



ISSN 1909-2407



LA FAMILIA, MALESTAR AFECTIVO Y REDES SOCIALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE.

The family, affective disease and social networks in children and adolescents in street situation.

Karina Díaz Morales¹; Lluvia Mitzihaya Fuentes Morales²; Leidy Paz Velázquez³; Raquel de María Solís Alfaro⁴; Pedro López Cruz⁵.

1. Dra. en Enfermería. Profesor de tiempo completo Escuela de Enfermería, Universidad Veracruzana, kdiaz@uv.mx diazm35@hotmail.com
2. Estudiante de Enfermería, Universidad Veracruzana. estrella0_8@hotmail.com
3. Estudiante de Enfermería, Universidad Veracruzana. mitzi_funmor@hotmail.com
4. Estudiante de Enfermería, Universidad Veracruzana. paz633@hotmail.com
5. Magíster en Ciencias de Enfermería Profesor Escuela de Enfermería Universidad Veracruzana. pedlopez@uv.mx

Recibido: 26/09/2015 Revisado: 16/04/2016 Aceptado: 01/05/2016

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Díaz-Morales K, Fuentes LM, Velázquez LP, Solís RdeM, López Cruz P. La familia, malestar afectivo y redes sociales en niños y adolescentes en situación de calle.. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2016;11(2):29-50 (Julio-Diciembre). Disponible en <http://www.shs.agenf.org/> Fecha de consulta ().

Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©
Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-AGENF.ORG
Tunja 2016.

RESUMEN

Introducción. El contexto negativo y la ruptura de vínculos familiares son circunstancias para que niños y adolescentes se inserten a la calle. Ambiente que los vuelve vulnerable a riesgos de la salud, social y económico. Objetivo. Explorar la vulnerabilidad de las relaciones familiares disfuncionales, autoestima, malestar afectivo, uso del tiempo libre, consumo de drogas y redes sociales, en niños y adolescentes en situación de calle. Materiales y método. Diseño descriptivo transversal predictivo aplicado en 70 niños y adolescentes en situación de calle, con muestreo por conveniencia. El análisis incluyó regresión lineal simple y múltiple. Resultados. El malestar afectivo, dependencia al consumo de tabaco y pertenencia a redes sociales se presentaron por la predicción de las relaciones familiares disfuncionales. El malestar afectivo tuvo predicción en el uso del tiempo libre, consumo de cocaína y bajo control conductual. A su vez la pertenencia a redes sociales desviantes predijo el consumo severo de alcohol. Conclusiones. La vulnerabilidad fue visible a través de tres variables: las relaciones familiares disfuncionales, malestar afectivo y pertenencia a redes sociales desviantes. Los resultados son una oportunidad para explorar esta línea de investigación con estudios que establezcan modelos de ecuación estructural e indagaciones con abordaje cualitativo.

Palabras Clave: Relaciones familiares, niño, adolescente, redes sociales, calle

ABSTRACT

Introduction. The negative context and the breaking of family ties are circumstances for children and adolescents are inserted in the street. Environment that makes them vulnerable to health, social and economic risks. Objective. To explore the vulnerability of dysfunctional family relationships, self-esteem, affective distress, use of leisure time, drug use and social networks, street children and adolescents. Materials and method. Predictive cross-sectional design applied to 70 children and adolescents in street situations, with convenience sampling. The analysis included simple and multiple linear regression. Results. The affective discomfort, dependence on tobacco consumption and membership in social networks were presented by the prediction of dysfunctional family relationships. The affective discomfort had a prediction in the use of free time, cocaine consumption and under behavioral control. In turn, membership in deviant social networks predicted severe alcohol consumption. Conclusions. Vulnerability was visible through three variables: dysfunctional family relationships, affective discomfort and membership in deviant social networks. The results are an opportunity to explore this line of research with studies that establish structural equation models and qualitative approaches.

Keywords: Family relationships, child, adolescent, social networks, street

INTRODUCCION

A principios de los años 80's surge un nuevo concepto de niño en familias de extrema pobreza (con impacto en la vida de la población infantil), generando un fenómeno conceptual llamado niño de la calle o en situación de calle, que son menores de 18 años, que viven en zonas urbanas y que llaman la calle (entorno central donde se desarrollan y obtienen habilidades sociales) como su casa principal, suponiendo que ya no viven y tiene lazos familiares, a diferencia del concepto del niño en la calle, es aquel que se pasa el día en la calle, generalmente para ganarse la vida y vuelve al hogar por la noche (1).

Los niños en situación de calle se hallan pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria. Son personas que están en la vía pública, que por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna. (2). Este fenómeno es visto siempre como un problema social significativo. Existe dificultad para cuantificar el número de ésta población, porque deriva de la movilidad y también por el hecho de que el término "niño en situación de calle" puede cubrir muchas y diferentes realidades individuales. (1). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima decenas de millones en total, contando todos los niños en situación de calle que viven y trabajan en las calles. (3)

Investigaciones señalan cifras de esta población, los identificados datan desde los años 80's hasta el año 2015, realizados en diversos países y que dan cuenta de esta problemática reportando la edad, género, vulnerabilidad ante riesgos de salud, social, y económico y factores que inciden en la presencia de esta población en la calle.

Edad promedio y prevalencia de hombres y mujeres en situación de calle. En esta población prevalece la edad adolescente, donde predomina los hombres que las mujeres. Al respecto, en Etiopia un estudio detectó 506 niños en situación de la calle, donde 435 eran hombres (90.8%) y 44 mujeres (9.2%), predominando las edades de 15 a 17 años con un 52.8%. (4). En Nigeria, de las personas que viven en la calle, los adolescentes tienen la mayor proporción (32%). (5).

En América Latina, Colombia a través de una encuesta realizada en diversos departamentos identificó un total de 4.457 niños y niñas adolescentes en situación de calle donde el 81% eran hombres y el 20% mujeres, en edades de 12 a 17 años (81%), seguido de los siete 3años (3.9%). En esta misma encuesta 1.041 niños vivían totalmente en la calle y 3, 416 en instituciones (6). En Perú en

un estudio realizado en 134 niños, la mayoría tenía edades de 12 a 14 años y eran originarios de la capital (72.4%) y solo el 26.9% de provincia. Donde el 76.9% eran hombres y el 23.1% eran mujeres, con una proporción de 3.33 niños de la calle por una niña de la calle. (7).

En Chile en 7 comunidades de una Zona Metropolitana con una muestra de 291 niños con mayor número de hombres (8) y en México con una muestra de 510 niños provenientes de diversas delegaciones (9), se han detectado comportamientos similares en relación al rango de edad en que empezaron a vivir en la calle los niños; de 11 a 15 años (43.3%) seguida de la edad de 5 a 10 años de edad con un 35.2% y 17.5%, respectivamente. Las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) realizado en el año 2010 reportó un total de 16,129 menores vulnerables en la calle (10) y el último censo del Instituto de Asistencia e Integración Social realizado en el 2011-2012 en el Distrito Federal de la Ciudad de México, identificó un universo de 4014 personas en situación de la calle, de los cuales 273 eran niños menores de 17 años, representando el 4% de la población estudiada. (11).

Vulnerabilidad de los niños en situación de calle. La exposición continua de los niños en las calles hace que sean vulnerables en afecciones a la salud y trabajo infantil y ambiental.

