

**CONSUMO DE DROGAS EN TRES ETAPAS DE LA VIDA DE HABITANTES  
DE CALLE DE BOGOTÁ: PREDICTORES DE CONSUMO Y COMPARACIÓN CON  
UNA MUESTRA DE POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE DE BRASIL**

**Carlos José Nieto Silva**

Disertación presentada como requisito parcial  
para la obtención del Grado de Maestro en Psicología  
Bajo Orientación de la  
Prof<sup>ra</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Silvia Helena Koller

**Universidad Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicología  
Programa de Posgraduação en Psicología  
Junio, 2011.**

Dedico este trabajo a mi madre  
Que es linda, buena y protectora de los niños  
Y siempre ha cuidado de mí como a un niño

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a la profesora Silvia Koller por recibirme con cariño en el CEP-Rua, por apoyarme y guiarme en esta investigación, por la comprensión y la amistad, por las lecciones de vida y las lecciones académicas, por ser una maestra y una amiga. A Leandro Ramos por la inspiración y la enseñanza, por permitirme ser parte del Centro de Investigación sobre Niñez y Juventud Desprotegida, por invitarme a ser co-investigador del V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá y por dejar que me involucrara de tal forma con dicho proyecto, que aun tiene mucho para enseñarnos. A Jenny Ortiz por acompañarme en todos los momentos de esta investigación, por el cariño y el amor. A mi amiga Iracema por cuidar de mí en Porto Alegre desde la primera semana que llegué a esta ciudad hasta el día de hoy.

A mis hermanos, Maria, Nelly y Alberto por apoyarme cuando decidí realizar este viaje y continuar mis estudios. A mi padre cuyas cartas de infancia me hicieron acercarme, desde muy pequeño, a la magia y el poder de la escritura. A mi sobrino Santiago cuya alegría irradia alegría, cuya curiosidad irradia curiosidad, gracias por contagiarme espontáneamente de todo eso, y porque en la distancia estuvo siempre cerca de mí dándome fuerzas para seguir adelante. A mis sobrinos José Luis, Miguel, Camilo e Nayibe, por crecer junto a mí. A mi querida amiga Gloria porque tiene la fe y la confianza en mí, que a mí mismo me hace falta, y que me motiva a continuar por el camino de la academia. A mis amigas Catalina, Ángela, Ximena, Flor, Tatiana y Maytte, porque siempre las quise tener cerca, y siempre han estado cerca, incluso mientras escribía esta disertación.

A todos mis compañeros y amigos del CEP-Rua, por la inmensa ayuda, el cariño, la complicidad y el sano intercambio de sentimientos e ideas. A Maria Clara, por ayudarme a pensar y a desarrollar el análisis de regresión y a Tatiana por corregir las referencias. A los “hermanos mayores” Simone y Elder por invitarme a participar en sus investigaciones, las cuales complementaron mi formación como investigador. A Ana Paula por permitirme hacer parte de “Juventude em Cena”, un proyecto de investigación que nos enseñó a todos a ser los protagonistas de nuestros sueños. A todo el maravilloso equipo del CEP-Rua/UFRGS por el cariño y el compañerismo, especialmente a Bruno, Airí, Eva, Bruna, Juliana, Camila, Carolina, Clarissa de Freitas, Clarissa de Antoni, Jean, Lucas Neiva, Lucas Moreira, Luciana, Laissa, Luisa, Mayte, Michele, Normanda, Susana, Fernando, Diogo, Claudia, Lorena, Vicente, Kelly, Casia, Biana, Bianca y Piotr. Al equipo del CEP-Rua/FURGS, especialmente a Taíola, Juliana, Verônica y Luiza por el impactante trabajo realizado en equipo en el proyecto PAIR-Mercosur. A mis profesores del Programa de Posgraduación en Psicología Cesar Piccinini, Jonathan Tudge, Jorge Sarriera, Marco Teixeira, Tania Sperb y William Gomes, por ser una valiosa fuente de inspiración y conocimiento. A los miembros del jurado examinador de mi proyecto de disertación, las profesoras Lisiane Bizarro, Clarissa de Antoni y Caroline Reppold por la lectura juiciosa, las apreciaciones y los consejos que guiaron esta escritura.

A todos mis amigos en Porto Alegre que han hecho más fácil estar lejos de casa, entre ellos Sebastian, Cristian, Cristiano, Juliane, Alba, Maxciel, Joice, Wagner, Nelson, Leticia, Micheline, Juliana Sbicigo, Juliana Cerentini, Andreina, Mario y Maria, Ade y su familia. A mis supervisoras en el Seminario Interdisciplinar Ángela, Evelise, Carolina y Cátula por leer con atención mis informes y mejorar mi escritura científica.

A todas las personas que participaron en el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá, a quienes tal vez no podré agradecer personalmente, pero que hicieron un trabajo maravilloso y de alta calidad, sin el cual no habría podido realizar los análisis de esta investigación. Al CINJD a IDIPRON y a la Secretaria de Integración Social de Distrito. Al Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas de la Universidade Federal de São Paulo, especialmente a la Doctora Ana Regina Noto por permitir que desde el CEP-Rua/UFRGS se pudiera explorar de nuevo los datos del Levantamiento Nacional sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Brasil de 2003 para complementar esta investigación.

A la Universidade Federal do Rio Grande do Sul por recibirme como alumno extranjero. Al Centro de Investigación sobre la Niñez y Juventud Desprotegida, al Instituto Distrital de Protección Niñez y Juventud, y a la Secretaria Distrital de la Integración Social de Bogotá por permitirme hacer parte de la Investigación V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá. A la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior de Brasil por la beca de estudio que me otorgó durante toda la maestría.

A todos los habitantes de calle de Bogotá que participaron en el V Censo de Habitantes de Calle con la confianza de que el conocimiento generado iba ayudar, de alguna forma, a mejorar la calidad de vida de quienes viven en esta condición.

*É sempre bom lembrar  
Que um copo vazio  
Está cheio de ar.  
Que o ar no copo ocupa o lugar do vinho,  
Que o vinho busca ocupar o lugar da dor.  
Que a dor ocupa metade da verdade,  
A verdadeira natureza interior.*

*Uma metade cheia, uma metade vazia.  
Uma metade tristeza, uma metade alegria.*

Gilberto Gil

## CONTENIDO

<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>15</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>17</b>
<b>RESUMO</b>	<b>18</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>20</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>24</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>24</b>
1.1 PARTE I - DEFINICIONES DE HABITANTE DE CALLE Y DE NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE EN SITUACIÓN DE CALLE .....	24
1.1.1 Términos y Traducciones para Hacer Referencia a la Habitabilidad en Calle en Español .....	24
1.1.2 Discusión sobre la Habitabilidad en Calle en los Países Desarrollados .....	26
1.1.3 Definiciones de Habitante de Calle Utilizadas por Naciones Unidas .....	29
1.1.4 Discusión sobre Características Definitorias de la Habitabilidad en Calle en los Países Desarrollados .....	31
1.1.5 Definición de Habitante de Calle en Países en Vía de Desarrollo.....	35
1.1.6 Definiciones Utilizadas en los Censos de Habitante de Calle de Bogotá.....	37
1.1.7 Términos Utilizados para Hacer Referencia a la Población Infantil en Situación de Calle en la Literatura Anglosajona .....	40
1.1.8 Definición de Niños y Niñas de la Calle de UNICEF .....	40
1.1.9 Definiciones de Niños y Niñas en Situación de Calle Alternativas a la Definición de UNICEF .....	42
1.1.10 Definición de Jóvenes en Situación de Calle.....	47
1.1.11 Algunas Conclusiones Respecto a la Discusión sobre la Definición de Habitante de Calle.....	47
1.2 PARTE II - ESTUDIOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y SALUD MENTAL EN HABITANTES DE LA CALLE .....	50
1.2.1 El Estudio de la Habitabilidad en Calle.....	50
1.2.2 Definición de Consumo de Drogas.....	51
1.2.3 Definición de Salud Mental .....	52
1.2.4 Doble Diagnóstico y Habitabilidad en Calle .....	52
1.2.5 Consumo de Drogas en Habitantes de Calle de Países Desarrollados .....	53

1.2.6 Prevalencia del Consumo de Drogas en Habitantes de Calle de Bogotá según el V Censo de esta Población .....	56
1.2.7 Salud Mental en Habitantes de Calle.....	58
1.2.8 Violencia Física y Sexual contra Habitantes de Calle.....	60
1.2.9 Motivos para la Habitabilidad en Calle .....	61
1.2.10 Redes de Apoyo Social de Habitantes de Calle.....	63
1.2.11 Consumo de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle .....	64
1.2.12 Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle.....	66
1.2.13 Violencia Sexual contra Niños y Niñas en Situación de Calle.....	68
1.2.14 Habitabilidad en Calle en Ancianos y Adultos Mayores.....	69
1.2.15 Comparaciones Trasnacionales Sobre Habitantes de Calle en Europa y Estados Unidos.....	70
1.2.16 Comparaciones Internacionales Sobre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle que Incluyen Países de América Latina .....	71
1.2.17 Uso del Modelo Bioecológico en la Comprensión de la Habitabilidad en Calle .....	75
1.2.18 Conclusiones sobre el Estudio de Consumo de Drogas y Salud Mental en habitantes de la Calle .....	77
1.3 PARTE II - CONTEXTUALIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE COLOMBIA, BOGOTÁ Y BRASIL .....	78
1.4 OBJETIVOS .....	83
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>84</b>
<b>ESTUDIO I – CONSUMO DE DROGAS EN HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ EN LAS TRES ETAPAS DE LA VIDA: PREDICTORES Y RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL</b>	<b>84</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>84</b>
2.1 Participantes .....	84
2.2 Instrumentos .....	85
2.3 Procedimientos de Búsqueda y Recolección de Datos del V Censo de Habitantes de Bogotá.....	86
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>88</b>
<b>ESTUDIO I - CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA Y CREACIÓN Y ADECUACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>88</b>
3.1 Variables Demográficas .....	88
3.2 Variables Hogar de Origen.....	89
3.3 Análisis Factorial Miembros del Hogar de Origen.....	91
3.4 Variables de Educación .....	97

3.5 Variables Apoyo Recibido .....	102
3.6 Variables Razón Expulsora .....	109
3.7 Variable Lugar Donde Duerme .....	110
3.8 Variables de Violencia y Delincuencia .....	115
3.9 Variables de Salud Mental.....	117
3.10 Variables Consumo de Sustancias Psicoactiva.....	123
3.11 Construcción de Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol .....	127
3.12 Construcción de las Variables Promedio de Edad de Inicio de SPA y Promedio de SPA con Inicio de Consumo Antes de Iniciar la Situación en Calle .....	131
3.13 Análisis Factorial de las Variables de Nivel de Consumo Tipos de SPA Actuales .....	132
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>136</b>
<b>ESTUDIO I - RELACIONES ENTRE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS MENTALES, CONSUMO DE SPA Y SEXO EN HABITANTES DE CALLE</b>	<b>136</b>
4.1 Correlación entre consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle .....	136
4.2 Correlación entre Consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Adultos Habitantes de Calle .....	140
4.3 Correlación entre consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Ancianos Habitantes de Calle.....	144
4.4 Asociación entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle .....	145
4.5 Asociación entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en Adultos Habitantes de Calle .....	145
4.6 Asociación Entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en Ancianos Habitantes de Calle ...	146
4.7 Efecto Controlado de las Variables Sexo y Síntomas de Problemas Mentales Sobre el Índice de Consumo SPA en Habitantes de Calle.....	146
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>148</b>
<b>ESTUDIO I – PREDICTORES DE NIVEL DE CONSUMO DE SPA EN TRES ETAPAS DE LA VIDA EN HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ</b>	<b>148</b>
5.1 Predictores de Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en Bogotá.....	148
5.2 Predictores del Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Adultos en Situación de Calle en Bogotá.....	153
5.3 Predictores del Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Ancianos.....	159



5.4 Conclusiones Generales sobre Predictores de Consumo de SPA a lo Largo del Ciclo Vital. ....	164
5.5 Discusión del Estudio I.....	165
<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>175</b>
<b>ESTUDIO II – COMPARACIÓN DE CONSUMO DE SPA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE DE BOGOTÁ Y 13 DE LAS PRINCIPALES CIUDADES CAPITALES DE BRASIL</b>	<b>175</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>175</b>
7.1 Participantes .....	175
7.2 Instrumentos .....	175
7.3 Procedimientos de Búsqueda y Recolección de Datos.....	176
<b>CAPÍTULO VIII</b>	<b>178</b>
<b>ESTUDIO II – PROCEDIMIENTOS DE UNIFICACIÓN DE BASES DE DATOS, ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>178</b>
8.1 Análisis, Homologación de la Definición de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle, y Selección de Casos. ....	178
8.2 Homologación y Adecuación de las Variables de Comparación. ....	181
8.2.1 Homologación y adecuación de variables sociodemográficas .....	181
8.2.2 Homologación y Adecuación de Variables de Condiciones de Habitabilidad en Calle y Violencia Recibida.....	183
8.2.3 Homologación y Adecuación de Variables de Consumo de Drogas.....	184
7.3 Pareamiento de las Muestras según Sexo, Edad y el Lugar Donde Duermen.....	188
7.4 Unificación de las Muestras Seleccionadas y Homologadas.....	191
7.5 Comparaciones de Consumo de Drogas y Características de Habitabilidad en Calle entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Bogotá y 13 de las Principales Ciudades Capitales de Brasil .....	191
7.6 Principales Conclusiones del Estudio Comparativo.....	199
<b>CAPÍTULO IX</b>	<b>201</b>
<b>ESTUDIO II - DISCUSIÓN</b>	<b>201</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>205</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>207</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>220</b>
Anexo A – Tarjeta Censal .....	220
Anexo B - Tabla de Codificación VCHCB .....	223

