fenómeno de callejerización. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 393-409.
- Tarasuk, V., Dachner, N., Poland, B. & Gaetz, S. (2009). Food deprivation is integral to the 'hand to mouth' existence of homeless youths in Toronto. *Public Health Nutrition*, 12(9), 1437-1442.
- Tarifa, A. (1994). *Marginación, pobreza y mentalidad social en el Antiguo Régimen: Los niños expósitos de Úbeda (1665-1778)*. España: Universidad de Granada.
- Tarín, M. & Navarro, J. (2006). *Adolescentes en riesgo: casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. España: CCS.
- Taylor-Seehafer, M., Rew, L. & Sternglanz, W. (2005). Gender and sexual orientation differences in personal resources, social resources, and sexual health outcomes in homeless youth. *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 142.
- Taylor-Seehafer, M., Johnson, R., Rew, L., Fouladi, R., Land, L. & Abel, E. (2005). An exploration of attachment, sexual self-concept, assertive communication, and intention and self-efficacy to use condoms in homeless youth. *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 142-143.
- Taylor-Seehafer, M., Johnson, R., Rew, L., Fouladi, R., Land, L. & Abel, E. (2007). Attachment and sexual health behaviors in homeless youth. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(1), 37-48.
- Tejeda, C. (2009). *Temperamento y psicopatología en niños de la calle. Descripción de una muestra*. Tesis de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Facultad de Medicina, UNAM.
- Tenner, A., Trevithick, L., Wagner, V. & Burch, R. (1998). Seattle YouthCare's prevention, intervention, and education program: a model of care for HIV-positive, homeless, and at-risk youth. *Journal of Adolescent Health*, 23(2), 96-106.
- Tevendale, H., Lightfoot, M. & Slocum, S. (2009). Individual and environmental protective factors for risky sexual behavior among homeless youth: an exploration of gender. *AIDS and Behavior*, 13, 154-164.
- The Lancet. (2005). An SOS from homeless people. *The Lancet*, 366(9501), 1903.
- Thomas, S. (2007). *State of the world's street children: violence*. Gran Bretaña: Consortium for Street Children.
- Thomas-De Benítez, S. (2000). *Creando soluciones para niños en situación de calle. Manual para organizaciones civiles: una guía práctica del proyecto META 2000*. México: CANICA, CIDES y JUCONI.
- Thompson, S., Safyer, A. & Pollio, D. (2001). Differences and predictors of family reunification among subgroups of runaway youths using shelter services. *Social Work Research* 25(3), 163-172.
- Thompson, S., Zittel-Palamara, K. & Maccio, E. (2004). Runaway youth utilizing crisis shelter services predictors of presenting problems. *Child & Youth Care Forum*, 33(6), 387-404.
- Thompson, S. & Pillai, V. (2006). Determinants of runaway episodes among adolescents using crisis shelter services. *International Journal of Social Welfare*, 15, 142-149.
- Thompson, S., McManus, H. & Voss, T. (2006). Posttraumatic stress disorder and substance abuse among youth who are homeless: treatment issues and implications. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(3), 206-217.
- Thompson, S., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L. & Flynn, P. (2006). Insights from the street: Perceptions of services and providers by homeless young adults. *Evaluation and Program Planning*, 29(1), 34-43.
- Thompson, S., Maccio, E., Desselle, S. & Zittel-Palamara. (2007). Predictors of posttraumatic stress symptoms among runaway youth utilizing two service sectors. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 553-563.
- Thompson, S., Bender, K., Lewis, C. & Watkins, R. (2008). Runaway and pregnant: risk factors associated with pregnancy in a national sample of runaway/homeless female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 125-132.
- Thompson, S., Jun, J., Bender, K., Ferguson, K. & Pollio, D. (2010). Estrangement factors associated with addiction to alcohol and drugs among homeless youth in three U.S. cities. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 418-427.
- Thompson, S., Bender, K. & Kim, J. (2011). Family factors as predictors of depression among runaway youth: do males and females differ? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 35-48.