En la relación a la salud hay variación en los principales problemas identificados en los niños de la calle según la zona geográfica.

En 506 niños de la calle de Etiopia se reportan principales daños a la salud como enfermedad por malaria (42.6%), seguida de enfermedades del tracto respiratorio (33.1%) y enfermedades diarreicas (4.5%). (4). En 48 niños de la calle de Nepal los problemas de salud más comunes son infestación de piojos en la cabeza (81.2%), cefalea (66,7%), lesiones por cortadas (60,4%), resfriado común (52,1%), caries dental (52%), infección de vías urinarias (47,9%), tos (47,9%), bajo peso corporal (43,8%) (12). En África, en una zona llamada Mauritius en una muestra de 945 niños de la calle, encontró que los principales problemas son mal higiene, alimentación pobre en calidad y exposición a las condiciones de clima (13).

Otros estudios epidemiológicos realizados en países Latinoamericanos como Colombia han detectado problemas de salud como: enfermedades infecciosas y parasitarias (18.3%) y enfermedades del sistema respiratorio (11.8%) (14.). En México, la precariedad de salud en esta población ha sido por enfermedades del tracto respiratorio como gripa y tos (42.6%), seguida de enfermedades gastrointestinales (9.4%), lesiones (5.5%) (9) y enfermedades de transmisión sexual como gonorrea aguda y sífilis (15).

Otras de las afecciones que está inmersa en la vida de los niños en situación de la calle, es la incursión al trabajo infantil para obtener un ingreso económico y sobrevivir, realizando actividades que a veces los exponen a múltiples riesgos. Dentro de los principales trabajos que realizan los niños de la calle y que han sido registrados por la evidencia científica son:

Actividades de bajo riesgo como el comercio ambulatorio, bolero, venta de chicles, limpia parabrisas, (9, 15). En las actividades ocupacionales de alto riesgo para la adquisición económica se reporta la prostitución (16) y ser un medio para el tráfico de drogas (17). Referente a la vulnerabilidad ambiental que se enfrenta estos niños, es el ambiente de riesgo para la adopción de conductas de alto riesgo y no saludables, principalmente los hombres consumen drogas como una actividad recreacional. Las drogas de mayor consumo son los inhalantes (15, 17, 18), alcohol, cigarro y marihuana, la adopción de conductas delictivas como robar o hurtar (16) y comportamiento antisocial en el vecindario (19).

La presencia de los niños en situación de calle. El proceso de cómo sucede la salida del niño (a) a la calle; representa un medio que éste utiliza para alejarse de un contexto doloroso, desafiar a su madre (o a su padre) para comprobar su amor, o buscar una posibilidad de afirmar su identidad en la media en que puede probar y probarse sus habilidades para sobrevivir de manera independiente. Las situaciones de pobreza, violencia y desintegración familiar como causas expulsoras del niño hacia la calle, no son capaces de explicar por sí mismas esta salida, debido a que existen muchos niños que viven bajo estas condiciones y no han salido a la calle. La decisión que lleva al niño a vivir en la calle es generado a partir de un contexto cruzado por diversos factores que constituyen lo que se ha denominado “condiciones familiares expulsoras” agrupadas en seis categorías: económica, social, familiar, identitaria, psicológica y espacial. El niño o la niña que vive en la calle estructura su vida en función de una sola referencia: la sobrevivencia en la calle, para lo cual moviliza e invierte todos sus recursos ya sean físicos, psicólogos, sociales, afectivos, símbolos, etc. (20).

Al respecto los hallazgos empíricos describen el contexto familiar de esta población y la repercusión en el aspecto individual que los lleva a un contexto conductual y ambiental de riesgo.

El perfil familiar descriptivo identificado en 253 niños en edades de 8 a 15 años de edad en situación de calle de Mérida Venezuela, reveló que eran de familias monoparentales y de familias reconstruidas, con nivel educativo familiar de escolaridad básica incompleta y analfabetismo, con ocupación de oficios del hogar, servicios domésticos y obreros, en situación de extrema pobreza cuya

vivienda familiar se caracterizaban por precariedad estructural, hacinamiento y falta de higiene, situado en zonas urbanas y periurbanas, con condiciones ambientales deficientes: servicios públicos insuficientes, con ambiente comunitario caracterizado por alcoholismo, delincuencia, tráfico y venta de drogas. (21).

En Kenia África, la presencia de un miembro familiar consumidor de alcohol tabaco y otro tipo de drogas es un antecedente con el consumo de drogas en estos niños en edades de 10 a 19 años, incrementando conforme aumenta la edad y los años en situación de calle. (22) Incluso han sido introducidos al consumo de drogas por algún familiar, generando un ambiente familiar negativo (23). Otros estudio Canadiense en población en situación de calle en edades de 14-26 años de edad detectó que el antecedente de trauma en la niñez (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia física y emocional) incrementaba el riesgo de intento de suicidio en ellos. (24).

En México un estudio en niños en situación de calle en edades de 9 a 12, reportó que el 28% abandona el hogar por el maltrato físico y el 12% por maltrato emocional y por las adicciones de sus padres, donde estos niños tienen problemas de autoestima media (50%) autoestima baja (40%), bajo control de impulsos (68%), intentado cometer suicidio (44%), hacer cosas de las que se arrepiente (80%), adicciones a los inhalantes (88%), mariguana (58%), tabaco (34%), alcohol (17%) y cocaína (4%). (25).

La evidencia señala que los niños en situación de calle tienen un escenario familiar de pobreza y relaciones problemáticas, convirtiéndolos en sujetos de vulnerabilidad en su desarrollo emocional, imagen positiva de sí mismo, afrontamiento de experiencia difíciles de la vida, aparición de conductas de transgresión, de riesgo a la salud y la estabilidad con el ambiente externo. La escasa investigación en México llevo al interés de indagar a los niños y adolescentes en situación de calle de Coatzacoalcos, Veracruz, a través de los objetivos:

Describir datos sociodemográficos (edad, nivel educativo, actividades para ingreso económico), consumo de drogas, saneamiento ambiental familiar y nivel de autoestima.

Explorar la vulnerabilidad de los niños y adolescentes en situación de calle en cuanto a relaciones familiares disfuncionales, autoestima, malestar afectivo, uso del tiempo libre, consumo de drogas y redes sociales anticonvencionales (amigos).

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo transversal predictivo aplicado a una muestra de 70 niños y adolescentes en situación de calle obtenida a través de un muestreo por conveniencia, debido a que no son una población cautiva; los horarios y lugares de reunión de la población no siempre eran los mismos, identificando que frecuentemente no eran los mismos niños que se reunían en los lugares identificados. Los criterios de inclusión fueron: niños hombres y mujeres en situación de calle sin hogar que definitivamente hubieran roto los vínculos familiares, sobrevivían en la calle y la habían hecho su hogar, menores de 18 años de edad y participación voluntaria en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: estar bajo el efecto del consumo de drogas al momento de la encuesta, presencia de conductas agresivas y que aceptaran participar en el estudio a cambio de retribución económica.

Los niños fueron abordados en sus puntos de reunión en los horarios de 14:00 p.m. y 18:00 p.m., firmaron el consentimiento informado previa invitación y explicación del objetivo del estudio, contestando las encuestas en lugares estratégicos de calle, seleccionado por los investigadores, a fin que el autodiligenciamiento no fuera interferido por distractores de la calle: se colocaba una mesa y sillas para comodidad de los participantes e investigadores.