Anexo C - Formulario de Entrevista para el Levantamiento Nacional de Uso de drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en 27 Capitales Brasileñas .....	227
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de Desarrollo de Brasil, Colombia, América Lantina, Países en Vía de Desarrollo, Países Desarrollados, y el Mundo .....	80
Tabla 2. Población Habitante de Calle Contactada en el V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá Según Sexo y Tipo de Contacto.....	88
Tabla 3. Porcentaje de Presencia de cada Tipo de Miembro en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá.....	88
Tabla 4. Estadísticas de las Variables Creadas para Cantidad de Integrantes y Sexo en la Familia de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá .....	89
Tabla 5. Matriz de Correlaciones de las Variables Tipo de Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá .....	91
Tabla 6. Porcentaje de la Presencia de Tipos Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá.....	92
Tabla 7. Varianza Total Explicada del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá.....	94
Tabla 8. Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes del Hogar de Origen de los Habitantes de Calle .....	95
Tabla 9. Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes del Hogar de Origen de los Habitantes de Calle.....	96
Tabla 10. Opciones y Codificación Original de Variable Nivel Educativo .....	98
Tabla 11. Frecuencias del Nivel Educativo Escalar de los Habitantes de Calle de Bogotá.....	99
Tabla 12. Estadísticos Descriptivos y Frecuencias del Nivel Educativo Escalar y Años de Desfase Educativo de los Habitantes de Calle de Bogotá.....	100
Tabla 13. Frecuencia y Porcentaje de Respuesta a la Pregunta Recibe Apoyo por Parte de Familiares, No Parientes y Entidades .....	103
Tabla 14. Opciones de Tipo de Apoyo Recibido Durante el Último Año Como Habitante de Calle .....	104
Tabla 15. Transformación de Valores Categóricos en Numéricos en la Variable Frecuencia del Apoyo Recibido .....	104
Tabla 16. Fuente y Cantidad de Tipos de Apoyo Recibido como Habitante de Calle.....	105
Tabla 17. Estadísticos Frecuencia (F) por Cantidad de Tipo de Apoyo (C) Recibido Durante el Último Año Como Habitante de Calle de Bogotá.....	105

Tabla 18. Nivel de Apoyo Recibido de Familiares, No Parientes y Entidades Como Habitante de Calle de Bogotá.....	106
Tabla 19. Frecuencia en Índice de Apoyo General Recibido por los Habitante de Calle de Bogotá.....	107
Tabla 20. Razón Aducida para Habitar en Calle (Razón Expulsora) de los Habitantes de Calle de Bogotá, Correspondencia entre Versión Original y Reducida.....	108
Tabla 21. Porcentajes de Razón Expulsora Aducida por los Habitantes de Calle de Bogotá, Versión Reducida.....	109
Tabla 22. Lugar Principal en el que Predominantemente Durmieron Durante el Último Mes los Habitantes de Calle de Bogotá, Variable Origina Ampliada .....	111
Tabla 23. Lugar Principal en el que Predominantemente Durmieron Durante el Último Mes los Habitantes de Calle de Bogotá, Correspondencia entre Variable Original y Reducida .....	112
Tabla 24. Porcentajes de Lugar Donde Durmió Durante el Último Mes de los Habitantes de Calle de Bogotá, Variable Reducida .....	112
Tabla 25. Valores para Construcción de Índice de Violencia Ponderado Según el Impacto del Tipo de Violencia sobre la Víctima .....	114
Tabla 26. Valores para Construcción de Índice de Delincuencia Ponderado Según el Impacto del Tipo de Delincuencia sobre la Víctima.....	115
Tabla 27. Estadísticas de las Variables Índice de Violencia y Delincuencia Recibida y Cometida por Habitantes de la en Bogotá.....	116
Tabla 28. Total de Varianza Explicada en el Análisis Factorial de la Variables de Síntomas de Salud Mental .....	118
Tabla 29. Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de la Variables de Síntomas de Salud Mental en Habitantes de Calle .....	119
Tabla 30. Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de las Variables de Salud Mental en Habitantes de Calle.....	121
Tabla 31. Consumo de SPA en el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá .....	123
Tabla 32. Frecuencia de Consumo Promedio de SPA en el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores.....	123
Tabla 33. Cantidad Diaria Promedio de Consumo de SPA Durante el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores.....	124
Tabla 34. Estadísticos de Edad de Inicio de Consumo de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores .....	125

Tabla 35. Variable Intensidad de Consumo de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores .....	127
Tabla 36. Nivel de Consumo Promedio de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores y No Consumidores Durante el Último Año .....	128
Tabla 37. Frecuencia de Valores en Índice General de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Durante el Último Año .....	129
Tabla 38. Estadísticos de la Variable Edad Promedio de Inicio de Consumo de SPA y de la Variable Promedio de Sustancias Consumidas Antes de Iniciar la Situación de Calle .....	131
Tabla 39. Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de las Variables de Nivel de Consumo de Cada Tipo de SPA en Habitantes de Calle.....	134
Tabla 40. Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de Nivel de Consumo de Cada Tipo de SPA en Habitantes de Calle .....	134
Tabla 41. Correlaciones entre Variables de Consumo de SPA y Variables de Síntomas de Enfermedad Mental en Niños, Niñas y Adolescentes Habitantes de Calle de Bogotá.....	138
Tabla 42. Correlaciones entre Tipo de SPA y Síntomas de Enfermedad Mental en Adultos Habitantes de Calle de Bogotá.....	142
Tabla 43. Coeficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Infantes y Adolescentes Habitantes de Calle de Bogotá Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple .....	150
Tabla 44. Coeficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Adultos, Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple .....	156
Tabla 45. Coeficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Ancianos, Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple .....	161
Tabla 46. Ciudades Capitales de Estado de Brasil Incluidas en el Estudio Comparativo, según Total de Habitantes, Número y Porcentaje de Participantes en la Muestra...	187
Tabla 47. Frecuencia de Niñas y Adolescentes Mujeres en Situación de Calle según Edad, Origen de la Muestra y Lugar Donde Duermen antes del Pareamiento de Muestras .....	188

Tabla 48. Frecuencia de Niños y Adolescentes Hombres en Situación de Calle según Edad, Origen de la Muestra y Lugar Donde Duermen antes del Pareamiento de Muestras .....	189
Tabla 49. Muestra Pareada según Edad, Sexo y Lugar Donde Duermen para cada País de Origen de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle del Estudio Comparativo.....	190
Tabla 50. Frecuencia de Consumo de Diferentes Tipos de SPA en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Bogotá y 13 de las Principales Ciudades Capitales de Brasil .....	196

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de intersección de las definiciones de habitante de calle y de niños, niñas y adolescentes en situación de calle .....	48
Figura 2. Histogramas y curva de la distribución poblacional de habitantes de calle de Bogotá según sexo .....	87
Figura 3. Distribución de las variables presencia de tipos de miembros en el hogar de origen en la matriz de componentes extraídos en el análisis factorial .....	93
Figura 4. Histograma y curva de distribución de la población según nivel educativo de los habitantes de la calle de Bogotá.....	101
Figura 5. Fotografías de ejemplo del lugar donde duerme los habitantes de calle de Bogotá: a) al aire libre, b) construcciones no prototípicas, c) construcciones prototípicas para habitantes de calle .....	113
Figura 6. Figura de cajas y bigotes de la edad de inicio de consumo de SPA ilícitas y alcohol en habitantes de calle de Bogotá .....	125
Figura 7. Histograma del índice general de consumo de SPA ilícitas y alcohol en habitantes de calle de Bogotá, durante el último año.....	130
Figura 8. Grafico de sedimentación del análisis factorial de las variables de consumo de SPA en habitantes de calle .....	132
Figura 9. Grafico de componentes en espacio rotado de análisis factorial de las variables de consumo de SPA en habitantes de calle.....	133
Figura 10. Gráfico de índice de consumo de SPA en habitantes de calle en la infancia y adolescencia según sexo y según presencia de síntomas de estado de ánimo .....	146
Figura 11. Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, del análisis de regresión lineal del índice de consumo de SPA en infantes y adolescentes habitantes de calle .....	151
Figura 12. Histograma de la distribución de residuos estandarizados de la regresión del índice de consumo de SPA en infantes y adolescentes habitantes de calle .....	152
Figura 13. Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle adultos .....	157
Figura 14. Histograma de la distribución de los residuos estandarizados de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle adultos.....	158

Figura 15. Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle ancianos .....	162
Figura 16. Histograma de la distribución de los residuos estandarizados de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle ancianos .....	163
Figura 17. Cantidad de Tipos de Drogas Consumidas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle según Sexo y Origen de la Muestra .....	197
Figura 18. Cantidad de Tipos de Drogas Consumidas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle según Sexo y Lugar Donde Duermen.....	198



## RESUMEN

Los objetivos de esta investigación fueron identificar los principales predictores de nivel de consumo de drogas en el ciclo vital de habitantes de calle de Bogotá (Estudio I), así como las posibles diferencias de consumo entre niños y adolescentes en situación de calle de Bogotá y algunas ciudades de Brasil (Estudio II). Para llevar a cabo estos objetivos se analizó las bases de datos del V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá de 2007, así como la del Levantamiento Nacional Sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Brasil, realizado en el año de 2003. En el Estudio I se crearon tres grupos según tres etapas de la vida: Infancia-adolescencia, adultez y vejez, usando la base de datos de Bogotá. La muestra del grupo de niños y adolescentes fue 486 participantes, 72% hombres, con edades entre 8 – 17 años ( $M = 14.76$ ,  $DS = 2.24$ ). La muestra de adultos fue de 6275 participantes, 88% hombres, con edades entre 18 – 59 años, ( $M = 35.66$ ,  $DS = 10.78$ ). Y la de ancianos de 228 participantes, 92% hombres, con edades entre 60 – 92 años, ( $M = 65.28$ ,  $DS = 5.39$ ). Se realizaron Análisis de Regresión Lineal Múltiple Jerárquica para identificar predictores de nivel de consumo de drogas dentro de 16 variables que incluían aspectos sociodemográficas, de salud mental y de habitabilidad en calle. Las variables predictoras del nivel de consumo, incluidas en los modelos arrojados por los análisis de regresión, variaron entre las tres etapas de la vida. Sin embargo, el nivel de violencia y delincuencia cometida como habitante de calle, y el nivel de consumo de cigarrillo, fueron las variables que tuvieron mayor capacidad de predicción de niveles de consumo de drogas en habitantes de la calle en las tres etapas de esta población. Para el Estudio II, se seleccionaron dos grupos de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá y 13 de las ciudades capitales de Brasil. Cada grupo contó con 392 participantes ( $n = 784$ ), con edades entre 10 y 18 años, 79% hombres, siendo que 57% dormían principalmente en la calle. Los casos fueron elegidos aleatoriamente de las bases de datos disponibles, pareando la muestra por sexo, edad y lugar donde duermen. Los resultados de las comparaciones señalaron que la muestra de Brasil tuvo un mayor porcentaje promedio de cantidad de tipos de drogas consumidas durante el último año, y allí el consumo de inhalantes, de alcohol y de cigarrillo fue superior. Mientras que la muestra de Bogotá tuvo promedios superiores en la frecuencia de consumo de cocaína y sus derivados, y fue víctima de un mayor nivel de violencia, incluida la violencia sexual. Estos resultados fueron discutidos, especialmente lo referente a la relación entre género, violencia, delincuencia y consumo de drogas.

*Palabras clave:* Consumo de drogas; habitantes de calle; niños de la calle; Latino América

**CONSUMO DE DROGAS EM TRÊS ETAPAS DA VIDA DE MORADORES DE RUA DA CIDADE DE BOGOTÁ; PREDITORES DE CONSUMO E COMPARAÇÃO COM UMA AMOSTRA INFO-JUVENIL DO BRASIL**

**RESUMO**

Os objetivos desta pesquisa foram identificar os principais preditores do nível de consumo de drogas no ciclo vital de moradores de rua da cidade de Bogotá (Estudo I), assim como as possíveis diferenças de consumo entre crianças e adolescentes em situação de rua de Bogotá e de algumas cidades do Brasil (Estudo II). Para cumprir estes objetivos, foram analisadas as bases de dados do V Censo de Moradores de Rua de Bogotá, de 2007, assim como os dados do Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas entre Meninos, Meninas e Adolescentes em Situação de Rua do Brasil, realizado no ano de 2003. No Estudo I, foram criados três grupos, segundo três etapas da vida: infância-adolescência, adultez e velhice, usando a base de dados de Bogotá. A amostra do grupo de crianças e adolescentes foi de 486 participantes, 72% homens, com idades entre 8 e 17 anos ( $M = 14.76$ ;  $DP = 2.24$ ). A amostra de adultos foi de 6.275 participantes, 88% homens, com idades entre 18 e 59 anos ( $M = 35.66$ ;  $DP = 10.78$ ). A amostra de idosos foi de 228 participantes, 92% homens, com idades entre 60 e 92 anos ( $M = 65.28$ ;  $DP = 5.39$ ). Foram realizadas análises de regressão múltipla hierárquica para identificar os preditores do nível de consumo de drogas entre 16 variáveis, que incluíam aspectos sociodemográficos, de saúde mental e de vivência na rua. As variáveis preditoras do nível de consumo, incluídas nos modelos da análise de regressão, variaram entre as três etapas da vida. Entretanto, o nível de violência e delinquência cometido enquanto habitante de rua, e o consumo de cigarro, foram as variáveis que tiveram maior capacidade de predição do nível de consumo de drogas dos habitantes de rua, ao longo das três etapas do ciclo vital desta população. Para o Estudo II, foram selecionados dois grupos de meninos, meninas e adolescentes em situação de rua, sendo um grupo de Bogotá e o outro oriundo de 13 cidades capitais do Brasil. Cada grupo contou com 392 participantes ( $n = 784$ ), com idades entre 10 e 18 anos, 79% homens, sendo que 57% dormiam principalmente na rua. Os casos foram sorteados aleatoriamente das bases de dados disponíveis, pareando a amostra por sexo, idade e local de dormida. Os resultados das comparações demonstraram que a amostra do Brasil teve um maior percentual médio da quantidade de tipos de drogas consumidas durante o último ano, sendo que o consumo de inalantes, de álcool e de cigarro foram superiores quando comparado com Bogotá. Em contrapartida, a amostra de Bogotá teve médias superiores na frequência de consumo de cocaína e seus derivados, e foi vítima de um maior nível de violência, incluindo a

violência sexual. Estes resultados foram discutidos especialmente no que se refere à relação entre gênero, violência, delinquência, contexto social e temporal das amostras, e consumo de drogas.