- Thrane, L., Hoyt, D., Whitbeck, L. & Yoder, K. (2006). Impact of family abuse on running away, deviance and street victimization among homeless rural and urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1117-1128.
- Thrane, L. & Chen, X. (2010). Impact of running away on girls' sexual onset. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 32-36.
- Thrasher, S. & Mowbray, C. (1995). A strengths perspective: an ethnographic study of homeless women with children. *Health and Social Work*, 20(2), 93-101.
- Tischler, V., Vostanis, P., Bellerby, T. & Cumella, S. (2002). Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Archives of Disease in Childhood*, 86(3), 158-163.

- Tischler, V., Rademeyer, A. & Vostanis, P. (2007). Mothers experiencing homelessness: mental health, support and social care needs. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 246-253.
- Trinidad, M. (1998). *Encuentro latinoamericano sobre la biblioteca, la lectura y el niño callejero*. México: UNAM.
- Toghyani, M., Kalantari, M., Amiri, S. & Molavi, H. (2011). The effectiveness of quality of life therapy on subjective well-being of male adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30, 1752-1757.
- Tonmyr, L., Williams, G., Hovdestad, W. & Draca, J. (2011). Anxiety and/or depression in 10-15 years old investigated by Child Welfare in Canada. *Journal of Adolescent Health*, 48, 493-498.
- Towe, V., Hasan, S., Tariq, S. & Sherman, S. (2009). Street life and drug risk behaviors associated with exchanging sex among male street children in Lahore, Pakistan. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 222-228.
- Trosper, S., Buzzella, B., Bennett, S. & Ehrenreich, J. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: implications for a unified treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 234-254.
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individual with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tucker, J., D'Amico, E., Wenzel, S., Golinelli, D., Elliot, M. & Williamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 35-43.
- Tucker, J., Kennedy, D., Ryan, G., Wenzel, S., Golinelli, D. & Zazzali, J. (2009). Homeless women's personal networks: implications for understanding risk behavior. *Human Organization*, 68(2), 129-140.
- Turnbull-Plaza, B. (1998). *Street children and their helpers. A social interface analysis*. Tesis de Doctorado, University of Sussex, Gran Bretaña.
- Turnbull-Plaza, B., Hernández, R. & Reyes, M. (2009). Street children and their helpers: an actor-oriented approach. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1283-1288.
- Tuten, M., Jones, H. & Svikis, D. (2003). Comparing homeless and domiciled pregnant substance dependent women on psychosocial characteristics and treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 95-99.
- Tyler, K., Whitbeck, L., Hoyt, D. & Yoder, K. (2000). Predictors of self-reported sexually transmitted diseases among homeless and runaway adolescents. *The Journal of Sex Research*, 37(4), 369-377.
- Tyler, K., Hoyt, D., Whitbeck, L. & Cauce, A. (2001). The impact of childhood sexual abuse on later sexual victimization among runaway youth. *Journal of Research on Adolescence* 11(2), 151-176.
- Tyler, K. & Cauce, A. (2002). Perpetrators of early physical and sexual abuse among homeless and runaways adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26(12), 1261-1274.
- Tyler, K., Whitbeck, L., Hoyt, D. & Johnson, K. (2003). *Journal of Research on Adolescence*, 13(4), 457-474.
- Tyler, K., Cauce, A. & Whitbeck, L. (2004). Family risk factors and prevalence of dissociative symptoms among homeless and runaway youth. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 355-366.
- Tyler, K. & Johnson, K. (2006a). A longitudinal study of the effects of early abuse on later victimization among high-risk adolescents. *Violence and Victims*, 21(3), 287-306.
- Tyler, K. & Johnson, K. (2006b). Trading sex: voluntary or coerced? The experiences of homeless youth. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 208-216.
- Tyler, K. (2008). Social network characteristics and risky sexual and drug related behaviors among homeless young adults. *Social Science Research*, 37(2), 673-685.
- Tyler, K. (2009). Risk factors for trading sex among homeless young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 290-297.
- Tyler, K. & Beal, M. (2010). The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence and Victims*, 25(1), 101-115.