Para medir las variables del estudio se utilizó una cedula de saneamiento ambiental familiar elaborada para efectos de la presente investigación y dos pruebas estandarizadas y validadas en México. 1.- Cedula de saneamiento ambiental familiar. Comprende ítems que indagaban características físicas y de saneamiento de la vivienda (4 ítems) y entorno del vecindario de la vivienda (3 ítems), con respuesta dicotómica. 2.- Autoestima de Pope.

El instrumento posee cinco subescalas: Escala Global, Escala Académica, Escala Corporal, Escala Familiar, Escala Social. Establece seis tipos de categorías o modalidades de autoestima en función de las puntuaciones directas, lo que permite un análisis cuantitativo de los datos obtenidos. Para el presente estudio, se utilizó la escala corporal, la cual tiene dos conceptos: Percepción de sí mismo de 5 ítem: 1, 2, 4, 5,7 y la percepción de competencia negativa de 4 ítems: 3, 6, 8, 9. La escala tiene respuesta tipo likert.

Para el factor de percepción de sí mismo las respuestas van de 1= nunca o casi nunca, 2= a veces, 3= con frecuencia, 4= con mucha frecuencia. Para el factor de percepción de competencia negativa las respuestas van de 4= nunca o casi nunca, 3= a veces, 2=con frecuencia, y 1= con mucha frecuencia. La escala se califica de 1 a 4. (26). 3.- Use Screening Inventory (DUSI). La versión mexicana es de uso libre y es un instrumento fiable en adolescentes de alto riesgo, para evaluar indicadores de índice de trastornos de ajuste psicosocial y correlatos de

consumo de droga, manteniendo el lapso de medición de la prevalencia y severidad del trastorno de ajuste en 12 meses. Integrado por 8 dominios: Abuso de alcohol/o drogas con 15 ítems, Malestar afectivo con 12 ítems, Bajo control conductual con 14 ítems, Adherencia escolar con 12 ítems, Baja competencia social con 10 ítems, Relaciones familiares disfuncionales con 9 ítems, Pertenencia a redes sociales desviantes (anticonvencionales) con 8 ítems y Aislamiento con 4 ítems. Con una respuesta tipo Likert de casi siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca y nunca, a mayor puntaje mayor problema de ajuste. (27).

Para el presente estudio abordaron seis áreas o dominios:

- 1) Relaciones familiares disfuncionales vinculado al conflicto y violencia intrafamiliar, falta de apego filial y consumo de drogas en la familia.
- 2) Malestar afectivo relacionado a los síntomas de ansiedad y depresión, así como la alta sensibilidad afectiva.
- 3) Bajo control conductual relativo a la conducta problemática, bajo control de impulsos y agresividad hacia objetos, otras personas y hacia los animales.
- 4) Pertenencia a redes sociales desviantes relacionado con la afiliación de amigos con incursión de conductas antisociales y consumo de drogas.
- 5) Uso del tiempo libre
- 6) Abuso de alcohol/drogas referente a la severidad del uso de drogas y síntomas de dependencia.

La valoración de los trastornos de ajuste psicosociales identificados se califica de acuerdo con la proporción de respuestas positivas registradas (indican la presencia de alteraciones), el índice obtenido representa la severidad del problema ya sea global o área (dominio). El Índice de Severidad Global (ISG) ofrece una descripción del desempeño psicosocial del sujeto; se obtiene dividiendo el total de respuesta positivas entre el total de preguntas, multiplicado por diez. El índice de Severidad por Área cada (ISA) se obtiene dividiendo el total de respuestas positivas en cada área entre el número de preguntas correspondientes, multiplicado por diez. Los índices de severidad que se ubican entre 0 equivale a la ausencia de trastornos; 0.1 a 2.5 corresponde a una severidad calificada como baja; entre 2.6 a 5.0 una severidad moderada; entre 5.1 a 7.5 severidad alta y entre 7.5 a 10 a una muy alta. (28).

Se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows para la captura y análisis de los datos; comprendió el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, del saneamiento ambiental, consumo de drogas y autoestima. Se utilizó estadística Regresión Lineal simple y múltiple para identificar la vulnerabilidad de los niños y adolescentes en situación de calle a través de la predicción de las variables del estudio; el primer análisis implicó la regresión lineal simple entre las variables, el segundo análisis fue a través de la regresión lineal múltiple a fin de descubrir

las variables finales que predicen la vulnerabilidad del niño y adolescente en situación de calle. El termino predictor no se utiliza para predecir resultados de causa efecto, más bien, es utilizado en sentido estadístico para destacar los valores de una variable cuantitativa a partir de los valores de la varianza de otra (s) variable (s) explicativa.

RESULTADOS

El análisis descriptivo reveló que en situación de calle predominan los hombres (26.3%) que mujeres (10.5%). La edad mínima fue de 9 años y la máxima de 17 años, con una media de 14 años. Primordialmente tres niveles educativos fueron identificados; primaria completa (42%), primaria incompleta (39.5%) y secundaria completa (13.2%).

Las principales actividades que realizan para obtener ingresos económicos son limpiar parabrisas de carros (42 %), pedir dinero a la gente (21.1%), tapador de baches de calles (17%) y vender dulces (15%).

En cuanto al consumo de drogas legales en los niños y adolescentes en situación de calle se obtuvo los siguientes datos: la edad de inicio de tabaco tuvo una edad mínima de 9 años y máxima de 17 años, con una media de 12.6 años. El 90.9% son consumidores de tabaco; de los cuales el 81.8% tiene una frecuencia diaria de consumo y de éstos el 77.3% ha consumido más de 5 cajetillas de cigarro en el último mes. La edad mínima para el consumo de alcohol fue de 10 años con una máxima de 16 años y una media de 12.6 años.

El 55.3% consumen alcohol con un consumo de más de 5 veces en el último mes, ingiriendo tres o más copas por ocasión. Se identificó el consumo de tres principales drogas ilegales; mariguana, cocaína e inhalantes. La edad de inicio mínima de consumo de mariguana fue de 10 años con una máxima de 15 años y una media de 12.8 años. El consumo de inhalantes lo inician a una edad mínima de 11 años con una máxima de 17 años y una media de 13.5 años y la edad mínima de inicio de consumo de cocaína fue a los 15 años con una máxima de 16 y una media de 15.5 años.

El 100% de los entrevistados reporto consumo de mariguana en el último mes, a su vez el 57.1% de estos consumidores también consumen inhalantes y cocaína (9.5%) en el último mes. Respecto a las características del saneamiento ambiental familiar, el 68.5% señaló que la vivienda donde residían se caracterizaba por problemas de saneamiento (falta de higiene y ventilación), precariedad en el número de habitaciones (1 o 2) y ubicadas en colonias con violencia e inseguridad. En los niveles de autoestima se identificó que los niños y adolescentes en situación de calle reportan baja percepción de sí mismo (no

gustarle la forma en que se ven, de cómo son, sentirse fracasado y no ser feliz de cómo son) con un 47,36%, seguido de percepción media (34.22%) y alta (18.42). Por último, el 52.64% tiene baja percepción de competencia negativa (sentirse fracasado, querer ser otra persona, mala opinión de sí mismo y pensar que sus padres serian felices si él fuera otra persona), el 34.21% tiene media percepción y el 13.15% tiene alta percepción.