*Palavras-chave:* consumo de drogas, moradores de rua, crianças de rua, América Latina.

**DRUG USE IN LIFE STAGES OF HOMELESS FROM BOGOTA:  
PREDICTORS OF USE AND COMPARISON WITH A SAMPLE OF CHILDREN AND  
ADOLESCENTS FROM BRAZIL**

**ABSTRACT**

The purpose of this research was to identify predictors of drug use in the life span of homeless in Bogotá (Study I) and to compare their consumption, in the segment of childhood and adolescence, with a similar sample of major capital cities of Brazil (Study II). It was analyzed the databases of the Fifth Census of Homeless in Bogota, held in year 2007, as well as the National Survey on Drug Use Among Street Children and Adolescents of Brazil, held in year 2003, to accomplish this goal. For the Study I sample was 6989 participants of the census of homeless in Bogota, 6989 ( $M = 35.23$ ,  $SD = 13.05$ , 87% male). The predictors of drug use varied among the three stages of life, in the regression analysis. However, the level of violence and crime committed as a homeless, and cigarette use level were the variables that had greater predictability of level of drug use in street people of all ages in Bogota. For Study II, two groups of streets children and adolescents from Bogota and 13 capital cities of Brazil ( $n = 784$ ), aged between 10 and 18, who were randomly selected from the data bases available, matching the sample by sex, age and place where they sleep, were selected. The comparison results indicated that the sample of Brazil had a higher average percentage of number of types of drugs used in the past year, and in this sample the use of inhalants, alcohol and smoking was higher. While the sample of Bogota had a higher average frequency of cocaine use and its derivatives, and they were victims of more violence, including sexual violence. These results were discussed, especially with regard to the relationship among sex, violence, crime and drug use.

*Keywords:* Drugs use; homeless; street children; Latin America

## PRESENTACIÓN

Dado que los habitantes de calle son un tipo de población cuyas características varían significativamente a través del tiempo, se requiere de información actualizada que permita dimensionar las problemáticas claves de estas personas, y que sirva para identificar los predictores de los principales problemas de salud y comportamientos de riesgo que afectan a este segmento de la población. Estas caracterizaciones pueden convertirse en una herramienta muy útil para desarrollar, mejorar o reorientar programas de intervención para estos individuos, así como para evaluar políticas que intentan garantizar los derechos de los mismos. Ya que uno de los principales problemas enfrentados por los habitantes de calle tiene que ver con la salud mental y el consumo de droga, resulta de gran utilidad probar modelos estadísticos confiables desde los que se pueda proponer una posible explicación, a partir de evidencias empíricas, de los altos niveles de consumo, así como de la presencia de síntomas de enfermedad mental.

Ahora bien, una forma de dimensionar la gravedad de la prevalencia de un determinado trastorno del comportamiento en un grupo de personas, como lo sería el abuso de drogas en habitantes de la calle, es comparando dicho grupo con otro similar, pero inserido dentro de un contexto diferente. Por lo anterior, también resulta pertinente realizar comparaciones sobre los niveles de consumo entre habitantes de la calle de dos países diferentes. Igualmente, hay que señalar que dentro de la práctica investigativa en Ciencias Sociales es importante no sólo diseñar y ejecutar metodologías sistemáticas de recolección de datos, sino que también es importante analizar de manera amplia y rigurosa los datos recogidos. Lamentablemente, es común que un considerable número de datos queden archivados en centros de investigación, sin que hayan sido analizados en su totalidad, o sin que se haya explorado la posibilidad de cruzarlos con otros datos disponibles recolectados en otras investigaciones. Unificar bases de datos con información recolectada en varios contextos, y a partir de dos a más investigaciones independientes, es una tarea útil, pertinente y poco realizada, que es necesario empezar a adelantar.

Esta disertación se remonta a la época de participación del autor, desde el año de 2006 hasta el 2008, en el quipo de investigación del Centro de Investigación sobre Niñez y Juventud Desprotegida (CINJD), el cual hace parte del Instituto Distrital de Protección Niñez y Juventud (IDIPRON) de la ciudad de Bogotá. En el año de 2007, este instituto, en compañía de la Secretaria de Distrital de Integración Social (SDIS), realizaron la investigación V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá (VCHCB) (Ramos, Ortiz, & Nieto, 2008, 2009). Un ejercicio de enumeración y de caracterización de esta población que por primera vez incluyó temas de salud física, salud mental y redes de apoyo, y en el que se ampliaron los temas de educación,

consumo de sustancias psicoactivas y características de la habitabilidad en calle, con respecto a los censos anteriores. Esta investigación fue liderada por un equipo de investigación conformado por un investigador principal y dos investigadores asociados. El autor de esta disertación fue uno de los dos investigadores asociados y participó de forma activa en todas las fases de la investigación VCHCB, las cuales comprendieron el diseño metodológico, el pilotaje, la implementación, la sistematización y la producción de los análisis generales. En el grupo de investigación del CINJD surgió el interés y la necesidad de profundizar en los análisis iniciales del VCHCB, y para ello se asignaron algunos temas específicos para ser desarrollados de forma individual. Consumo de drogas y salud mental fue el tema asignado al autor de esta disertación, quien simultáneamente inició sus estudios de Maestría en Psicología en la *Universidade Federal de Rios Grande do Sul* (UFRGS), bajo la dirección de la Dr. Silvia H. Koller, y haciendo parte del *Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua* (CEP-Rua) del Instituto de Psicología de esta Universidad. Teniendo en cuenta el conocimiento acumulado por el CEP-Rua sobre niños y niñas en situación de calle, y sobre los aspectos psicológicos propios del desarrollo y la promoción de la salud en niños, adolescentes y familias en situación de riesgo social y personal, el autor de la presente investigación decidió desarrollar, como tema de disertación, las temáticas asignadas por la dirección del CINJD, es decir, consumo de drogas y salud mental en habitantes de calle de Bogotá. Para ello se propuso realizar nuevos análisis estadísticos de la información contenida en la base de datos del VCHCB.

En el VCHCB, como en otros grandes proyectos de investigación, se recolectó un amplio número de información en una serie de variables que en las publicaciones derivadas no fueron analizadas en muchas de sus dimensiones. Por ello, el objetivo general de la disertación que se propuso desarrollar, fue el de dar continuidad a esta investigación profundizando en unas temáticas específicas. Básicamente se quiso pasar de una primera fase de análisis descriptivos básicos sobre consumo de drogas, basados en tablas de frecuencias y en cruces de las variables estudiadas con la etapa de la vida, a una segunda fase de análisis inferenciales, en la que se incluiría, además, una comparación del consumo de drogas de habitantes de calle de Bogotá con una población en situación de calle de otro contexto sociopolítico. Las temáticas específicas que se ampliarían fueron las siguientes: 1) la relación entre síntomas de enfermedad mental y consumo de diferentes tipos de drogas, en cada etapa de la vida, en habitantes de calle de Bogotá; 2) la influencia de variables personales y contextuales sobre el nivel de consumo de drogas, en cada etapa de la vida, en habitantes de calle de Bogotá; y 3) las diferencias entre el nivel de consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes habitantes de calle de Bogotá y el nivel de consumo en otra población infantil, que estuvieran viviendo una situación de calle

similar, pero en otro contexto sociopolítico. El tercer punto implicaba, entonces, la realización de una comparación estadística entre el consumo de drogas de habitantes en calle de Bogotá con habitantes de calle de otra u otras ciudades.

La otra población con la que se quiso realizar comparaciones estadísticas es la de niños y niñas en situación de calle de Brasil. Gracias a la colaboración entre el CEP-Rua/UFRGS y el *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas* (CEBRID) de la *Universidade Federal de São Paulo* (UNIFESP), se contó con la base de datos del Levantamiento Nacional Sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Brasil, realizado en el año de 2003 por el CEBRID (Noto et al., 2004). Este estudio incluyó por primera vez las 27 capitales brasileras y tuvo como objetivo principal, la construcción de una visión panorámica sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas en esta población.

Teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos propuestos, esta disertación está dividida en tres grandes apartados. El primero corresponde a una revisión de la literatura, que se divide a su vez en tres partes: en la primera se revisa la discusión teórica sobre los conceptos de habitante de calle, y de niño y niña en situación de calle; en la segunda se revisa la literatura internacional sobre consumo de drogas y salud mental en habitantes de la calle, así como otras variables personales y contextuales que estarían asociadas a esta condición; y en la tercera se hace una pequeña contextualización sobre la situación socioeconómica de Brasil, de Colombia y de la ciudad de Bogotá. El segundo apartado corresponde al Estudio I de esta disertación, en el que se analizan las variables de consumo de drogas y salud mental en habitantes de la calle de Bogotá. Y el tercer apartado corresponde al Estudio II, que compara el consumo de drogas entre niños y niñas en situación de calle de Bogotá y algunas ciudades capitales de Brasil.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### *1.1 Parte I - Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle*

La habitabilidad en calle es un fenómeno social presente en varias culturas, en muchos países y en varios momentos históricos de la humanidad. No obstante, hoy en día no hay un consenso general respecto a su definición. Como la habitabilidad en calle es el objeto de estudio central de la presente investigación, resulta ineludible retomar la discusión sobre su definición. Cabe aclarar que la habitabilidad en calle es un fenómeno más dinámico que estático, e incluso suele vivirse de forma transitoria, por lo que “persona en situación de calle” podría ser un término más preciso, solo que ese término no ha sido lo suficientemente incorporado a la literatura científica en Colombia, donde está el público que más se puede interesar o beneficiar por los resultados de esta investigación. Por lo anterior, en el presente texto se hará un uso indiscriminado de los términos habitabilidad en calle, habitante de calle o habitante en situación de calle, salvo que se esté discutiendo de forma explícita los usos y los sentidos diferenciados de estos tres términos.

#### *1.1.1 Términos y Traducciones para Hacer Referencia a la Habitabilidad en Calle en Español*

La definición para habitante de calle en la literatura científica varía significativamente. Incluso, existen varios términos con los que esta población es denominada dentro de una misma lengua. En inglés, por ejemplo, se utilizan las palabras: *homeless*, *shelters*, *roofles*, *marginals*, y a los menores de 18 años se les denomina *street children* o *runaway*. En español se utilizan los términos: habitante de calle, sin techo e indigentes, y en los censos suelen ser clasificados como personas sin domicilio fijo. Existen, entonces, diferentes expresiones en una misma lengua y variaciones en la traducción de un idioma a otro.

En Europa, donde se hablan diferentes idiomas oficiales, hay una evidente discusión sobre la definición de habitante de calle. Sin embargo, parece haber un consenso en que la palabra *homeless* es la que mejor traduce al inglés los términos con que se nombra este fenómeno en los idiomas más representativos de este continente: francés (*sans-abri*, *sans domicile fixe*), italiano (*senza dimora*, *senzatetto*) o catalán (*sense llar*, *sense sostre*) (Brousse, 2004; Cabrera, Rubio, & Blasco, 2008).



El caso del idioma español puede ser ilustrativo sobre estas variaciones en la traducción. En la definición en inglés del diccionario de Oxford en línea (<http://www.oxforddictionaries.com>), *homeless* significa “(of a person) without a home, and therefore typically living on the streets”, que se podría traducir al español como “dícese de una persona sin un hogar, por lo que usualmente vive en la calle”. Mientras que el diccionario de Cambridge (<http://www.dictionary.cambridge.org>) lo define como “people who do not have a home, usually because they are poor”, que en español sería: “personas que no tienen un hogar, usualmente porque son pobres”. La traducción al español más literal de la expresión inglesa *homeless* sería: “sin hogar”.

Sin embargo, en el contexto académico, el equivalente al español de la expresión *homeless* también presenta algunas variaciones, las cuales suelen depender del país de origen de la investigación que se reporta. Al hacer una búsqueda de artículos para la palabra clave *homeless* en el Sistema de Información Científica Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; <http://redalyc.uaemex.mx>), estas diferencias se hacen notables.

En las publicaciones de España se encontró el término “sin hogar” o “sin techo”, como en la investigación de Salavera (2009). Para los investigadores españoles Cabrera et al. (2008), “sin techo” o “sin hogar” son el equivalente de la expresión inglesa *homeless*, y son considerados por estos autores como los términos más diáfanos, y menos peyorativos, para definir a diferentes tipos de personas de España, que sin importar edad, orientación sexual, historias de vida, expectativas futuras o problemas comportamentales, sólo tienen una circunstancia en común: no tener donde alojarse, ya sea de forma temporal o permanente.

En las publicaciones de Argentina también apareció el término “sin techo” como equivalente de *homeless*, como en la investigación de Saizar (2002), mientras que en Chile se usa el término “personas en situación de calle”, como se puede observar en el texto de Rojas (2008). En Brasil, a su vez, se encontró la expresión “*moradores de rua*”, como por ejemplo en Alvarez, Alvarenga y Fiedler-Ferrara (2004), expresión en portugués que sería el equivalente de “habitantes de calle”, justamente el término encontrado en Colombia, como en el caso de la investigación de Tirado y Correa (2009). Como se puede observar, el sentido literal de los diferentes términos oscila entre “no tener hogar/casa” y “vivir/estar en la calle”. Aparentemente uno sería el consecuente del otro. No obstante, no todo el que no tiene hogar vive en la calle, y como se verá a continuación, la discrepancia sobre la definición a veces tiene que ver con la diferencia literal que hay entre estas dos situaciones.

### 1.1.2 *Discusión sobre la Habitabilidad en Calle en los Países Desarrollados*

La habitabilidad en calle ha sido reportada y estudiada en países de Europa (Avramov, 2001; Brousse, 2004), Asia (Koehlmoos et al., 2009; Suzuki, 2008), África (De-Graft & Ofori-Atta, 2007), Oceanía (Chamberlain & MacKenzie, 2003), Norte América (Kidd, 2006; United States Conference of Mayor, 2010) y Latino América (Alvarez et al., 2004; Saizar, 2002; Tirado & Correa, 2009; Rojas, 2008). Parecería ser un fenómeno transnacional e incluso transcultural. No obstante, las definiciones de habitante de calle son variadas. Hay diferencias no solo entre los países, sino incluso al interior de un mismo país.