- Tyler, K., Melander, L. & Almazan, E. (2010). Self injurious behavior among homeless young adults: A social stress analysis. *Social Science & Medicine*, 70(2), 269-276.
- Ulager, J., Pearson, A., Tomescu, O., Hill, C., Auerswald, C. & Ginsburg, K. (2005). Why should I tell you? Homeless youth share what it takes for professionals to earn their trust. *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 133-134.
- UNESCO. (1951). *Vagrant Children*. Francia: United Nations.
- UNESCO. (1995). *En la calle con los niños: programas para la reinserción de los niños de la calle*. Francia: Juventud Plus.
- UNICEF (1989). *Lineamientos para la aplicación de la guía metodológica para el análisis de situación de menores en circunstancias especialmente difíciles*. Colombia: Gente Nueva.
- UNICEF & DIF. (1996). *El censo de niños y niñas en situación de calle: Ciudad de México*. México: UNICEF y DIF.
- UNICEF (1997). *Estado mundial de la infancia*. Nueva York, E.U.A.: División de Comunicaciones, UNICEF.
- UNICEF & DIF (1999). *Informe ejecutivo. Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades. Resultados definitivos*. México: UNICEF y DIF.
- UNICEF, DIF & PNUFID. (1999). *Capítulo de uso indebido de sustancias*. En: Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores entre 6-17 años en 100 ciudades México: UNICEF, DIF y PNUFID.



- UNICEF & DIF. (2004). *Informe ejecutivo. Segundo estudio en cien ciudades de niñas, niños y adolescentes trabajadores. México, 2002-2003*. México: UNICEF y DIF.
- UNICEF. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas*. Colombia: UNICEF.
- UNICEF. (2006a). *Estado mundial de la infancia*.
- UNICEF. (2006b). *Estado Mundial de la Infancia: América Latina y el Caribe. Excluidos e Invisibles*.
- UNICEF. (2006c). *Extracto del informe nacional sobre violencia y salud*.
- UNICEF. (2007). *La infancia y los objetivos de desarrollo del Milenio*.
- UNICEF. (2009a). *Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez*. Número 8.
- UNICEF. (2009b). *Niños y niñas que trabajan en México: un problema persistente*.
- Uribe-Etxebarria, A. (1996). *Marginalidad protegida: mujeres y niños abandonados en Navarra 1890-1930*. España: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Urueña, S., Tovar, L. & Castillo, M. (2009). Determinantes del trabajo infantil y la escolaridad: el caso del Valle del Cauca en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 707-733.
- Van-den-bree, M., Shelton, K., Bonner, A., Moss, S., Thomas, H. & Taylor, P. (2009). A longitudinal population-based study of factors in adolescence predicting homelessness in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 45(6), 571-578.
- Van Leeuwen, J., Rietmeijer, C., LeRoux, T., White, R. & Petersen, J. (2002). Reaching homeless youths for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae screening in Denver, Colorado. *Sexually Transmitted Infections*, 78(5), 357-359.
- Vázquez, S. (2004). *La intervención del psicólogo en el trabajo con niños de la calle y sus familias*. Reporte de Trabajo de Licenciatura, Facultad de Psicología, FES Iztacala, UNAM.
- Veale, A. & Donà, G. (2003). Street children and political violence: a socio-demographic analysis of street children in Rwanda. *Child Abuse & Neglect*, 27(3), 253-269.
- Veeran, V. (2004). Working with street children: a child-centered approach. *Child Care in Practice*, 10(4), 359-366.
- Vega, L. & Gutiérrez, R. (1993). *La construcción social de los drogadictos: el caso de los niños callejeros*. En: Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México: SSA, Consejo Nacional contra las Adicciones y AMPEA.
- Vega, L. & Gutiérrez, R. (1998). La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos ante el embarazo de adolescentes consideradas como de la calle. *Salud Mental*, 21(2), 1-9.
- Vega, L., Gutiérrez, R., Rodríguez, E. & Galván, J. (2002). *Factores de riesgo para la salud mental de las niñas que subsisten en las calles*. En: La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax.