De acuerdo a los criterios establecidos para evaluar el ISA se obtuvo lo siguiente: las Relaciones familiares disfuncionales tuvieron severidad muy alta (8.2) y el Malestar afectivo, Bajo control conductual, Pertenencia a redes sociales desviantes y Abuso de alcohol/drogas una severidad alta, con un 7.3, 7.2 y 6.9, respectivamente.

Tabla 1. Variables predictoras en los niños y adolescentes en situación de calle.

Variable predictora	Variable dependiente	β	t	R^2	F	
Relaciones familiares disfuncionales	Autoestima (<i>Percepción de sí mismo</i>)	.334	1.804	.111	3.256	
	Autoestima (<i>Percepción de competencia negativa</i>)	.242	1.271	.058	1.615	
	Malestar afectivo	.831	7.609	.690	57.903**	
	Uso del tiempo libre	.632	4.161	.400	17.314**	
	Bajo control conductual	.818	7.261	.670	52.724**	
	Pertenencia a redes sociales desviantes	.738	5.576	.545	31.090**	
	Consumo de tabaco	.531	3.072	.282	9.440*	
	Dependencia consumo de tabaco	.729	5.222	.532	27.268**	
	Consumo de alcohol	.078	.400	.006	.160	
	Consumo severo de alcohol	.526	2.694	.276	7.255*	
	Consumo de marihuana	.312	1.674	.097	2.803	
	Consumo de inhalantes	.336	1.820	.113	3.312	
	Consumo de cocaína	-.579	-3.622	.335	13.118**	
Autoestima (<i>Percepción de sí mismo</i>)	Malestar afectivo	.258	1.360	.066	1.849	
	Uso del tiempo libre	.363	1.983	.131	3.934	
	Bajo control conductual	.357	1.947	.127	2.792	
	Pertenencia a redes sociales desviantes	.289	1.540	.084	2.373	
	Consumo de tabaco	.104	.512	.011	.262	
	Dependencia tabaco	.106	.523	.011	.273	
	Consumo de alcohol	-.020	-.102	.000	.010	
	Consumo severo de alcohol	.122	.537	.015	.288	
	Consumo de marihuana	.243	1.276	.059	1.629	
	Consumo de inhalantes	.154	.796	.024	.634	
	Consumo de cocaína	-.187	-.971	.035	.942	
	Autoestima (<i>Percepción competencia negativa</i>)	Malestar afectivo	.293	1.560	.086	2.434
		Uso del tiempo libre	.265	1.402	.070	1.966
Bajo control conductual		.276	1.464	.076	2.144	
Pertenencia a redes sociales desviantes		.253	1.336	.064	1.785	
Consumo de tabaco		-.065	-.321	.004	.103	
Dependencia tabaco		-.062	-.306	.004	.093	
Consumo de alcohol		.161	.832	.026	.693	
Consumo severo de alcohol		.070	.307	.005	.094	
Consumo de marihuana		.156	.807	.024	.651	
Consumo de inhalantes		-.180	-.933	.032	.871	

Malestar afectivo	Consumo de cocaína	-.238	-1.250	.057	1.562
	Autoestima (<i>Percepción de sí mismo</i>)	.258	1.360	.066	1.849
	Autoestima (<i>percepción de competencia negativa</i>)	.293	1.560	.086	2.434
	Uso del tiempo libre	.672	4.623	.451	21.372**
	Bajo control conductual	.864	8.768	.747	76.873**
	Consumo de tabaco	.407	2.185	.166	4.776*
	Dependencia consumo de tabaco	.390	2.075	.152	4.307*
	Consumo de alcohol	.156	.806	.024	.650
	Consumo severo de alcohol	.339	1.568	.115	2.459
	Consumo de marihuana	.266	1.405	.071	1.975
	Consumo de inhalantes	.263	1.388	.069	1.927
Uso del tiempo libre	Consumo de cocaína	-.702	-.702	.492	25.223**
	Autoestima (<i>Percepción de sí mismo</i>)	.035	.180	.001	.032
	Autoestima (<i>percepción de competencia negativa</i>)	-.174	-.902	.030	.814
	Malestar afectivo	-.245	-1.286	.060	1.655
	Bajo control conductual	-.308	-1.651	.095	2.726
	Pertenencia a redes sociales desviantes	.503	2.971	.253	8.825
	Consumo de tabaco	-.125	-.616	.016	.380
	Dependencia consumo de tabaco	-.051	-.250	.003	.062
	Consumo de alcohol	.127	.653	.016	.426
	Consumo severo de alcohol	-.085	-.373	.007	.139
	Consumo de marihuana	.245	1.290	.060	1.665
Bajo control conductual	Consumo de inhalantes	.205	1.069	.042	1.142
	Consumo de cocaína	.121	.623	.015	.389
	Malestar afectivo	.864	8.768	.747	76.873**
	Autoestima (<i>percepción de sí mismo</i>)	.357	1.947	.127	3.792
	Autoestima (<i>percepción de competencia negativa</i>)	.276	1.464	.076	2.144
	Pertenencia a redes sociales desviantes	.645	4.307	.416	18.551**
	Uso del tiempo libre	.626	4.096	.392	16.779**
	Consumo de tabaco	.409	2.197	.167	4.828*
	Dependencia consumo de tabaco	.428	2.323	.184	5.397*
	Consumo de alcohol	-.095	-.486	.009	.237
	Consumo severo de alcohol	.399	1.896	.159	3.595
Pertenencia a redes sociales desviantes	Consumo de marihuana	.309	1.657	.096	2.746
	Consumo de inhalantes	.041	1.393	.069	1.949
	Consumo de cocaína	.264	-3.730	.349	13.913**
	Malestar afectivo	.649	4.350	.421	18.923**
	Autoestima (<i>percepción de sí mismo</i>)	.289	1.540	.084	2.373
	Autoestima (<i>percepción de competencia negativa</i>)	.253	1.336	.064	1.785
	Bajo control conductual	.645	4.307	.416	18.551**
	Uso del tiempo libre	.503	2.971	.253	8.825*
	Consumo de tabaco	.498	2.817	.248	7.934*
	Dependencia consumo de tabaco	.661	4.315	.437	18.622**
	Consumo de alcohol	-.070	-.356	.005	.127
Consumo severo de alcohol	.564	2.980	.319	8.880*	
Consumo de marihuana	.392	2.171	.153	4.713	
Consumo de inhalantes	.373	2.051	.139	4.207	
Consumo de cocaína	-.260	-1.373	.068	1.886	

*p<.05, **p<.000.

Nota. Las relaciones familiares presentaron predicción significativa con el consumo de tabaco y consumo severo de alcohol pero con bajo nivel de variación explicada

explicada (28.2% y 27.6%), respectivamente. El Malestar afectivo tiene predicción en el variables de Consumo de tabaco y Dependencia al consumo de tabaco, pero con baja variación explicada: 16.6% y 15.2%, respectivamente. El Bajo control conductual tiene predicción en el Consumo de tabaco y Consumo de alcohol pero con baja variación explicada; 16.7 y 18.4%, respectivamente. La variable Pertenencia a redes sociales desviantes aunque muestra significancia predictiva tiene baja explicación para el Uso del tiempo libre (25.3%) y Consumo de tabaco (24.8%).