En Europa (Brousse, 2004) se realizó un estudio empírico con 142 participantes de 28 países europeos, quienes representaban a variados sectores que trabajan con habitantes de calle, como el gobierno, organizaciones no gubernamentales (ONGs), estudiantes y conferencistas, investigadores, institutos nacionales de estadística, instituciones de caridad, etc. A estos participantes les aplicó un cuestionario en el que los invitaba a clasificar una serie de situaciones según tres tipos de opciones: 1) situación propia de la habitabilidad en calle, 2) situación difícil de clasificar, 3) situación que no es propia de la habitabilidad en calle. Este estudio encontró que los diferentes sectores varían significativamente respecto a las características que consideran definitorias para determinar la condición de habitabilidad en calle.

Cooper (1995) discutió el tema de la definición de habitantes de calle en el contexto australiano, aunque sus análisis y conclusiones son aplicables a los diferentes países desarrollados de occidente. En este texto, Cooper presentó una clasificación de habitantes de calle según una serie de características o situaciones que serían definitorias de esta población, y que darían lugar a cuatro diferentes tipos de habitante de calle. De hecho, en la medida en que se hace referencia a cuatro grados en la habitabilidad en calle, pueden ser entendidas como niveles de gravedad de la situación. Cooper (1995) afirma que esta clasificación pertenece a una variación que Burke hace en 1993 de las categorías desarrolladas por Chamberlain y MacKenzie en un texto de 1992. No obstante, en el texto de Cooper no se incluye la referencia de Burke de 1993. Esta omisión de Cooper tal vez es la causa por la cual en varios textos (Speak, 2004; Tipple & Speak, 2005, 2006, 2009) se refieren a esta clasificación como si hubiera sido desarrollada por Cooper.

Las categorías de Burke retomadas por Cooper (1995) parten de la existencia de dos niveles en la habitabilidad en calle, niveles que a su vez se dividirían en cuatro grados. Según Cooper (1995), los dos niveles habrían sido presentados por Burke en 1994, solo que Cooper nuevamente omite incluir la bibliografía exacta de dicho texto en la lista de referencias. No obstante, es muy probable que se trate del libro *Homelessness in Australia – Causal Factors*

(Burke, 1994), en el cual se presenta y se describe los dos niveles tal y como son citados por Cooper (Chung et al., 2000).

Finalmente, los dos niveles de Burke retomados por Cooper (1995) son los siguientes: 1) la habitabilidad en calle absoluta y 2) la habitabilidad en calle relativa. La habitabilidad en calle absoluta, que correspondería al grado más bajo o de mayor marginalidad, incluiría a aquellos que viven en las calles, bajo los puentes o en edificios abandonados. La habitabilidad en calle relativa tendría a su vez tres grados: el primer grado incluiría a personas que se desplazan entre diversas formas de alojamiento temporal o de mediano plazo, como refugios, casas de huéspedes, hostales o casas de amigos; el segundo grado incluiría a personas obligadas a vivir permanentemente en habitaciones individuales en pensiones privadas; y el tercero grado incluiría a los que tienen una casa (*house*) pero no un hogar (*home*), ya que esta casa carecería de las condiciones mínimas de seguridad y de ciertos estándares propios de una vivienda humana. Para dar claridad a esta última categoría, Cooper discute la definición de hogar señalando que se trata de un espacio propio, seguro, adecuado para vivir, y que generaría en sus habitantes un sentido de identidad y pertenencia.

Ahora bien, hay que señalar que el texto de Cooper (1995) va más allá de esta clasificación con la cual ha sido asociado. En este texto afirmó, por ejemplo, que definir la habitabilidad en calle implica más un acto político que una indagación semántica, ya que las definiciones presentan valores, conceptos, modos de comprender esta realidad y llegan a influenciar la forma en que se evalúan los programas y las políticas para enfrentar estas problemáticas.

En conclusión, Cooper (1995) presenta una variedad de definiciones que resaltan aspectos o dimensiones de la habitabilidad en calle que él considera que habían sido olvidadas en el debate que a este respecto se adelantaba en ese momento, como son las siguientes: 1) una definición económica, relacionada con la deprivación de recursos materiales; 2) una definición social, que se asocia con cambios o rupturas en las relaciones familiares o las relaciones sociales fundamentales; 3) una definición política, relacionada con inequidad social y situaciones de necesidad de un segmento de la población a las que las instituciones políticas no han sabido responder y; 4) una definición personal, que involucra aspectos psicológicos y vivenciales particulares. Entonces, lejos de pretender dar una definición singular y definitiva, Cooper presenta un abanico de posibles definiciones. Estas definiciones abarcarían las diferentes dimensiones que involucran la habitabilidad en calle, según lo indica el resultado de investigaciones citadas por Cooper, y pretenden ser una visión holística del contexto socioeconómico en que tiene lugar esta problemática particular, por lo menos en los países desarrollados de occidente.

Otra posición que concuerda con la dimensión histórica y política señalada por Cooper es la de Jacobs, Kenny y Manzi (1999). Estos autores consideran que las diferencias en la definición de la habitabilidad en calle están relacionadas con procesos históricos de construcción colectiva de significado. Apoyándose en la teoría constructivista, argumentan que las definiciones de habitante de calle en Gran Bretaña, desde los años 70s, variaban conforme a intereses creados que querían imponer una u otra agenda política para atender los problemas sociales. Desde esta perspectiva, concluyen que estas variaciones podían sintetizarse en dos tipos de definiciones, una que considera a la habitabilidad en calle como un problema estructural que requeriría de medidas generales de bienestar social, y otra más minimalista que la considera un producto de la irresponsabilidad individual.

Por otro lado, Tosi (1999) considera que en el debate sobre la definición de habitante de calle existe un dualismo que es intrínseco a esta situación. Este dualismo estaría representado por dos formas diferentes de abordar la habitabilidad en calle: 1) como un problema habitacional exclusivo del “no tener vivienda”, y 2) como un problema de exclusión social relacionado con una condición particular de marginalidad. Según este autor, las diferentes definiciones privilegian una u otra dimensión, pero en el fondo la polarización frente a estos dos significados es constitutiva al fenómeno de la habitabilidad en calle, ya que al estar asociada al no tener un domicilio fijo, implica de por sí un problema de exclusión y desventaja social.

Para Tosi (1990), algunas definiciones sitúan el problema en la falta de vivienda, mientras que otras lo matizan dependiendo de los grados de marginalidad y exclusión con que dicha situación está asociada. Según esta última posición, la condición de las personas sin hogar se puede considerar como el resultado extremo de una cadena de acontecimientos y situaciones, la cual gradualmente les han ido reduciendo la posibilidad de mantener un hogar. Para este autor, en el trasfondo político existiría un correlato de esta polarización, el cual estaría reflejado en la división entre las políticas de vivienda y las políticas de bienestar social.

Por su parte, Robinson (2008) señala que hay una tendencia en las investigaciones sobre habitantes de calle, a usar las definiciones desarrolladas para medir el fenómeno, es decir, centrada en una perspectiva netamente cuantitativa. Esta autora aboga por las investigaciones con orientación cualitativa, y sugiere que las definiciones utilizadas en censos no sirven para conceptualizar la experiencia de la habitabilidad en calle en sí.

Según la revisión hecha hasta aquí, se puede observar que las definiciones de habitabilidad en calle no han sido estables, no han sido universales, no han sido homogéneas y han sido objeto de profundas discusiones y críticas. Se puede concluir, además, que existe una evidente dimensión política que subyace a cualquier definición que es utilizada. Esta dimensión

política no debe ser ajena a los contextos académicos, donde además se suman las dimensiones epistemológicas y las problemáticas procedimentales que emergen cuando hay que elegir, o desarrollar, un tipo de definición.

### *1.1.3 Definiciones de Habitante de Calle Utilizadas por Naciones Unidas*

A pesar de que la definición de habitante de calle conlleva todas las dimensiones ya mencionadas, y no se debería asumir una definición de forma desprevenida, algunos investigadores eluden esta reflexión y asumen definiciones que estarían avaladas por organismos internacionales, y que encuentran y retoman de otras publicaciones sin confirmar las fuentes. Definiciones como la que le es atribuida a Naciones Unidas, según la cual habría dos tipos de habitabilidad en calle: 1) habitabilidad en calle absoluta, la cual es vivida por aquellos que no tienen ningún tipo de vivienda física, y que por lo tanto viven las calle, en espacios abiertos, en edificios abandonados o incluso en abrigos o instituciones que dan morada nocturna, y 2) habitabilidad en calle relativa, que incluiría a quienes viven en una vivienda física pero que no cumple con estándares de seguridad y salud.

Esta definición, aparentemente propuesta por Naciones Unidas, aparece reiteradamente en varios textos académicos, especialmente en investigaciones realizadas en Canadá, con algunas pequeñas variaciones (Hwang, 2001a; 2001b; Nia, Wong, & Motamedinia, 2003; Chard, Faulkner, & Chugg, 2009; Whitney, & Glazier, 2004). Quienes la utilizan, afirman que es la definición de Naciones Unidas y usualmente no incluyen la referencia bibliográfica de donde toman la definición. Es como si esta definición circulara en varios estudios sin que ninguno haya rastreado la fuente original.

Al parecer, las categorías habitabilidad en calle absoluta y relativa aparecieron en el primer Informe Mundial Sobre Asentamientos Humanos elaborado por Naciones Unidas en 1987 (McLaren, Marquardt, & Patterson, 2005), que fue declarado como el Año Internacional del Albergue para Habitantes de Calle. No obstante en el siguiente informe de este tipo, realizado casi diez años después por el Centro de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-Habitat, 1996), no se menciona esta definición. Por el contrario, se reconoce la variedad de definiciones al respecto y se retoman exclusivamente la clasificación del Observatorio Europeo de Habitabilidad en Calle (*The European Observatory on Homelessness*), la cual, en dicho informe de Naciones Unidas, consideran útil para definir la condición de habitabilidad en calle y para evaluar su prevalencia. La clasificación incluye cuatro tipos de habitabilidad en calle: 1) sin techo (*rooflessness*), que incluye a quienes viven a la intemperie, 2) habitabilidad en calle (*homelessness*), que incluye a los que viven en

instituciones o moradas de corto tiempo, 3) acomodación insegura y 4) vivienda por debajo del estándar.

A su vez, el Informe Mundial Sobre Asentamientos Humanos de 2001, Naciones Unidas señala que: “Las personas que duermen a la intemperie - es decir, en la calle, en lugares públicos o en cualquier otro lugar no destinado a habitación humana - constituyen el núcleo de los ‘habitantes de calle’ (*homeless*)” (UN-Habitat, 2001, p. 196), y agrega que también se pueden incluir a quienes viven en instituciones de abrigo. Según este informe, esta definición, basada en estas dos categorías, soslaya cualquier tipo de variación cultural o regional. Igualmente, en este informe se aclara que quien no tiene vivienda será considerado como un “sin casa” (*houselessness*), categoría en la que se incluirían a quienes viven en casas de familiares y amigos, ya que sin esa ayuda estarían viviendo en la calle o en instituciones de abrigo. El informe señala que los “sin casa” suelen ser incluidos entre los habitantes de calle, pero no es enfático en señalar que deben ser incluidos, o que dicho organismo internacional los incluye. El informe se centra en la categoría “sin casa” y aclara algunas particularidades de las viviendas inadecuadas a partir de ciertas características materiales de las mismas.

Por otro lado, en el Informe Mundial Sobre Asentamientos Humanos de 2003 (UN-Habitat, 2003) y en el de 2011 (UN-Habitat, 2011) no se hace referencia a la habitabilidad en calle, ni utilizan la categoría “sin casa”. El informe de 2003 se centra en el estudio de los tugurios y barrios marginales, mientras que el de 2011 estudia los efectos de la urbanización y del cambio climático sobre el hábitat de la ciudad.

Por su parte, el informe de 2007 (UN-Habitat, 2007) sí retoma la definición de familia en condición de habitabilidad en calle (*homeless households*) propuesta Naciones Unidas en 1998 para ser usada con fines estadísticos, es decir, en censos poblacionales y habitacionales (UN, 1998). Según esta definición, familia en condición de habitabilidad en calle son aquellas “sin una morada (...) que llevan sus pocas pertenencias con ellos, que duermen en las calles, andenes, bajo puentes, o en cualquier otro espacio, sobre una base más o menos al azar” (UN-Habitat, 2007, p. 119). Al parecer, esta definición hace referencia exclusivamente a familias, u hogares en situación de habitabilidad en calle, y no a personas, ya que está incluida en un informe con principios y recomendaciones para censos de población y viviendas, los cuales están fundamentalmente orientados al conteo de personas dentro de una unidad habitacional o familiar.

En este informe (UN-Habitat, 2007), se agrega que las definiciones de habitante de calle en los diferentes países son variadas, pero que en general oscilan entre ser definiciones restringidas o amplias. Las primeras solo incluyen a los que duermen en la intemperie (los sin techo). Las segundas incluyen a quienes viven en casas de baja calidad, personas en riesgo de

ser habitante de calle, o quienes viven con subsidios destinados a esta población. En este reporte también se afirma que en los países en desarrollo son más comunes las definiciones restringidas, dado que las definiciones amplias incluirían a un sinnúmero de habitantes que viven en casas con estructuras deficientes.

Estas afirmaciones están apoyadas en la revisión realizada por este mismo organismo internacional en el texto *Strategies to Combat Homelessness* (UN-Habitat, 2000). En este texto de Naciones Unidas del año 2000 se incluye una amplia revisión de las discusiones sobre las definiciones de habitante de calle, y se asume una definición que incluye una dimensión tanto social (falta de vínculos con las estructuras sociales), como habitacional (no tener una vivienda con un nivel aceptable de habitabilidad). Además, en el informe se señala que solo se incluye aquellos que moran en viviendas inseguras y de mala calidad, dentro de la definición de habitante de calle, cuando viven en países desarrollados donde la seguridad habitacional es la norma.