- Velázquez, M. (2001). *La administración pública ante el problema de los niños en situación de calle, estudio de caso: la delegación Gustavo A. Madero 1995-1999*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Vélis, J. (1995). *Blossoms in the dust. Street children in Africa*. Francia: UNESCO.
- Vera, M., Loredo, A., Perea, A. y Trejo, J. (2002). Violencia contra la mujer. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 45(6), 248-251.
- Vieria-Dornelles, Leni. (2009). *Infancias que se nos escapan. Del niño de la calle al cyber-niño*. México: Palabra Ediciones.
- Villagrán, G. & Perelló, M. (2006). *El papel del autoconcepto, los valores y la comunicación con padres en el patrón sexual*. En: La Psicología Social en México, V.XI, Tomo II, pp. 782-789. México: AMEPSO.
- Vingerhoes, A., Nyklícek, I. & Denollet, J. (2008). *Emotion regulation. Conceptual and clinical issues*. E.U.A.: Springer.
- Viorst, M., Gostnell, K., Smolenski, C., Willis, B., Nish, D., Nolan, T., Tharaken, M. & Ritchie, A. (2009). The initiation of homeless youth into the street economy. *Journal of Adolescence*, 32(2), 357-377.
- Virtual Educa. (2007). *Propuesta educativa para intervención social en atención a niños, niñas y adolescentes*. Brasil: Virtual Educa.
- Volpi, E. (2002). *Street children: promising practices and approaches*. E. U. A.: World Bank Institute. Promoting knowledge and learning for a better world.
- Vostanis, P., Grattan, E., Cumella, S. & Winchester, C. (1997). Psychosocial functioning of homeless children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 881-889.
- Vostanis, P., Grattan, E. & Cumella, S. (1998). Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *British Medical Journal*, 316(7135), 899-902.
- Votta, E. & Manion, I. (2003). Factors in the psychological adjustment of adolescent males: the role of coping style. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 778-785.
- Votta, E. & Manion, I. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 237-243.
- Walls, N., Potter, C. & Van Leeuwen, J. (2009). Where risks and protective factors operate differently: homeless sexual minority youth and suicide attempts. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26, 235-257.

- Walters, A. (1999). HIV prevention in street youth. *Journal of Adolescent Health, 25*(3), 187-198.
- Walker-Dalhouse, D. & Risko, V. (2008). Homelessness, poverty and children's literacy development. *The Reading Teacher, 62*(1), 84-86.
- Wang, X. (2009). Horizons for homeless children: a comprehensive service model for homeless families. *Journal of Children and Poverty, 15*(1), 55-62.
- Warf, C., Clark, L., Desai, M., Calvo, R., Agahi, G. & Hoffman, J. (2010). Coming of age on the streets: survival sex among homeless adolescent females in Hollywood. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), 37-38.
- Washington, P. (2009). *A grounded theory study of substance use patterns among homeless youth.* PHD Thesis, University of Texas Medical Branch, USA.
- Webb, D., Culhane, J., Metraux, S., Robbins, J. & Culhane, D. (2003). Prevalence of episodic homelessness among adult childbearing women in Philadelphia. *American Journal of Public Health, 93*(11), 1895-1896.
- Weinreb, L., Goldberg, R., Lessard, D., Perloff, J. & Bassuk, E. (1999). HIV-risk practices among homeless and low-income housed mothers. *The Journal of Family Practice, 48*(11), 859-867.
- Weinreb, L., Buckner, J., Williams, V. & Nicholson, J. (2006). A comparison of the health and mental status of homeless mothers in Worcester, Mass: 1993-2003. *American Journal of Public Health, 96*(8), 1444-1448.
- Wenzel, S., Leake, B., Anderson, R. & Gelberg, L. (2001). Utilization of birth control services among homeless women. *American Behavioral Scientist September, 45*(1), 14-34.
- Wenzel, S., Hambarsoomian, K., D'Amico, E., Ellison, M. & Tucker, J. (2006). Victimization and health among indigent young women in the transition to adulthood: a portrait of need. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 536-543.