Los predictores significativos en la vulnerabilidad del niño en situación de calle a través del primer análisis de regresión lineal simple son presentados en la tabla 1. La examinación identificó que la vulnerabilidad del niño y adolescente está presente a través del Uso del tiempo libre, Bajo control conductual, Malestar afectivo, Pertenencia a redes sociales desviantes, Consumo de cocaína, Dependencia al consumo de tabaco y Consumo severo de alcohol, que son significativas y explicadas por más de una variable.

Con base a los hallazgos del primer análisis, se llevó la segunda examinación a través de la regresión lineal múltiple en las variables que mostraron predicción en el Uso del tiempo libre, Bajo control conductual, Malestar afectivo, Pertenencia a redes sociales desviantes, Consumo de cocaína Dependencia al consumo de tabaco y Consumo severo de alcohol, a fin de identificar cuál tenía mayor aportación resultando los siguientes modelos:

El primer análisis identificó cuatro variables que señalan la vulnerabilidad del niño y adolescente en el uso del tiempo libre, con base a estos resultados se analizaron estas variables (tabla 2). La inclusión de estas variables en un modelo no son determinantes, pero al extraer del modelo la variable Bajo control conductual y Pertenencia a redes sociales desviantes, se identifica que el Malestar afectivo es la variable t (1.805) que aporta significancia en la vulnerabilidad del Uso del tiempo libre ($p < .05$) con el 46.9% de la variación explicada.

La vulnerabilidad al Consumo de cocaína estuvo presente en el primer análisis a través de la Relaciones familiares disfuncionales, Malestar afectivo y Bajo control conductual. La inserción de estas tres variables a un modelo (tabla 3) es significativo ($p < .000$) y explica el 49.3% de la varianza del Consumo de cocaína con base al Malestar afectivo t (-2.355). Con base al resultado previo (tabla 1) que detectó a las Relaciones familiares disfuncionales, la Pertenencia a redes sociales desviantes y el Malestar afectivo como predictores del Bajo control conductual, condujo a la examinación de estas variables en un solo modelo (Tabla 3), demostrando que el 78.1% de la varianza explicada del Bajo control conductual es en función al Malestar afectivo t (3.422).

Por otra parte, la propuesta de otro modelo para tres de las variables que presentaron en el primer análisis contribución predictiva en el malestar afectivo,

confirmando que las relaciones familiares disfuncionales $t(3.422)$ es la que tiene capacidad predictiva en esta vulnerabilidad con el 79.4% de la varianza explicada (tabla 3).

Tabla 2. Variables predictoras en la vulnerabilidad del uso del tiempo libre en niños y adolescentes en situación de calle.

Variables predictoras	Variable dependiente	B	t	R ²	F
Relaciones familiares disfuncionales	Uso del tiempo libre	.184	.569	.472	5.136
Malestar afectivo		.412	1.234		
Bajo control conductual		.095	.292		
Pertenencia a redes sociales desviantes		.040	.176		
Relaciones familiares disfuncionales	Uso del tiempo libre	.240	.915	.469	11.038
Malestar afectivo		.473	1.805*		

Nota. * $p < .05$, ** $p < .000$

Tabla 3. Variables predictoras en la vulnerabilidad del consumo de cocaína, bajo control conductual y malestar afectivo en niños y adolescentes en situación de calle.

Variables predictoras	Variable dependiente	B	t	R ²	F
Relaciones familiares disfuncionales	Consumo de cocaína	-.009	-.034	.493	7.794
Malestar afectivo		-.752	-2.355**		
Bajo control conductual		.068	.219		
Relaciones familiares disfuncionales	Bajo control conductual	.295	1.517	.781	28.459
Pertenencia a redes sociales desviantes		.044	.310		
Malestar afectivo		.591	3.422**		
Relaciones familiares disfuncionales	Malestar afectivo	.555	3.422**	.794	30.771
Bajo control conductual		.355	1.934		
Pertenencia a redes sociales desviantes		.207	.207		

Nota. * $p < .05$, ** $p < .000$

Por último, la regresión procesada en tres modelos (Tabla 4) que incluyeron a las variables que tuvieron inicialmente datos predictivos en la Dependencia al consumo de tabaco, Consumo severo de alcohol y Pertenencia a Redes sociales desviantes, señala a las Relaciones familiares disfuncionales como determinante en la vulnerabilidad de la dependencia del Consumo de tabaco y Pertenencia a redes sociales desviantes con el 56.7% y el 55% de la variabilidad respectivamente. Por otra parte, la Pertenencia a redes sociales desviantes es la variable que explica el 31.9% de la varianza (con baja variación) del Consumo severo de alcohol.

Tabla 4. Variables predictoras en la vulnerabilidad de la Dependencia de consumo de tabaco, Consumo severo de alcohol y Pertenencia a redes sociales desviantes.

Variables predictoras	Variable dependiente	B	t	R ²	F
Relación familiares disfuncionales Pertenencia a redes sociales desviantes	Dependencia al	.529	2.628*	.567	15.057
	consumo de tabaco	.275	1.365		
Relación familiar disfuncional Pertenencia a redes sociales desviantes	Consumo severo	.005	.009	.319	4.206
	de alcohol	.560	1.055*		
Relaciones familiares disfuncionales Bajo control conductual	Pertenencia a redes sociales desviantes	.635	2.721 *	.550	15.263
		.125	.536		

Nota. *p<.05, **p<.000

DISCUSIÓN

Considerando que la expulsión del niño y adolescente del hogar hacia la calle es un problema tanto a nivel nacional como internacional, los resultados que se plasman son importantes debido a que son escasas las indagaciones de esta población en México y no hay publicadas o archivadas en la región sur de Veracruz. Predominaron los adolescentes en situación de calle, con mayor proporción de hombres que mujeres y con baja escolaridad, acorde al censo catastral en Chile, el cual informa que la población menor de 18 años en situación de calle, es prevalente en los hombres que las mujeres. (29), así como es consistente con otras investigaciones que señalan que los adolescentes predominan en situación de calle (30,31) o es en esta etapa de la vida cuando deciden salir del hogar e insertarse a la calle (32).

Hubo alta proporción de consumo de tabaco con datos de dependencia, así como abuso de alcohol en los niños y adolescentes en situación de calle, este tipo de consumo de drogas consistentemente es reportado por otros estudios que han indagado a este tipo de población. (33, 34, 35).

El consumo de mariguana estuvo presente en todos los participantes de este estudio, con la incursión al consumo de esta droga en edad promedio similar al consumo de tabaco y alcohol (12 años), más del 50% consumían a la vez inhalantes y solo el 9% cocaína, aunque la edad de inicio de consumo de éstas drogas es más tardía en comparación al consumo de mariguana.

Particularmente, es posible que a medida que dura el involucramiento del niño en la calle se aumente el riesgo a comprometerse en el consumo de drogas y la vida en la calle. (22). Kandel D., Yumaguchi K., Chen Kevin (1992) afirmaron que el consumo de tabaco y/o el alcohol puede ser la puerta de entrada

(Gateway) que facilite el comienzo del consumo a las drogas ilegales como la marihuana, que a su vez, puede ser la puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales (36). Pero Fleming R. et al, en 1989 expusieron que aun cuando la existencia de un orden temporal sugiera una vinculación entre el consumo precoz de droga como el alcohol o tabaco y el uso posterior a otras drogas legales, esta trayectoria o transición en el consumo no puede establecerse como una cadena causal, sino solo como una posibilidad.(37).