Finalmente, es evidente que las definiciones utilizadas y propuestas por Naciones Unidas también han sido inestables y variadas. No se entiende, entonces, porque algunos textos académicos hacen referencia a la definición de habitante de calle de Naciones Unidas sin especificar de qué año y de cuál publicación se trata.

#### *1.1.4 Discusión sobre Características Definitivas de la Habitabilidad en Calle en los Países Desarrollados*

En el Informe Sobre la Producción de Datos Sobre Habitantes de Calle y Personas Privadas de Vivienda en la Unión Económica Europea (Brousse, 2004), se retoma la discusión sobre la definición de “habitante de calle” y “privado de vivienda” en este continente, y se sintetizan las diferentes condiciones que se incluyen en las definiciones desarrolladas en los países industrializados de occidente. En este informe se incluyó un sondeo que los investigadores realizaron con diferentes personas, representantes de entidades gubernamentales, no gubernamentales y académicos que trabajaban el tema de la habitabilidad en calle en 28 diferentes países de Europa ( $n = 142$ ), a quienes se les presentó una definición amplia de habitante de calle y se les invitó a dar opiniones al respecto. Dado que en la Unión Económica Europea no se contaba con una definición unificada, ni con términos, nomenclaturas o sistemas de clasificación comunes, el objetivo de este sondeo era el de realizar una primera aproximación hacia la construcción de una definición consensuada y general.

La definición amplia a ser evaluada era la siguiente: una persona habitante de calle es alguien que no tiene acceso a una morada, la cual razonablemente puede ocupar, bien sea que esta morada sea legalmente su propiedad, sea rentada, provisionada por un empleador u

ocupada sin pagar y bajo un arreglo contractual u otro tipo de acuerdo. En consecuencia, esta persona se ve obligada a vivir:

- (a) Al aire libre.
- (b) En edificaciones que no cumplen con los criterios para una habitación humana comúnmente aceptados.
- (c) En albergues de emergencia nocturnos proporcionados por el sector público u organizaciones de caridad.
- (d) En albergues temporales de largo plazo proporcionados por el sector público u organizaciones de caridad.
- (e) En albergues tipo *bed & breakfasts*.
- (f) En otros alojamientos de corta duración.
- (g) En la casa de amigos y familiares.
- (h) En *squats* registrados (edificaciones tomadas).

Según lo reportado por Brousse (2004), esta definición tuvo cinco tipos de reacciones:

1) Quienes la aprobaron sin reservas.

2) A los que les gustó pero sugirieron cambios y aclaraciones. Aclarar, por ejemplo, que es “vivienda inapropiada para seres humanos”. Cambiar las palabras “se ve obligado” por “no tiene otra opción que”, adicionar “en situación de calle” para aclarar que su condición no es definitiva y esclarecer qué se entiende por una “acomodación que pueda ocupar razonablemente”.

3) Los que querían una definición más limitada. Proponían, por ejemplo, retirar a quienes viven con amigos o familiares, en viviendas en malas condiciones pero habitables o en albergues *bed & breakfasts*, e incluirlos en otra definición denominada en riesgo de habitabilidad en calle. Otros, dentro de esta categoría, proponían que los que viven en *bed & breakfasts* fueran incluidos solo si vivían en estos albergues con apoyo de una Organización Gubernamental o una ONG.

4) Los que querían una definición más amplia. Pedían, por ejemplo, incluir presos que van a salir en libertad y no tienen vivienda, ancianos abandonados en ancianatos, quienes viven en barrios marginales o pobres, quienes están en riesgo de desalojo, quienes viven en hacinamiento, quienes tienen deficiencias físicas y viven en viviendas inadecuadas para esa condición, entre otros.

5) Los que lamentaron que la definición se basaba únicamente en criterios relativos a condiciones de vivienda. Algunos sugerían, por ejemplo, que el tiempo puede ser una variable a incluir en la definición.



Los resultados de este estudio resumen, en gran medida, las diferentes características con las que se ha venido definiendo la habitabilidad en calle en los países desarrollados de occidente. Así mismo, presenta las discusiones y los puntos de discordia más frecuentes que separan a quienes abogan por definiciones restringidas y a quienes lo hacen por definiciones amplias. No obstante, estas definiciones son fundamentalmente operacionales y por lo mismo se centran en la dimensión habitacional. Esto se explica debido que el informe tiene como objetivo principal el de ser un marco de referencia para la posible unificación de bases de datos, así como para la homologación de métodos de producción de estadísticas sobre la situación de habitabilidad en calle en Europa.

Teniendo en cuenta este objetivo, después de estudiar varias definiciones utilizadas en diferentes países de Europa, y teniendo en cuenta la retroalimentación recibida a la definición amplia, Eurostat (Brousse, 2004) finalmente propone, a los países europeos, la siguiente definición de trabajo sobre lo que denominarán “personas privadas de una morada” y que incluiría a los habitantes de calle: Una persona que experimenta la privación de vivienda es alguien que no tiene acceso, durante el período de tiempo de referencia, a una acomodación que cumple con los criterios comúnmente aceptados para morada de seres humanos, y que por lo tanto no le queda otra opción que “dormir”:

- (a) Al aire libre, en edificaciones o alquileres no diseñados para que vivan seres humanos
- (b) En un alojamiento temporal de corta duración, otorgado por un organismo público o una ONG, ya sea que se trate de
  - un dormitorio o sala de estudio en una institución comunal
  - un hotel o casa de huéspedes (incluyendo alojamientos tipo *bed & breakfast*)
  - una unidad de vivienda independiente
- (c) En un alojamiento temporal, en un hotel o casa de huéspedes (incluye alojamiento y desayuno) otorgado mientras el usuario adquiere una casa de la propia.
- (d) En casa de amigos o familiares, cuyo alojamiento es proporcionado temporalmente dado que este individuo no tiene donde morar.

Agregan que las características de una morada apta para seres humanos incluiría: a) Estructura estable, sin deterioro grave o humedad, con una iluminación adecuada, calefacción, ventilación, agua potable, instalaciones satisfactorias para la cocción y preparación de alimentos; aseo adecuado, baño / ducha para uso exclusivo y con agua caliente y agua fría, y un sistema de drenaje de aguas residuales eficaz. b) Con suficiente espacio para evitar que dos personas mayores de 10 años, del sexo opuesto, que no sean esposos, se vean obligadas a

dormir en la misma habitación, y que no sea necesario tener más de dos personas por habitación. Y c) libre de ruido excesivo o contaminación del aire.

Como se puede observar, esta definición está enfocada en la dimensión habitacional de la habitabilidad en calle y toma como punto de referencia en lugar donde duermen. Es una definición amplia, ya que busca abarcar todas las definiciones utilizadas en los diferentes países de Europa. No obstante, está dividida en numerales que permiten identificar niveles en la situación de habitabilidad en calle, así como niveles en la calidad de la unidad habitacional temporal a partir de las características materiales de las viviendas. Por otro lado, resulta discutible el hecho de que se afirme que una persona privada de vivienda “se ve obligada” a morar en sitios no adecuados para vivir, ya que se sugiere que en todos los casos son víctimas de esta situación y en ninguna caso son agentes de la misma. Efectivamente, algunas investigaciones, incluso en países europeos y norteamericanos, señalan que algunos habitantes de calle se encuentran en dicha situación por voluntad o decisión propia, independiente de que cuenten con una familia o un hogar donde vivir (Cabrera et al., 2008; United States Conference of Mayor, 2010).

Finalmente, los investigadores de Eurostat (Brousse, 2004) presentan una sugerencia sobre las dimensiones que se deberían incluir en las definiciones de habitante de calle, con el fin de que los estudios o conteos basados en dichas definiciones sean factibles de comparación. Se trata de las siguiente cuatro dimensiones: 1) física, en qué tipo de “hábitat” la persona pasa la noche, 2) jurídica, con qué derecho o estatus mora en determinado lugar; 3) temporal, por cuánto tiempo puede permanecer allí, y; 4) confort, que es opcional y que tomaría en cuenta servicios como suministro de electricidad, control de humedad, ruido, etc. Esta propuesta está pensada para el contexto propio de los países desarrollados de occidente, no obstante las dimensiones propuestas son amplias y pueden resultar útiles para las construcción de definiciones de habitante de calle de países en vía de desarrollo.

Respecto a la definición de habitante de calle en los países desarrollados, solo basta agregar que hay contextos en los que se trabajan definiciones que incluyen distinciones entre individuos y grupos familiares en situación de calle. Este es el caso de Estados Unidos, donde se realiza una conferencia anual sobre la situación de habitabilidad en calle de varias de las principales ciudades del país, en la cual se presenta un informe denominado “*A status report on Hunger and homelessness in America’s Cities*” (United States Conference of Mayor, 2010). Este informe está basado en un cuestionario estandarizado que los gobiernos de las diferentes ciudades deben diligenciar, y consolida, para cada ciudad, la información sistematizada de los diferentes programas y servicios que atienden a esta población. El cuestionario indaga, de forma diferenciada y evitando caer en datos duplicados, sobre individuos que se encuentran

solos en su situación de habitante de calle, y familias o grupos familiares (incluyendo parejas y adultos con niños) que se encuentran juntos experimentando esta situación. Los primeros experimentarían la habitabilidad en calle individual (*single homelessness*) y los segundos la habitabilidad en calle familiar (*family homelessness*). En este último grupo también se diferencia entre las familias que incluyen niños y niñas, y las que no. Esta diferencia es pertinente, ya que pocos estudios reconocen la posibilidad de que grupos familiares experimenten esta situación de forma colectiva, y desde luego, la vivencia colectiva es diferente a la vivencia individual, como se puede ver en los resultados de los informes de las ciudades norteamericanas.

#### *1.1.5 Definición de Habitante de Calle en Países en Vía de Desarrollo*

En América Latina en particular, y en los países en vía de desarrollo en general, no se ha presentado una discusión académica sobre la definición de habitabilidad en calle al nivel en que se ha desarrollado en los países industrializados de occidente. Tampoco hay estudios que evalúen las definiciones utilizadas en los diferentes países de la región latinoamericana. Se ha señalado que mientras que en los países desarrollados abundan los estudios sobre habitantes de calle adultos, en América Latina y en los países en vía de desarrollo son más comunes los estudios sobre niños y niñas en situación de calle (UN-Habitat, 2000; 2007).

Sin embargo, en los últimos años Tipple y Speak (Speak, 2004; Tipple & Speak, 2005, 2006, 2009) han venido reportando los resultados de un estudio amplio en el cual contrastan las categorías de habitante de calle utilizadas en países desarrollados de Europa y Norte América, con la población de países en vía desarrollo que estarían en situaciones similares. Dentro de sus investigaciones sobre habitabilidad en calle, estas autoras se propusieron indagar si las categorías utilizadas en estos países desarrollados encajaban, y de qué forma, con las realidades propias de países en vía de desarrollo de los diferentes continentes. Para cumplir este objetivo retomaron tres definiciones utilizadas en investigaciones de países desarrollados, con sus respectivas tipologías y clasificaciones, y evaluaron su aplicabilidad a los contextos de nueve países en vía desarrollo. Los países en vía de desarrollo estudiados fueron Bangladesh, China, Egipto, Ghana, Perú, India, Indonesia, Sudáfrica y Zimbabue. Los procedimientos utilizados incluyeron la revisión de la literatura local respecto a este campo, entrevistas con habitantes de calle en dichos países, así como a representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajaban con esta población. Luego analizaron la variada información recolectada y compararon la población habitante de calle con las categorías utilizadas en occidente.

Al intentar encajar la situación de vivienda y habitabilidad en calle de los países en vía de desarrollo estudiados, con las definiciones utilizadas en el occidente desarrollado, concluyen que las tipologías de los países desarrollados no son del todo útiles para comprender la situación de las personas sin hogar en los países en desarrollo. Utilizan por ejemplo, las categorías de Burke retomadas por Cooper en 1995, solo que asumen que estas tipologías son originariamente de Cooper. Crean una matriz con cada una de las tipologías citadas por Cooper y su correspondiente tipología dentro de cada uno de los países en vía de desarrollo estudiado. La matriz, desde luego, queda incompleto ya que en muchos países en vía de desarrollo no hay ningún tipo de población que encaje con exactitud en las categorías propuestas, o no hay información fidedigna que permita estimar el tamaño de la población, dentro de determinado país, que estaría en las condiciones descritas por la tipología propuesta en el occidente desarrollado.

Para estas investigadoras (Tipple & Speak, 2005), existirían por lo menos seis criterios utilizados en los países en desarrollo para definir habitantes de calle: 1) el estilo de vida, que hace referencia a quienes viven en la calles o a la intemperie; 2) la locación, un criterio similar al anterior, ya que estaría determinado por vivir transitoria o definitivamente en la calle; 3) seguridad de una morada permanente, que incluiría a quienes están en calle y quienes están en riesgo de quedarse en la calle; 4) calidad de la vivienda, que incluiría a quienes viven en barrios marginales, pero sin hacer uso de estándares tan altos como en los países desarrollados, donde se incluye a quienes viven en casas sin algún servicio básico o que requieren reparaciones; 5) recibir un seguro habitacional, utilizado en pocos países; 6) trayectoria ascendente (*Upward trajectory*), corresponde a la situación de desmejora continua de las condiciones mínimas de calidad habitacional en el espacio donde actualmente moran.

Finalmente, estas autoras consideran que el mejor criterio para diferenciar entre quienes están en situación de habitabilidad en calle, y quienes simplemente viven en casas inadecuadas, dentro del contexto propio de los países en vía de desarrollo, sería el último criterio mencionado. Es decir, que propondrían que sea evaluada la situación de la vivienda actual, para determinar si sus pobladores se encuentran en una trayectoria que los va a llevar a una situación inminente de calle, o si por el contrario, están viviendo en una casa que poco a poco va adquiriendo los estándares necesarios y acordes con el contexto local. No obstante, esta propuesta no parece ser muy fácil de operacional en estudios futuros, y nuevamente está exclusivamente circunscrita a una dimensión habitacional ambigua. Tal vez sería mejor separar con claridad la situación de vivienda precaria de la de morar en la calle.