- Wenzel, S., Green, H., Tucker, J., Golinelli, D., Kennedy, D., Ryan, G. & Zhou, A. (2009). The social context of homeless women's alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Dependence, 105*(1-2), 16-23.
- Wenzel, S., Tucker, J., Golinelli, D., Green, H. & Zhou, A. (2010). Personal network correlates of alcohol, cigarette, and marijuana use among homeless youth. *Drug and Alcohol Dependence, 112*(1-2), 140-149.
- Werb, D., Kerr, T., Lai, C., Montaner, J. & Wood, E. (2008). Nonfatal overdose among a cohort of street-involved youth. *Journal of Adolescent Health, 42*(3), 303-306.
- Werb, D., Kerr, T., Fast, D., Qi, J., Montaner, J. & Wood, E. (2010). Drug-related risks among street youth in two neighborhoods in a Canadian setting. *Health & Place, 16*(5), 1061-1067.
- Werner, E. (1989). High-risk children in Young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry 59*(1), 72-81.
- Wesely, J. (2009). "Mom said we had a money maker": sexualization and survival contexts among homeless women. *Symbolic Interaction, 32*(2), 91-105.
- Whitbeck, L. & Simons, R. (1993). A comparison of adaptive strategies and patterns of victimization among homeless adolescents and adults. *Violence and Victims, 8*(2), 135-152.
- Whitbeck, L., Hoyt, D. & Ackley, K. (1997a). Abusive family backgrounds and later victimization among runaway and homeless adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 7*(4), 375-392.
- Whitbeck, L., Hoyt, D. & Ackley, K. (1997b). Families of homeless and runaway adolescents: a comparison of parent/caretaker and adolescent perspectives on parenting, family violence, and adolescent conduct. *Child Abuse & Neglect, 21*(6), 517-528.
- Whitbeck, L., Hoyt, D. & Bao, W. (2000). Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Development, 71*(3), 721-732.
- Whitbeck, L., Chen, X., Hoyt, D., Tyler, K. & Johnson, K. (2004). Mental disorder, subsistence strategies and victimization among gay, lesbian and bisexual homeless and runaway adolescents. *The Journal of Sex Research, 41*(4), 329-342.
- Whitbeck, L., Johnson, K., Hoyt, D. & Cauce, A. (2004). Mental disorder and comorbidity among runaway and homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health, 35*(2), 132-140.
- Whitbeck, L., Chen, X. & Johnson, K. (2005). Food insecurity among homeless and runaway adolescents. *Public Health Nutrition, 9*(1), 47-52.
- Whitbeck, L., Hoyt, D., Johnson, K. & Chen, X. (2007). Victimization and posttraumatic stress disorder among runaway and homeless adolescents. *Violence and Victims, 22*(6), 721-734.
- Williams, J. (1998). Domestic violence and poverty: the narratives of homeless women. *Frontiers, 19*(2), 143-165.
- Williams, N., Lindsey, E., Kurtz, D. & Jarvis, S. (2001). From trauma to resiliency: lessons from former runaway and homeless youth. *Journal of Youth Studies, 4*(2), 233-253.
- Woods, E., Samples, C., Melchiono, M., Keenan, P., Fox, D., Chase, L., Tierney, S., Price, V., Paradise, J., O'Brien, R., Mansfield, C., Brooke, R., Allen, D. & Goodman, E. (1998). Boston HAPPENS Program: A model of health care for HIV-positive, homeless, and at-risk youth. *Journal of Adolescent Health, 23*(2), 37-48.
- Worthington, C. & MacLaurin, B. (2009). Level of street involvement and health and health services use of Calgary street youth. *Canadian Journal of Public Health, 100*(5), 384-88.
- Worthman, C. & Panter-Brick, C. (2008). Homeless street children in Nepal: Use of allostatic load to assess the burden of

- childhood adversity. *Development and Psychopathology*, 20, 233–255.