Estas posibilidades han sido reportadas; se ha encontrado que el consumo de alcohol semanal a la edad de 13 años se asocia con una mayor probabilidad de pertenecer al grupo de adolescentes con escalada inicial de consumo de cigarrillos (38), así como la intensidad del uso de alcohol y la dependencia al consumo de tabaco tiene asociación lineal en la transición al consumo de otras drogas (incluida el consumo problemático), pero ninguna asociación con la progresión al consumo problemático (39).

Por lo tanto, se puede plantear que la dependencia al consumo de tabaco y consumo alcohol en los niños y adolescentes en situación de calle pueden ser solo facilitadores hacia la posible progresión al consumo de drogas ilegales, donde éste consumo puede tener como antecedente la interacción de otros factores que estén siendo consistentes y que pueden ser decisivos para la transición en adoptar este comportamiento de consumo de drogas legales a las ilegales.

Un estudio cualitativo con perspectiva etnográfica realizado en Nairobi, Kenya describe que los motivos que han llevado a los niños en situación de calle a inhalar pegamento es en gran medida con el fin de evitar pensar en la familia, quitar el estrés del pasado familiar que los condujo a insertarse a la calle y el estrés que ha generado lidiar la vida diaria en la calle, así como a ver la vida más fácil, embotar sus sentidos contra las condiciones intolerables de la vida en la calle, incluso permanecer bajo el efecto del pegamento les ayuda a lidiar con la pérdida de la dignidad (estar sucio y sin bañarse) por vivir en la calle, jugando un papel importante en la creación de una red social (ser aceptado) y sentido de pertenencia dentro de la cultura de la calle. (40).

Los resultados en este estudio señalan que los participantes provienen de familias en pobreza e inmersas en ambiente comunitario de violencia e inseguridad y con alta severidad de una historia de Relaciones familiares disfuncionales (conflicto y violencia intrafamiliar, falta de apego filial y de paternidad, consumo de drogas en la familia), coexistiendo éste antecedente familiar como predictor significativo en tres variables: Dependencia al consumo de tabaco, Malestar afectivo (síntomas de ansiedad y depresión, así como la alta

sensibilidad afectiva) y Pertenencia a redes sociales desviantes (afiliación de amigos con incursión de conductas antisociales y consumo de drogas).

Las Relaciones familiares disfuncionales como determinantes en la vulnerabilidad de la dependencia al Consumo de tabaco, es consistente a otros reportes de evidencia científica que demuestran que los antecedentes de relaciones familiares de maltrato en la niñez de tipo físico, emocional y negligencia lleva al consumo de tabaco (41, 42.) y que el abuso físico familiar sufrido en la niñez se asocia positiva y directamente con el uso de alguna sustancia en personas en situación de calle, demostrando que puede ser un efecto negativo a largo plazo por la violencia física en la infancia, donde el consumo de sustancias sea un recurso de automedicación para hacer frente a estas experiencias negativas que sufrieron antes de salir del hogar e insertarse a la calle. (43)

En relación a la variable de Malestar afectivo indagaciones confirman que antecedentes familiares de abuso físico y emocional durante la niñez son predictores de síntomas de ansiedad (44) y depresión en adolescentes en situación de calle (45, 46). Incluso, la dinámica familia negativa tiene predicción directa en la presencia de depresión de este tipo de población (47). Evans G y Kim P (2013), señalan que hay un vínculo entre la pobreza y los problemas de dinámica familiar con impacto en el desarrollo humano; las familias con bajo ingreso pueden ser propensas a la hostilidad, conflictos y usar el castigo físico que aquellas familias con mayor ingreso económico, incluso existe menos responsabilidad de paternidad, incluyendo menos atención y apoyo social a las necesidades emocionales de los niños así como menos apoyo instrumental, tales como ayudarlo en las tareas de la escuela o menos suministro de asistencia material. Por ende, estos niños desfavorecidos y en pobreza deben lidiar con una amplia gama de factores estresores que dañan su sistema regulatorio biológico y psicológico. (48). Estos planteamientos indican que la pobreza familiar con dinámica conflictiva incrementa el Malestar afectivo (síntomas emocionales y conductuales de riesgo) en los niños y que pueden tener efectos negativos en la salud mental en la adolescencia y en vida adulta.

Respecto a la variable Pertenencia a redes sociales desviantes y las relaciones familiares disfuncionales, se confirma que la afiliación de los adolescentes con amigos de alto riesgo tiene como predictor los antecedentes de un contexto familiar rodeado de un vecindario de riesgo, con bajo apoyo materno, falta de control parental (49) y la asociación con la exposición durante la niñez con madres depresivas. (50). Inclusive, la evidencia muestra que aunque hay relación entre un vecindario de riesgo y la alineación a redes sociales desviantes (amigos), donde la ineffectividad familiar en la paternidad es la principal en explicar el vínculo hacia los pares desviantes (51).

La ruptura familiar y salida del niño del hogar, convierte a los pares (amigos) en la red de apoyo primario, proporcionando apoyo y protección, para afrontar la adversidad del estilo de vida de la calle, sin embargo, con la desventaja de emular los comportamientos desviantes (vida delictiva y consumo de drogas) de los pares.

En los resultados, los niños en situación de calle presentaron problemas de Malestar afectivo con predicción en el bajo Control conductual (conducta problemática, bajo control de impulsos y agresividad hacia objetos, otras personas y hacia los animales), Uso del tiempo libre y Consumo de cocaína. Ciertamente el riesgo de problemas de salud mental está presente en las personas en situación de calle, quienes experimentan más eventos estresantes y exhiben más síntomas psicológicos (52), tienen altas tasas de problemas psicológicos y dificultades de ajuste y problemas de conducta social (53). Sin embargo, los resultados de esta investigación difieren de lo planteado por otras indagaciones; que señalan que los problemas de bajo control conductual, son por la experiencia de violencia familiar y problemas sociales que suele acompañar a las personas sin hogar, incrementando el riesgo de conductas autodestructivas y asociado a comportamientos delictivos y la victimización de otros (54) y que la familia es la variable que tiene efecto directo en las conductas agresivas en adolescentes, favoreciendo mayor afiliación a los amigos rebeldes y a las condiciones negativas del barrio (55).

La vulnerabilidad del Malestar afectivo en lo niños en situación de calle puede estar apoyada a través de una vía causal de factores. Golstein A, et al, (2011) plantean que un diagnóstico de sintomatología depresiva, ansiedad y estrés, en conjunto con otros síntomas como la disociación y la ira, pueden jugar un papel significativo y que éstos pueden ser particularmente importantes cuando se consideran los mecanismos que vinculan al niño con antecedentes de un ambiente de maltrato y abuso de drogas. Incluso, sugieren que sentimientos de internalización (depresión, ansiedad, etc.) y la ira principalmente, puede incrementar la vulnerabilidad del uso de drogas ilícitas entre los adolescentes. Planteando, que estos sentimientos de ira y de internalización pueden ser reflejo de sentimientos de vergüenza asociada con los antecedentes de un ambiente de maltrato o de sentimientos que el mundo es un lugar injusto, por ende, el uso de drogas puede ser una manera de afrontar los sentimientos de ira e internalización. (56).