### *1.1.6 Definiciones Utilizadas en los Censos de Habitante de Calle de Bogotá*

En la capital de Colombia, Bogotá, se han realizado cinco censos de habitantes de calle desde 1997. Ramos et al. (2009) revisaron y discutieron las definiciones utilizadas en los primero cuatro censos de esta población en Bogotá, así como las utilizadas en otros censos realizados en Colombia. Estos autores señalan que en el primer censo, realizado en Bogotá en 1997, a esta población se les denominó “indigentes”, pero simultáneamente se definían como “personas que han hecho de la calle su hábitat”. Dos años después se realizó el segundo censo de esta población en la ciudad capital, donde se les denominó “habitantes de calle”. Sin embargo, en dicha oportunidad, no se aclaró cuál era la definición a la que hacían referencia con dicho término (Ramos et al. 2009). En el tercer censo de habitantes de calle de Bogotá, realizado en 2001, se utilizó de nuevo el término habitante de calle, y esta población fue definida como cualquier persona que, voluntariamente o no, decide hacer de la calle su hábitat (Ramos et al., 2009). Posteriormente, en el cuarto censo de esta población, realizado en Bogotá en 2003, según lo señalan Ramos et al. (2009), se asume que existirían habitantes “de” la calle y habitantes “en” la calle. Según esta diferencia, los primeros corresponderían a una persona de cualquier edad que, usualmente, ha roto de forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio de vida permanente. Como se verá más adelante, esta definición parece ser retomada de las diferencias propuestas por UNICEF para niños y niñas de la calle.

Ramos et al. (2009) señalan que los términos utilizados y el intento de definir la población en situación de calle, en los respectivos censos realizados en Bogotá, eran muy sugerentes pero demasiado vagos. Efectivamente, las definiciones oscilaban entre una situación social, como lo es el residir en la calle, y una dimensión ecológica: hacer de la calle su hábitat. Sin embargo, estas características definitorias no eran lo suficientemente aclaradas o conceptualizadas. Igualmente, tratándose de estudios cuantitativos, las definiciones no señalaban criterios precisos y objetivos de inclusión y exclusión de las personas a ser censadas. Estos autores, para el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá, deciden nuevamente hacer uso del término habitante de calle, entre otras razones, porque el término ya estaba lo suficientemente asociado con la población que representa. No obstante, para este censo, la definición conceptual e instrumental fue redefinida.

El marco conceptual que fue utilizado por Ramos et al. (2009) para definir la habitabilidad en calle en el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá, se fundamentó en un modelo sociológico estructuralista (Bourdieu, 2003). Según el modelo propuesto, en la realidad social subyacen estructuras sociales que influyen en los patrones de comportamiento de las personas (Ramos, 2004). Teniendo en cuenta este presupuesto, se asume que la forma en que los individuos de una sociedad hacen uso de espacios y construcciones urbanas, determina en

cierta medida la posición social, económica y cultural de los mismos, así como ciertos esquemas de conducta. Se retoman, entonces, tres actividades que tienen lugar en diferentes espacios urbanos, y que se vinculan con dichas estructuras sociales subyacentes: 1) las actividades de reproducción de la vida privada, como dormir, asearse, tener relaciones sexuales, etc.; 2) actividades económicas y ocupacionales, y; 3) actividades de tiempo libre.

Estas actividades, en los habitantes de calle, estarían circunscritas en gran medida a la calle, en un sentido amplio del término calle. Siguiendo a Bourdieu (2003), Ramos et al. (2009) señalan que esta limitación en la estructuración de la vivienda traería consigo la suspensión o anulación del valor de acumulación de otras propiedades sociales. Por ejemplo, el capital simbólico, representado por cualidades positivas como la honradez o la competencia, es subestimado cuando una persona habita en la calle. Así mismo, ciertas formas de capital cultural, como los títulos académicos adquiridos, serían ignorados y desvalorizados si un sujeto en esta situación se postula para un empleo y da indicios de su condición de habitante de calle.

A partir de este marco conceptual, Ramos et al. (2009) contraponen dos tipos de habitantes urbanos, quienes residen en viviendas prototípicas, y quienes por oposición, residen en viviendas no prototípicas o en la calle. Esta diferencia les permite construir una definición operativa, que al mismo tiempo está conectada con un marco conceptual que le sirve de referencia.

Señalan que residir debe ser entendido como el espacio donde un individuo reproduce buena parte de las actividades propias de la vida privada, siendo el dormir la actividad más estable y precisa, por lo que será seleccionada como la actividad definitoria (operacionalmente) del lugar donde un individuo está residiendo. Así mismo, vivienda prototípica será definida como una edificación independiente, separada y estructuralmente estable, en la cual sus ocupantes residen, en el sentido de que reproducen las actividades propias de la vida privada, haciendo de ella su hogar. Las viviendas prototípicas más comunes serían la casa, el apartamento y el cuarto (incluso dentro de una pensión).

Hogar, a su vez, es definido como el espacio social que emerge cuando varias personas comparten una vivienda y se someten a normas implícitas, en ocasiones asociadas a jerarquías familiares, así como a ciertos intercambios simbólicos, afectivos o materiales. Esta convivencia crea entre ellos una particular forma de vínculo social, un sentimiento de pertenencia o una sensación de cooperación mutua.

Por otro lado, estos autores definen lugares especiales de alojamiento como aquellas edificaciones con características de vivienda que sirven de lugar de residencia para varios individuos, pero que son gestionadas, ofrecidas y administradas por entidades que tienen algunos objetivos respecto a quienes viven allí. Igualmente, aclaran que será considerado

habitante de calle, aquellos individuos que viven en lugares especiales de alojamiento, cuando, consciente o inconscientemente, lo hacen para evitar, suspender o terminar con la residencia en viviendas no prototípicas. Finalmente, definen la calle desde una perspectiva amplia, que incluye parques, alamedas, puentes y zonas verdes.

En este orden de ideas, Ramos et al. (2009) definen la habitabilidad en calle en contraposición con el residir en una vivienda prototípica. Por lo tanto, incluyen a quienes viven en la calle (en el sentido amplio), a quienes lo hacen en sitios especiales de alojamiento (bajo las circunstancias ya señaladas), y a quienes residen en construcciones improvisadas, como cambuches, carruajes y automóviles. Teniendo en cuenta las anteriores conceptualizaciones, Ramos et al. (2009) propusieron la siguiente definición de habitante de calle para el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá: “Toda persona viviendo en la ciudad y que no reside en una vivienda prototípica (casa, apartamento o cuarto) de manera permanente (al menos 30 días continuos) y estable (al menos 60 días en la misma unidad de vivienda) en un momento dado; así como toda persona que reside en un lugar especial de alojamiento como recurso o estrategia para evitar, suspender o terminar con la residencia en viviendas no prototípicas o en calle.” (p. 29)

Esta definición de habitante de calle, en la medida en que explica y define algunos conceptos asociados al fenómeno de habitar en calle (residir, hogar, vivienda prototípica, calle, lugares especiales de alojamiento), logra ser específica y objetiva respecto a lo que se entiende por morar en la calle. Es decir que no solo es un término, sino que intenta ser un concepto teórico que se integra con un marco conceptual que aclara su sentido y especifica su uso.

Adicionalmente, esta definición logra identificar criterios objetivos para diferenciar entre quienes moran en una vivienda precaria, y quienes serían habitantes de calle, una diferencia que como ya se ha señalado, debe ser considerada en los países en vía de desarrollo con fines de medición del comportamiento. Según los términos utilizados en las discusiones sobre la habitabilidad en calle de los países desarrollados, se puede afirmar que se trata de una definición restrictiva, circunscrita a la dimensión habitacional, operativa y funcional para los estudios cuantitativos y de enumeración, pero conceptualmente asociada a la dimensión social de dicha problemática.

Siguiendo la propuesta de Eurostat (Brousse, 2004), la definición sugerida por Ramos et al. (2009) cumpliría con por lo menos tres de las cuatro dimensiones necesarias para una definición susceptible de comparación u homologación transnacional; 1) dimensión física del lugar donde duermen, que correspondería a la calle, a viviendas no prototípicas o lugares especiales de alojamiento; 2) dimensión temporal, que correspondería a la permanencia y la estabilidad del residir en calle, en viviendas no prototípicas u en lugares especiales de

alojamiento; 3) dimensión de confort, que correspondería a las precarias condiciones de las viviendas no prototípicas y a las características de los sitios especiales de alojamiento. Mientras que la dimensión jurídica, que haría referencia a vivir en una casa a título de propietario o no, solo aplicaría para contextos de países desarrollados, en los cuales los habitantes de calle son asemejados a quienes carecerían de una vivienda propia, y que en ocasiones reciben subsidios habitacionales, e incluso locales de vivienda.

#### *1.1.7 Términos Utilizados para Hacer Referencia a la Población Infantil en Situación de Calle en la Literatura Anglosajona*

La definición de niño, niña y adolescente en situación de calle, al igual que la definición de habitante de calle, es heterogénea e inestable y ha sido objeto de variadas revisiones y de no pocas discusiones (Aptekar, 1994; Cosgrove, 1990; le Roux, 1996; Panter-Brick, 2002, 2004; UN-Habitat, 2000; Williams, 1993). En las últimas décadas podemos encontrar diferentes denominaciones para esta población, aun así, en el contexto internacional, donde usualmente se escribe y se publica en el idioma Inglés, los términos más utilizados son *youth homeless* (jóvenes sin casa, o habitantes de calle jóvenes), *street children* (niños y niñas de la calle), y *runaways* o *throwaway* (escapados o expulsados del hogar). En su sentido literal, los tres términos hacen referencia a tres tipos diferentes de situaciones que, en todo caso, se pueden cruzar. En los países occidentales desarrollados es común que en las investigaciones dentro de este campo se estudie simultánea, e incluso indiscriminadamente, a estos tres tipos de población.

#### *1.1.8 Definición de Niños y Niñas de la Calle de UNICEF*

Según Scanlon et al. (1998), el término niños y niñas de la calle (*street children*), fue utilizado por primera vez en 1851 por Henry Mayhew en un libro denominado "*London Labour and the London Poor*". Sin embargo, este término solo tomaría su sentido actual hasta el año de 1979, año que será proclamado por Naciones Unidas como el año del niño. La definición de UNICEF, que permite diferenciar entre niños y niñas "de" la calle (*children of the street*), niños y niñas "en" la calle (*children in the street*), y niños y niñas en alto riesgo (*children at high risk*) fue desarrollada pensando en la situación de los niños y niñas de la calle de Latinoamérica (Scanlon et al., 1998).

Estas tres categorías propuestas por UNICEF son recurrentemente mencionadas en diferentes investigaciones, de diferentes partes del mundo, sobre niños y niñas de la calle, bien sea que se trate de investigaciones que asumen esta definición o de investigaciones que toman distancia de ella. Sin embargo, se observa que estas categorías han circulado en diferentes



textos académicos e informativos, sin que se haga referencia al texto original de UNICEF que dio lugar a tal distinción.

Según Trussell (1999) y Aptekar (1994), estas categorías aparecen por primera vez en un texto de UNICEF de 1985 denominado “Borrador del plan de operaciones para un programa regional de niños abandonados y de la calle”. Texto que fue redactado para atender la problemática particular de los niños de la calle de la ciudad de Bogotá, Colombia. En este texto se define niño y niña de la calle como aquellos para quien la calle, en el más amplio sentido de la palabra (incluyendo viviendas desocupadas, terrenos baldíos, etc.), se ha convertido en su residencia habitual y / o en su fuente de sustento, y quienes no están lo suficientemente protegidos, supervisados o dirigidos por los adultos responsables. De esta definición se desprenderían las tres categorías ya mencionadas.

Según la propuesta de UNICEF que identificó tres categorías diferentes, los niños y niñas “en alto riesgo” serían aquellos que viven en condiciones de absoluta pobreza, en tugurios o en casas que no satisfacen las necesidades humanas básicas. Los niños y niñas “en” la calle serían aquellos que pasan buena parte de su tiempo en la calle, usualmente trabajando y sin mayor supervisión familiar, pero que habitualmente regresan a dormir a su hogar. Y finalmente, los niños y niñas “de” la calle serían aquellos que han hecho de la calle su hogar, es decir, que incluso duermen en la calle, bien sea porque son huérfanos, abandonados o porque han huido de su familia. A pesar de que se trata de tres categorías, solo las dos últimas han llegado a tener gran aceptación y mayor uso. Seguramente porque la categoría que hacía referencia al riesgo, en los países en vía de desarrollo, abarcaba a buena parte de la población en situación de pobreza, y el término “niño pobre” tiene más aceptación y uso.

En todo caso, bien sea que se trate de las dos categorías más usadas, esta separación tiene sus problemas, ya que no se puede supeditar la diferencia entre niños “de” la calle y niños “en” la calle, al contacto con la familia o a la existencia de un hogar donde regresar, pues los estudios muestran que incluso los niños, niñas y adolescentes que pasan 24 horas en la calle, mantienen algún tipo de lazo con su familia (Paludo & Koller, 2008). Por otro lado, los términos “niño de la calle” o “niño en la calle”, sugieren que no pertenecen a una familia, que no tiene un contexto social que los incluye, y por lo tanto puede llegar a ser un preconcepto, siendo más adecuado denominarlos “en situación de calle”, como lo sugieren Koller y Hutz (1996).

Pinzón-Rondón, Hofferth y Briceño (2008) también señalan que esta definición de UNICEF es inadecuada para estudiar las diferentes situaciones de vulnerabilidad vivida por la población infantil que deambula por las calles de los centros urbanos, ya que no aclara qué se entiende por “permanecer la mayor parte del tiempo en calle”, y no diferencia entre quienes

están en la calle jugando y quienes están trabajando. Por lo anterior, ellos optan por utilizar los siguientes términos, o categorías, para referirse a los diferentes tipos de población infantil en situación de calle en las principales ciudades de América Latina: niños sin hogar (*homeless children*), niños desplazados (*displaced children*) y niños que trabajan en la calle (*children working in the street*).