- Wright, J. (2004). *Cognitive behavior therapy. Review of Psychiatry*, 23(3). E.U.A.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wutoh, A., Kumoji, E., Xue, Z., Campusano, G., Wutoh, R. & Ofosu, J. (2006). HIV knowledge and sexual risk behaviors of street children in Takoradi, Ghana. *AIDS and Behavior*, 10(2), 209-215.
- Xelhuantzi, R. (2009). La Morelos y sus chavos: estudio exploratorio sobre sus redes y representaciones sociales. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 132-137.
- Yang, A., Wang, D., Li, T. & Teng, F. (2008). The impact of adult attachment and parental rearing on subjective well-being in Chinese late adolescents. *Social Behavior and Personality*, 36(10), 1365-1378.
- Yates, G., MacKenzie, R., Pennbridge, J. & Cohen, E. (1988). A risk profile comparison of runaway and non-runaway youth. *American Journal of Public Health*, 78(37), 820-821.
- Yoder, K., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2001). Event history analysis of antecedents to running away from home and being on the street. *The American Behavioral Scientist*, 45(1), 51-65.
- Yoder, K., Longley, S., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2008). A dimensional model of psychopathology among homeless adolescents: suicidality, internalizing and externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 95-104.
- Yoder, K., Whitbeck, L. & Hoyt, D. (2008). Dimensionality of thoughts of death and suicide: evidence from a study of homeless adolescents. *Soc Indic Res*, 86, 83–100.
- Young, K. (1974). *Psicología social*. Argentina: Paidós.
- Young, K. (1969). *Psicología social de la personalidad*. Argentina: Paidós.
- Young, L. (2004). Journeys to the street: the complex migration geographies of Ugandan street children. *Geoforum*, 35(4), 471-488.
- Youngblade, L. & Mulvihill, B. (1998). Individual differences in homeless preschoolers' social behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(4), 593-614.
- Ystgaard, M., Hestetuna, I., Loebb, M. & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 863-875.
- Zambrano, R. (2008). *Niñas y niños en situación de calle: un acercamiento a su perfil en las calles de Puebla*. Reporte de Investigación, Área de Servicio y Formación Social, Universidad Iberoamericana, Puebla.
- Zarei, J., Rostami, R., Farhanian, F., Granmaye pour, S. & Sadeghian, E. (2011). Prevalence of anxiety disorders and its relation to past child abuse and general health in universities students of Iran. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 283–286.
- Ziesemar, C., Marcoux, L. & Marwell, B. (1994). Homeless children: are they different from other low-income children? *Social Work*, 39(6), 658-668.
- Ziccardi, A. (2010). Pobreza urbana, marginalidad y exclusión social. *Ciencia*, 61(4), 26-35.
- Zima, B., Wells, K. & Freeman, H. (1994). Emotional and behavioral problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. *American Journal of Public Health*, 84(2), 260-264.
- Zima, B., Wells, K., Bernadette, B. & Duan, N. (1996). Mental health problems among homeless mothers: relationship to service use and child mental health problems. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 332-338.
- Zima, B., Bussing, R., Forness, S. & Benjamin, B. (1997). Sheltered homeless children: their eligibility and unmet need for special education evaluations. *American Journal of Public Health*, 87(2), 236-240.
- Zimmer-Gembeck, M., Hunter, T. & Pronk, R. (2007). A model of behaviors, peer relations and depression: perceived social acceptance as a mediator and the divergence of perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 273–302.
- Zlotnick, C., Robertson, M. & Wright, M. (1999). The impact of childhood foster care and other out-of-home placement on homeless women and their children. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1057–1068.
- Zlotnick, C., Robertson, M. & Tam, T. (2003). Substance use and separation of homeless mothers from their children. *Addictive Behaviors*, 28(8), 1373-1383.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Ortega, J., Vallejo, M. & Sierra, J. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self Report. *Anales de Psicología*, 25(1), 60-69.

<http://www.merca20.com/sociodemograficos/>. Consultada el 07/05/2011.

<http://www.cdc.gov/spanish/prevencion/taquismo.html>. Consultada el 10/05/2011.