La evidencia apoya que hay fuerte relación entre la exposición prolongada de abuso o disfunción en el hogar durante la niñez con los problemas de salud mental y con el consumo problemático de drogas, donde la depresión, ansiedad

y estrés son un camino mediador a través del cual el ambiente familiar de maltrato en la niñez puede llevar al progreso del uso de drogas. (57).

Por último, La pertenencia a redes sociales desviantes, emergieron como importante predictor en el consumo severo de alcohol. Este resultado es consistente con previa investigación, que señala la red social, en particular los pares con consumo de alcohol, predicen los síntomas de abuso de alcohol entre adolescentes que recientemente están sin hogar. (58).

El vínculo entre estas variables puede reflejar la interacción o incorporación de otras variables que potencializan estos resultados. Se argumenta que los jóvenes sin hogar se separan y frecuentemente se desconectan de sus familias, alineándose a redes de amigos, quienes proporcionan protección, conocimiento de cómo sobrevivir en las calles y apoyo emocional, por lo tanto, el amigo de la calle es la fuente principal que se utiliza para asegurar recursos y mantener la seguridad, pero aumenta la participación en conductas socialmente desviantes, que los jóvenes absorben como un estilo de vida, haciendo más difícil la relación con la sociedad. (59).

CONCLUSIÓN.

La vulnerabilidad del niño adolescente en situación de calle se hizo visible a través de tres variables predictoras: las relaciones familiares disfuncionales, malestar afectivo y pertenencia a redes sociales desviantes. Los resultados son una oportunidad para continuar esta línea de investigación con estudios que establezcan modelos hipotéticos de ecuación estructural incluyendo las mismas variables para detectar relaciones directas e indirectas y variables mediadoras que llevan a la vulnerabilidad de esta población. Así también la comprensión de quiénes son y qué les lleva a vivir en las calles y permanecer ahí, plantea la indagación de la problemática en hombres y mujeres en relación a la trayectoria del contexto familiar y la ruptura de los lazos familiares hacia la inserción a la calle, con abordaje cualitativo y/o cuantitativo.

Aun cuando predominen los hombres viviendo en esta problemática de calle, es necesario investigar el afrontamiento de las mujeres para sobrevivir en las calles. Lenta M (2013) través de un estudio cualitativo describe que en los niños en situación de calle hay estereotipos tradicionales de género vigentes entre chicos y chicas al momento de proyectar estrategias de supervivencia, porque sobrevivir en un territorio hostil de la calle es un desafío vinculado a los atributos masculinos “fuerza, violencia, resistencia”. (60).

Esta población es considerada un problema que principalmente sufren países en desarrollo, pero ellos no son un problema, más bien es del entorno, del

mundo globalizado donde pocos tienen oportunidades de vida digna. Ofrecer apoyo a niños requiere primero acceso a los niños y aceptación de ellos; la construcción de una relación de confianza es elemento esencial y requisito previo para cualquier ayuda e implica intervenciones de emergencia en las calles, centros de refugio y un proceso de reintegración con la participación a muy largo plazo (61), incluyendo una mezcla de grupo multidisciplinario médico, psicología, trabajo social y de enfermería familiar, donde el protagonismo de la disciplina se inclina en el proceso de renovación de lazos familiares, porque es necesario como un medio para tratar de obtener una mejor comprensión de la situación de esta población y trabajar el problema con enfoque de la fortaleza familiar. Esta manera es un acercamiento distinto a la base de problema de los niños y adolescentes en situación de calle.

CONFLICTO DE INTERES

Ninguno declarado.

FINANCIACION

No presenta

AGRADECIMIENTOS

A los participantes y a la universidad por su apoyo.

REFERENCIAS

1. O'Haire, HE. Living on the Streets: The Street Children of Brazil. *Inquiries Journal* 2011; 3(04): 1 Retrieved from <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=506>
2. Jouannet A. Personas en situación de calle. Una oportunidad para nuestro país. *Trabajo Social*. 2008;75:9-16
3. The United Nations Children's Fund. The State of the World's children, Excluded and Invisible. 3 United Nations Plaza New York, NY 10017, USA. 2006.
4. Sorsa S, Kidanemariam F, Erosie L, Health problems of street children and women in awassa, Southern Ethiopia L. *Journey Health Dev*. 2002;16 (2):129-137.
5. Olufunke BR. Case Study: Prevalence And Consequences Of Streets Begging Among Adults And Children In Nigeria, Suleja Metropolis. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:323 – 333.
6. Instituto colombiano de bienestar familiar. Colombia. Caracterización social y cuantificación de niños, niña y adolescente en situación de calle. Editor Sistemas Especializados de Información S.A. SEI S.A. Primera edición marzo 2007. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals>
7. Vara HA., "Informe estadístico del primer censo de los niños de la calle". Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM), Lima Perú. 2007.
8. Montes J. Niños, niñas y adolescentes en situación de calle. *Revista de Trabajo Social*. 2008; 75:49-54.

9. Makowski S. Flores J. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de Calle. Elementos para repensar las formas de intervención. Cd. de México.2008. Disponible en: <http://revistarayuela.ednica.org>
10. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Instituto de asistencia e integración social. Cd. México. Censo "Tú también cuentas". 2011. Disponible en: http://www.copred.df.gob.mx/wb/copred/poblacion_en_situacion_de_cale
11. Instituto de Asistencia e Integración Social. "Tú también cuentas, Censo 2011-2012". <http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/CENSO%20tu%20tambien%20cuentas%202011-2012%20n.pdf>.
12. Thapa K, Ghatane S, Rimal S, Health problems among the street children of dharan municipality. Kathmandu. Univ Med J. 2009; 7 (27): 272-279.
13. Fonkwo NP, Hosenally M, Ferhat I, Putty R, Studio on street children in mauritius. Mauritius Family Planning & Welfare Association. 2011. Disponible en: http://safirengo.org/assets/pdf/thematic/Report_on_Street_Children.pdf
14. Muñoz El., Noreña HC, Londoño BE, Rojas AC. Morbilidad atendida y conductas de riesgo de la niñez en situación de calle de Medellín, 2008. Rev Salud Publica. 2011;13(2);207-218.
15. Montoya AJ. Menores en situación de calle en la ciudad de Toluca. Papeles de Población. 2006; 12 (48):247-280.
16. Goedert J. Three-year incidence of AIDS in five conorts of HTLV-III infected Risk group member. Science. 1986; 231(4741);992-995.
17. Senaratna BC, Wijewardana BV. Risk behaviour of street children in Colombo. Ceylon Medical Journal. 2012; 57(3); 106-111.
18. Ortiz CA. Dominguez GM., Palomares CG. El consumo de solventes inhalables en la festividad de San Judas Tadeo. Salud Mental 2015; 38(6):427-432.
19. Banda C., Frias A., 2006). Banda C, Frías A, Menores indigentes: factores personales y comunitarios que se vinculan con la violencia en la calle. Univ. Psychol. [online]. 2006;5(1);85-100.
20. Luchini R., Entre fugue et expulsion. L' Enfant de la rue: carriere, defite et sorte de la rue. 2004. Disponible en: <http://www.unifr.ch/socsem/Fichiers%20PDF/Entre%20fugue%20et%20expulsion.pdf>
21. Mendoza L, Hernández K, Aguilar D, Peña E., Perfil de las familias de niños y adolescentes en situación de calle. Mérida, Venezuela. Archivo en Medicina Familiar. 2011; 13(2): 35-44.
22. Embleton L, Ayuku D, Atwoli L, Vreeman R, Braitstein P: Knowledge, attitudes, and substance use practices among street children in western Kenya. Subst Use Misuse 2012; 47(11):1234–1247.
23. Embleton L, Atwoli L, Ayuku D, Braitstein P, 2013. Barriers to and Facilitators of Drug use Cessation among Street Children and Youths in western Kenya. The Journey of Addiction: 2013;8(1):1-10.
24. Hadland SE, Wood E, Dong H, Dong H, Marshall BD, Kerr T, Montaner JS, Debeck K, Suicide Attempts and Childhood Maltreatment Among Street Youth: A Prospective Cohort Study. Pediatrics. 2015;136(3):1-10.
25. Martínez P, Rosete M, De los ríos R., Niños de la calle: autoestima funcionamiento Yoico. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2007: 12 (2); 367-384.
26. Unikel S, Gómez P, Bojorquez C. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
27. Díaz B, González S, García R, Adaptación del Drug Use Screening Inventory para su aplicación con adolescentes mexicanos. Adicciones. 2006; 18 (2): 197-210.