Ferguson, Dortzbach, Dyrness, Dabir, y Spruijt-Metz, D. (2008), a partir de un estudio sobre instituciones destinadas a jóvenes que viven en las calles de Los Ángeles (Estados Unidos), Bombay (India) y Nairobi (Kenia), llegan a una conclusión muy parecida. Aunque estos autores inicialmente asumen la definición y las dos principales categorías propuestas por UNICEF, reportan ciertas dificultades a la hora de hacer encajar dichas categorías con los tipos de jóvenes de la calle que encontraron en las tres ciudades estudiadas. Esto los lleva a concluir que la definición de UNICEF es demasiado amplia, por lo que en ella caben diferentes situaciones de vulnerabilidad social, la cuales corresponderían a necesidades muy variadas que podrían ser conceptualizadas de forma diferenciada.

#### *1.1.9 Definiciones de Niños y Niñas en Situación de Calle Alternativas a la Definición de UNICEF*

Cosgrove (1990) propuso una definición de niños y niñas de la calle que incluiría dos dimensiones: 1) el grado de conexión con la familia, y 2) la cantidad de conductas anormales. Veale (1992) considera que la definición Cosgrove es errónea, ya que parte de la premisa de que en los niños y niñas de la calle subyace un comportamiento anormal, o desviado, que ella no encontró cuando entrevistó a niños y niñas de la calle en Sudán. Señala que tal vez habría una desviación de las normas sociales más amplias, pero agrega que si se observa desde una perspectiva de la elección racional, la inmersión de los niños y niñas a la vida en la calle, en muchos casos, correspondería a una adaptación adecuada a condiciones de viviendas insalubres o poco estimulantes. La salida a calle sería, entonces, una estrategia racional para satisfacer las necesidades básicas de una población infantil que vive bajo graves limitaciones ambientales.

De la misma forma que va a ser advertido por algunos autores que discuten el problema de la definición de habitabilidad en calle en general (Cooper, 1995; Jacobs et al., 1999), Veale, en 1992, señaló que la forma en que se define un problema social es un factor importante en la determinación de las políticas y programas que pretenden abordarlo. Bajo esta premisa, considera que la definición de Cosgrove, y el modelo patológico que le subyace, solo pueden conducir a una intervención basada en la búsqueda de estrategias para castigar o corregir el comportamiento desviado. Por esto, a ella no le resulta extraño que, tanto en Sudán como en Irlanda, el punto más común de contacto entre los canales oficiales y los niños y niñas de la

calle sea el sistema de justicia penal en aquel entonces. El enfoque de la elección racional, propuesto por ella, ofrecería una alternativa basada en la identificación de los elementos positivos o adaptativos de la inmersión en la vida en calle, que conduciría al desarrollo de estrategias de intervención que busquen empoderar a los niños y niñas en lugar de rehabilitarlos. Al reconocer que el comportamiento es racional, en términos generales, y en la medida en que el niño actúa en beneficio de sí mismo, Veale considera que la propuesta de este modelo no sería necesariamente retirar al niño del ambiente de la calle (su fuente de sustento), sino fortalecer sus habilidades y oportunidades de trabajo en la calle, de una manera que sea apropiada para su desarrollo. Y agrega que, paralelo a esta tipo de abordaje de los niños y niñas de la calle, hay que evitar que la pobreza y la deserción escolar lleven más chicos a la calle, creando ambientes más favorables y con mayores ventajas y oportunidades para ellos.

En la misma línea de pensamiento se encuentra Aptekar (1994), quien al referirse a las dos dimensiones de la definición de Cosgrove (desconexión familiar y comportamiento desviado), afirma que si bien es cierto que en diferentes culturas los niños y niñas de la calle están desvinculados de la familia, no obstante, no parece evidente que los comportamientos anormales, o desviados, son una característica exclusiva o particular de esta población. Este investigador, por su parte, ya había propuesto una definición basada en categorías que dependían del estadio en que se encontraba el niño, o la niña, dentro del proceso progresivo de inmersión a la vida de calle (Aptekar, 1988).

Por su parte Lusk, a partir de una experiencia previa de aproximación al tema de los niños y niñas en situación de calle en el contexto de latinoamericano (Lusk, 1989), y dentro de una investigación sobre la situación de esta población en el contexto brasileiro (Lusk, 1992), propone cuatro categorías definitorias de los que, hasta ese momento, eran comúnmente denominados como niños y niñas de la calle. Las categorías de Lusk son: 1) trabajadores de la calle, que reúne a quienes trabajan en la calle, aunque aun asisten con alguna frecuencia a la escuela, no delinquen y retornan a sus hogar en las noche; 2) trabajadores de la calle independientes que, a diferencia de los anteriores, han empezado a romper los lazos familiares, asisten con menos frecuencia a la escuela y presentan algunas conductas delictivas; 3) miembros de familias en situación de calle, que trabajan y viven con su familia en la calle, y; 4) quienes viven en calle y han roto el contacto con sus familias.

Panter-Brick (2002) considera que durante el reciente cambio de siglo, el término niños y niñas de la calle (*street children*), así como las categorías propuestas por UNICEF, empezaron a ser desplazados por un nuevo concepto y otra perspectiva de investigación. Si el término y las categorías promovidas en los 80s por UNICEF surgieron en el contexto latinoamericano, esta nueva perspectiva emerge ahora de los estudios sobre habitantes de calle

(*homeless*) realizados en los países industrializados. Para esta autora, ya no hay un interés marcado, tantos en las investigaciones académicas como en las instituciones de intervención, por diferenciar entre chicos de la calle y chicos pobres o en situación de adversidad. Es por eso que el nuevo término, que empezaría a remplazar al de niños y niñas de la calle, es el de niños y niñas urbanos en situación de riesgo. Señala, además, que ya había muchas evidencias de que los niños y niñas entraban y salían de su situación de calle de forma intermitentemente, y de que la vivencia de calle no representaba la totalidad de su experiencia de vida. Por eso, para esta autora, esta nueva perspectiva ya no se centra en la calle, ni en un supuesto estilo de vida callejero, sino en los niños y las niñas en sí, y en las dinámicas y variadas situaciones de riesgo que a diario experimentan.

Este cambio de enfoque estaría influenciado por el acenso del discurso de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y por una nueva perspectiva de estudio centrada ya no en la inconveniencia de la vida en calle, sino en las estrategias de *coping* para sobrellevar la adversidad (Panter-Brick, 2002). Esta autora también señala que el término y las definiciones de niños y niñas de la calle, centrados en el estar calle y en los vínculos inapropiados con la familia, han sido criticados por: 1) ser demasiado genéricos para una situación que es heterogénea; 2) no corresponder con los relatos de los chicos que hablan de constantes tránsitos entre la calle y el hogar; 3) tener connotaciones peyorativas, y; 4) desviar la atención de un grupo más amplio de niños y niñas en situación de pobreza y exclusión social. Como se puede observar en la última crítica, Panter-Brick le apunta a una definición amplia de niños y niñas de la calle, la cual incluiría a quienes se encuentran en situación de pobreza o de exclusión social. No obstante, a esta propuesta también le cabe la crítica de que es demasiado amplia y pretende estudiar simultáneamente situaciones que son de por sí heterogéneas.

Por su parte, Morais, Neiva-Silva y Koller (2010) presentan un análisis de la forma en que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle han sido definidos y caracterizados en el contexto brasileiro. Subrayan, al igual que Aptekar (1988), que a la situación de calle se llega a partir de un proceso complejo y gradual que está asociado con situaciones previas de vulnerabilidad. Estos autores señalan que al intentar identificar esta población con fines de investigación o intervención, es importante determinar en qué etapa de este proceso se encuentran.

Según Morais et al. (2010), antes de 1990 las definiciones sobre niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Brasil eran estáticas. A partir de esta década, la proliferación de varios estudios sobre esta población infantil, desarrollados en diferentes ciudades de Brasil, empezó a hacer emerger nuevos indicadores que sirvieron para caracterizar y redefinir esta situación. Según estos autores, las nuevas definiciones se basan en el dormir en

la calle así como en el tipo de relaciones que mantenían con la familia. Finalmente, el reconocimiento de la heterogeneidad de las situaciones vividas por los niños y niñas en esta condición, y el hecho de que se trataba de una situación dinámica y variable, llevó a que en este país se impusiera el término niños y niñas en situación de calle, desplazando los términos propuestos por UNICEF de niños de la calle.

Al dejar al lado los términos propuesto por UNICEF, era necesario construir una caracterización de niños, niñas y adolescentes en situación de calle adecuada para el contexto brasilero, y que permitiera diferenciar entre infantes pobres y aquellos en situación de calle. Morais et al. (2010) proponen una caracterización, que no siendo operativa, está pensada para fines de investigación. Según esta propuesta serían considerados en situación de calle aquellos niños, niñas o adolescentes que: a) permanecen parte del tiempo en la calle, y no simplemente transitan por las calles yendo de su casa a la escuela; b) lejos de, o sin un lugar de referencia residencial, característica que permitiría diferenciarlos de los niños pobres que socializan o se recrean frente a sus casas, y; c) sin la presencia de un adulto responsable, característica que parte del supuesto de que la supervisión de un adulto responsable representa un factor protector frente a los riesgos a los que se expone los niños y las niñas en la calle. Sin embargo, también reconocen que los niños, niñas y adolescentes más adultos ganan cierta autonomía que les permite permanecer en la calle sin supervisión de sus padres, por lo que siguieron adicionar a esta última característica la expresión “en horario incompatible con lo esperado para su edad”.

Al igual que en algunas definiciones utilizadas en los Estados Unidos (Sanabria, 2006), Morais et al. (2010) proponen una definición que excluiría a los hijos o hijas de habitantes de calle, quienes junto a sus padres permanecen en esta situación. Finalmente, se trata en definitiva de una definición sencilla, centrada en la condición de riesgo y vulnerabilidad vividas en la calle, y que no separa a quienes duermen en la calle de quienes permanecen solo parte del día en ella. No obstante deja algunas características definitorias para que sean determinadas según las particularidades del contexto estudiado, por ejemplo el número de horas de exposición a la situación de calle y la distancia que determinaría el estar lejos del hogar. De esta forma, le apuestan a una caracterización flexible, realista con la complejidad de un fenómeno que no se deja encajar con definiciones estáticas, pero que al mismo tiempo abre un espacio a la subjetividad de los investigadores, quienes en determinado momento estarían definiendo quien está en situación de calle y quien no lo está.

Como ya ha sido señalado, la definición de niños y niña de la calle propuesta por UNICEF fue construida pensando en el fenómeno colombiano, por esta razón buena parte de la investigación realizada en las 80s y 90s en este país tuvieron como fundamento esta definición. No obstante, durante el año de 2006 se realizó un estudio de caracterización y cuantificación de

esta población en 16 de las principales ciudades capitales de Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007), en el cual se utilizó el término niños, niñas y adolescentes en situación de calle, y se definió la población objetivo como aquellos menores de 18 años que: a) carecen de algún tipo de monitoreo familiar, es decir, no mantienen vínculos familiares o sus contactos son esporádicos; b) han desarrollado estrategias que les permiten obtener sus propios recursos de supervivencia; c) son trashumantes, es decir, vagan de un lugar a otro, dentro de la misma ciudad o de una ciudad a otra; c) se encuentran por fuera del sistema educativo, ya que no asisten a la escuela o colegio; y d) duermen solos o en galladas, en residencias o en la calle.

Esta definición toma distancia de la propuesta por UNICEF en los años 80s, y no utiliza las clásicas categorías propuestas por este organismo internacional. En este caso se trata de una definición que combina características sociodemográficas (como la desvinculación a la escuela), del estilo de vida (como por ejemplo dormir en galladas - grupos numerosos-, deambular por las calles y ser recursivos a la hora de conseguir dinero), y finalmente toman en cuenta el lugar donde duermen. No obstante, esta definición no especifica el tiempo y la frecuencia de estas actividades, por lo que desconoce las dinámicas transitorias de esta condición. Por otro lado, también deja por fuera a los niños y niñas que permanecen junto a su familia en la calle.

Sobre este último punto, hay que señalar que el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (Ramos et al, 2009) encontró 137 personas (2% del total entrevistado) que afirmaron haber iniciado la habitabilidad en calle siendo bebés (entre 0 y 3 años), y 1877 (27%) siendo niños o niñas de entre 4 y 12 años. Muy probablemente una buena cantidad de estas personas iniciaron la habitabilidad en calle en compañía de sus padres. La permanencia de padres con sus niños en los sectores de elevada concentración de habitantes de calle aun es visible en Bogotá. En estos, contextos la violencia y el consumo de drogas son muy comunes (Alcaldía Mayor de Bogotá- Secretaria Distrital de la Integración Social, 2010, Ramos, 2009). Un video filmado en una de estas zonas, y disponible en internet (<http://youtu.be/tMUIOW8X8DE>), muestra, por ejemplo, a un niño habitante de la calle de aproximadamente ocho años de edad, con alto grado de deterioro físico, consumiendo droga junto a la que sería su madre. Una tercera persona señala que el niño sólo se dedica a consumir droga, que incluso roba o pide limosna únicamente para conseguirla, y agrega que eso ocurre porque la mamá se lo “alcahuetea”. Frente esta escena, y según algunos testimonios similares, resulta difícil creer que los padres que permanecen junto a sus hijos en la calle se encargan de protegerlos, o que reducen los riesgos a que ellos se enfrenan. Pude que tengan algunas características diferentes, pero la experiencia de calle y el grado en que los impacta, puede ser muy semejante a los demás niños y niñas en esta situación.