28. Rodríguez K, Arellanez H, Diaz N, González S, Ajuste psicosocial y consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Prevención, Subdirección Investigación. Informe de Investigación. México, 1998. 97-27
29. Ministerio de Desarrollo Social. En Chile todos contamos: segundo catastro nacional de personas en situación de calle. 2012. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
30. González N, López F, Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *Psicología y Salud*. 2012;22 (1):49-62.
31. National Commission For Children. The situation of Street in Rwanda: prevalence, causes and remedial measures. 2012. disponible en: http://ncc.gov.rw/fileadmin/templates/document/the_situation_of_street_children_in_rwanda.pdf
32. Tyler K, Schmitz R, Family Histories and Multiple Transitions Among Homeless Young Adults: Pathways to Homelessness. *Child Youth Serv Rev*. 2013; 35 (10):719-1726.
33. Nada KH, Suliman el DA: Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of greater Cairo and Alexandria, Egypt. *AIDS* 2010, 24:(Suppl 2); 39–44.
34. Embleton L, Mwangi A, Vreeman R, Ayuku D, Braitstein P, The epidemiology of substance use among street children in resource-constrained settings: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013;108(10):1722-1733.
35. Asante KO, Meyer WA, Petersen I, 2014 Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. *Substance Abuse Treatment Prevention, and Policy*. 2014; 9(45); 1-9.
36. Kandel D, Yumaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 1992; 53(5):447-457.
37. Fleming R, Leventhal H, Glynn K, Ershler J. The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. *Addictive Behaviors*. 1989; 14(3):261-272.
38. Rosendahl KI, Galantil MR, Predictors of Early and Late Escalation of Smokeless Tobacco Use and Cigarette Smoking Among Swedish Adolescents, *The Open Addiction Journal*. 2010;3, 50-54.
39. Compton WM, Dawson DA, Brodsky M, Grant BF. Transitions in Illicit Drug Use Status Over 3 Years: A Prospective Analysis of a General Population Sample. *Am J Psychiatry* 2013; 170(&):660–670.
40. Cottrell-Boyce J. The role of solvents in the lives of kenyan street children: an ethnographic perspective, *African Journal of Drug & Alcohol Studies*. 2010; 9(2):93-102.
41. Tonmyr L, Thornton T, Draca J, Wekerle C. A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*. 2010; 6(3)223–234.
42. Singh VA, Thornton T, Tonmyr L. Determinants of substance abuse in a population of children and adolescents involved with the child welfare system. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2011; 9 (4):382–397.
43. Tyler KA, Melander L, Child abuse, Street victimization, and substance use among homeless Young adults. *Youth and Society*. 2015; 47(4)502-519.
44. Burim S, Dos Santos B, Rosenheck RA, Scivoletto S. Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. *Clinical Science*. 2013; 68(8): 1096-1102.
45. Hadlan SE, Marshall BD, Kerr T, Qi J, Montaner JS, Wood E. Suicide and history of childhood trauma among Street youth. *J Affect Disord*. 2012;136(3):377-380.

46. Tsai J., Rosenheck RA, Conduct disorder behavior, childhood family instability and childhood abuse as predictors of severity of adult homelessness among American veterans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(3):477-486.
47. Stein J., Burden L, Nyamathi A., Relative contributions of parent substance 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 Negl.* 2002; 26(10):1011-1027.
48. Evans GM, Kim P. Childhood Poverty, Chronic Stress, Self-Regulation, and Coping. *Child Development Perspectives.* 2013;7 (1): 43–48.
49. Deutsch AR, Crockett LJ, Wolff JM, Russell ST, Parent and Peer Pathways to adolescent delinquency: variations by ethnicity and neighborhood context. 2012; 41(8):1078-1094.
50. Shaw DS, Hyde LW, Brennan LM, Early predictors of boys' antisocial trajectories. *Development Psychopathology.* 2012; 24 (3):871-888.
51. Chung HL, Steinberg L. Relations Between Neighborhood Factors, Parenting Behaviors, Peer Deviance, and Delinquency Among Serious Juvenile Offenders. *Developmental psychology.* 2006; 42(2):319-331.
52. Whitbeck, LB, Hoyt, DR. Nowhere to grow: Homeless and runaway adolescents and their families. New York: Aldine de Gruyter. 1999.
53. Zlotnick C, Tam T, Zerger, S. Common needs but divergent interventions for U.S.homeless and foster care children: Results from a systematic review. *Health and Social Care in the Community.* 2012; 20 (4), 449-476.
54. Murphy J, Tobin K. Homelessness Comes to School. Thousand Oaks, CA, 91320: Corwin, 2011.
55. Caicedo B, Jones K, The role of the neighborhood, family and peers regarding Colombian adolescents' social context and aggressive behavior. *Rev. Salud pública.* 2014;16 (2):208-220
56. Goldstein A, Wekerle C, Tonmyr L, Thornton T, Waechter R, Pereira J, et al. The Relationship Between Post-Traumatic Stress Symptoms and Substance Use Among Adolescents Involved with Child Welfare: Implications for Emerging Adulthood. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2011; 9(5); 507-524.
57. Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM. History of foster care among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia: a precursor to trajectories of risk. *BMC Psychiatry.* 2015; 15 (32). doi: 10.1186/s12888-015-0411-3.
58. Tompsett C, Domoff S, Toro P, Peer substance use and homelessness predicting substance abuse from adolescence through early adulthood. *Am J Community Psychol.* 2013; 51(0):520-529.
59. Gómez R, Thompson SJ, Barczyk AN, Factors associated with substance use among homeless Young adults. *Substance Abuse.* 2010;31(1); 24-34.
60. Lenta M. Niños y niñas en situación de calle: territorios, vínculos y políticas sociales. *Revista de Psicología.* 2013;22(2); 29-41
61. Samusocial International. Street Children: from individual care to the introduction of social policies. Editorial Coordination: Vincent Joguet. 2012.
<http://www.afd.fr/webdav/shared/PUBLICATIONS/THEMATIQUES/savoirscommuns/12-Savoirs-communs-VA.pdf>