### *1.1.10 Definición de Jóvenes en Situación de Calle*

Como ya ha sido señalado, dentro de las defunciones de habitante de calle (*homeless*) es usual que no se excluya ningún rango etario (Brousse, 2004, UN-Habitat, 2000). Por esto, el término jóvenes habitantes de calle (*youth homeless*) estaría circunscrito a un rango etario de la población habitante de calle en general, que usualmente corresponde a las edades comprendidas entre los 15 y 25 años. Al igual que los habitantes de calle en general, los jóvenes habitantes de calle son una población heterogénea, cuya definición ha sido construida y popularizada especialmente dentro del contexto particular de los países desarrollados. No es común que se utilice esta expresión, ni que se estudie este tipo de rango etario, en los países desarrollados, donde es más común el término adolescentes, que incluye rangos etarios entre los 12 y los 18 años. Como ya se ha mencionado, las definiciones de habitante de calle de los países desarrollados de occidente no se ajustan a la realidad de los países en vía de desarrollo, ya que en estos últimos los problemas sociales y económicos son más profundos, y los rangos con los que se define la marginalidad, la exclusión social o la vivienda inadecuada, no son comparables.

### *1.1.11 Algunas Conclusiones Respecto a la Discusión sobre la Definición de Habitante de Calle*

Finalmente, después de esta corta revisión sobre las definiciones de habitante de calle, y de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de calle, se puede concluir que las definiciones utilizadas para nombrar esta población son variadas, son dinámicas, tienen múltiples dimensiones, tienen connotaciones políticas y metodológicas, y han sido objeto de variadas discusiones. Por otro lado, se evidencia que algunos investigadores asumen desprevenida una definición, y que las definiciones respaldadas por organismos internacionales suelen circular de una publicación a otra, generando algunas imprecisiones y reflejando un desinterés de los investigadores por remitirse a las fuentes originales.

También se observa que definir ha sido sinónimo de categorizar. Por ejemplo la definición de UNICEF sobre niños y niñas de la calle, suele ser remplazada por las categorías que de ella emergen. No obstante, es claro que las definiciones pueden llegar a ser más precisas cuando se apoyan en características o situaciones específicas que permiten determinar si una persona está o no en situación de calle.

Por otro lado, hay diferencias significativas en la forma en que se define habitante de calle en los países desarrollados con respecto a los países en vía de desarrollo. En los primeros, las definiciones, por lo general, son amplias e incluyen tanto a quienes no tienen vivienda propia como a quienes viven literalmente en la calle o en instituciones de abrigo. Mientras que

en los segundos, las definiciones son más restringidas, limitándose a quienes viven en calle o a quienes viven en instituciones de abrigo especialmente diseñadas para los que han vivido en la calle. Por eso, es importante que cuando se hagan revisiones teóricas, metanálisis, o discusiones a partir de los hallazgos de una investigación, en los cuales se requiere comparar de alguna forma diferentes investigaciones, se tenga en cuenta las definiciones de habitante de calle utilizadas en cada estudio.

Ahora bien, a pesar de que se afirma que no hay diferencia conceptual entre un menor de edad habitante de calle y un adulto en esta situación (Brousse, 2004; UN-Habitat, 2000), las definiciones usadas para niños y niñas de la calle, o niños y niñas en situación de calle, no siempre encajan con la definición de habitante de calle. En la figura 1 se presenta un esquema de la intersección entre las definiciones de habitante de calle, y las definiciones de niños y niñas de la calle, que permite ver las discrepancias, a groso modo, entre las diferentes formas en que han sido definidas cada una de estas poblaciones. Este esquema ha sido construido teniendo en cuenta el lugar donde duermen los diferentes tipos de habitante de calle, y los niños y niñas en situación de calle, y retomando las características de las diferentes definiciones que se han reseñado. De esta forma, este esquema representa un intento de síntesis de las discusiones aquí presentadas.

Como se puede observar en la figura 1, solo la definición más amplia de habitante de calle, usualmente propuesta en los países desarrollados (Brousse, 2004), concuerda e incluye a las diferentes definiciones de niños y niñas de la calle, o en situación de calle, que usualmente se encuentran en la literatura científica. Las definiciones restringidas de habitante de calle, comúnmente utilizadas en los países en vía de desarrollo, no encajan ni con la definición de UNICEF de niños y niñas de la calle, ni con la definición propuesta por Morais y colaboradores para investigar a los niños y niñas en situación de calle en Brasil (Morais et al., 2010). Esta definición restringida de habitante de calle, que podríamos asimilar con la definición propuesta para el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (Ramos et al., 2008, 2009), encajaría únicamente con la definición de niños y niñas “en” la calle de la clásica división propuesta por UNICEF, si a ella le sumáramos a los niños y niñas que viven con sus familias en la calle.

Este esquema también muestra que las características que mejor sirven para comparar los diferentes tipos de habitantes de calle, de diferentes culturas o de países con diferentes niveles de desarrollo, sería la de dormir en la calle, y en el caso de quienes duermen en instituciones de abrigo, sería la experiencia previa de haber dormido en calle. Esta última característica permite diferenciar, por ejemplo, entre niños de la calle que han ingresado a abrigos, y niños abandonados en instituciones a temprana edad y que no presentan ninguna experiencia previa de calle. Igualmente permitiría diferenciar entre adultos habitantes de calle



que han ingresado a instituciones de abrigo, y adultos que después de una catástrofe, o situación de emergencia, se ven obligados a dormir temporalmente en instituciones de abrigos. Como lo señalan varios autores, estas diferencias son necesarias ya que se trata de poblaciones con características y necesidades de intervención muy diferentes. En la presente investigación se hará uso de la definición de habitante de calle utilizada durante el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (Ramos et al, 2008, 2009), privilegiando las diferencias que hay entre habitantes de la calle que duermen en la calle y personas que tienen experiencia de calle, pero que cuentan con un casa y / o un hogar donde vivir.

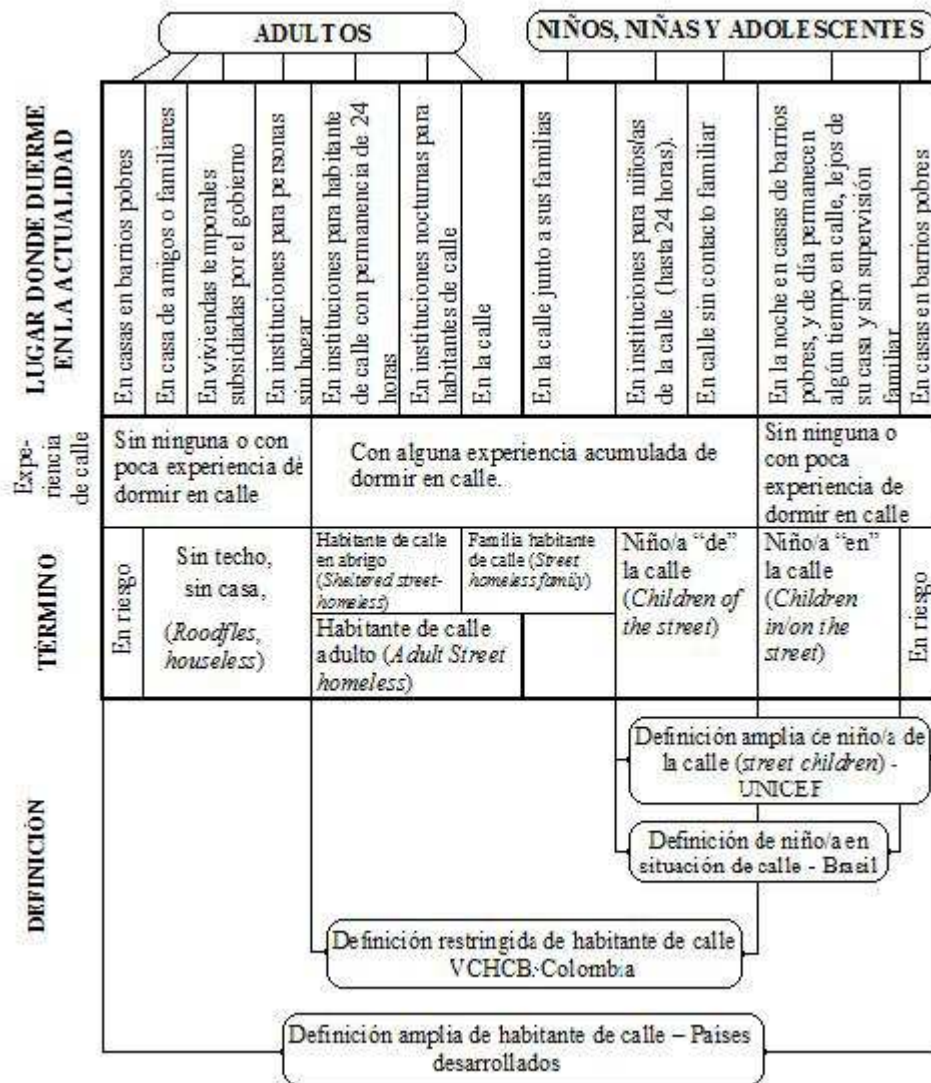


Figura 1. Esquema de intersección de las definiciones de habitante de calle y de niños, niñas y adolescentes en situación de calle

## ***1.2 Parte II - Estudios sobre Consumo de Drogas y Salud Mental en Habitantes de la Calle***

En este apartado se realizará una breve revisión bibliográfica sobre las temáticas relacionadas con la habitabilidad en calle que serán estudiadas en la presente investigación. Es decir, el consumo de drogas y la salud mental, así como otras temáticas complementarias asociadas a esta condición, como las razones expulsoras (razones por las cuales se encuentran en situación de calle), las redes de apoyo y la violencia recibida y perpetrada dentro de la población habitante de la calle. Para esta revisión bibliográfica se tomarán en cuenta dos etapas de la vida: 1) infancia-adolescencia y 2) adultez-vejes. Aunque esos dos grupos corresponden a varias etapas de la vida, la investigación en esta área, y con este tipo de población, suele separarse entre quienes investigan niños, niñas y adolescentes en situación de calle y quienes investigan mayores de edad habitantes de calle. Por esta razón se mantendrá esta división. Es decir que cuando se hable de adultos se puede estar haciendo referencia tanto a adultos como a ancianos. Sin embargo, al final de esta revisión se incluirá una pequeña reseña de dos investigaciones que se realizaron con población de la tercera edad exclusivamente. Ahora bien, el consumo de drogas y la salud mental han sido ampliamente estudiados en habitantes de calle de los países desarrollados de occidente, por ello, en la presente investigación, se van a incluir exclusivamente los estudios más actuales, realizados o publicados en los últimos diez años, con la población de dichos países, mientras que cuando se hable de América Latina será necesario remitirse a investigaciones más antiguas.

### ***1.2.1 El Estudio de la Habitabilidad en Calle***

La presencia de habitantes de la calle es un fenómeno común en muchos países de los cinco continentes. Este no es un fenómeno exclusivo de las grandes ciudades y de hecho, en los últimos años, se han adelantado caracterizaciones de la habitabilidad en calle en zonas rurales de países como Estados Unidos (Aron & Fitchen, 1996; Edwards, Torgerson, & Sattem, 2009), Inglaterra (Cloke, Milbourne, & Widdowfield, 2001, 2002) o Australia (Beer et al., 2005). Estos estudios reportan que hay semejanzas y diferencias entre los habitantes de calle de zonas urbanas y rurales respecto a características sociodemográficas, tiempo en calle y posibilidades de acceso a programas y servicios, entre otros. Dentro de las diferencias encontradas en Estados Unidos se destaca el hecho de que los habitantes de la calle de zonas urbanas presentan una prevalencia más alta de enfermedades mentales y de abuso de sustancias psicoactivas (SPA), que los habitantes de calle de zonas rurales. Este hallazgo contrasta con el hecho de que las tendencias de consumo de SPA de la población general en este país son iguales en zonas urbanas y rurales (National Alliance to End Homelessness, 2007), por lo que dichos hallazgos sugieren que los centros urbanos tienen un efecto diferenciado en el consumo

de drogas de los habitantes de calle con respecto a la población general, un efecto del incremento en su consumo.

Por otro lado, se observa que el estudio de las problemáticas asociadas a la habitabilidad en calle se ha incrementado significativamente en las últimas cuatro décadas. Sobre habitantes de la calle, en los últimos años, se ha estudiado condiciones de salud física (Daiski, 2007, Kelly & Caputo, 2007; Morrison, 2009), presencia de comportamientos delictivos (Greenberg & Rosenheck, 2008; Lee & Schreck, 2005), factores de riesgo y protección (Shelton, Taylor, Bonner, & van den Bree, 2009), consumo de alcohol y drogas ilícitas (Tyler & Johnson, 2006) y presencia de enfermedades mentales (Bonin, Fournier, & Blais, 2009), entre otras temáticas.

### 1.2.2 Definición de Consumo de Drogas

Derrida (1995) considera que no existe una definición objetiva del concepto droga, y que su definición siempre ha sido histórica, convencional o institucional. Efectivamente, no existe una fórmula química o una característica física que abarque las diferentes sustancias que hoy en día se consideran drogas, y algunas de ellas, en culturas indígenas o en la antigua Grecia, fueron consideradas como medicinas u objetos rituales. Su caracterización, más que estar circunscrita al objeto en sí, está relacionada a los efectos que su uso producen en el organismo y /o a las alteraciones decurrentes en el comportamiento. En la presente investigación se hará referencia a consumo de drogas o uso de Sustancias Psicoactivas (SPA) de manera indiscriminada.

Las definiciones de uso de drogas son variadas y cambiantes. Respecto al consumo de drogas, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* - DSM-IV-TR (APA, 2000) parte del presupuesto de que no todo consumo de sustancias psicoactivas es indicador de la presencia de un cuadro de trastorno mental asociado. Para el caso de la categoría “abuso de sustancias”, se requiere de la presencia de un consumo durante un periodo de tiempo de un año o más, el cual habría afectado el cumplimiento de obligaciones y/o habría acontecido en situaciones de riesgo. Para el caso de la categoría “dependencia de sustancias” se espera, adicionalmente, la presencia de síntomas de tolerancia y/o abstinencia.

Por su parte, la *World Health Organization* (WHO, 2006), dentro de su clasificación internacional de enfermedades, señala que el uso nocivo de drogas se define como un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que está causando daños a la salud, el cual puede ser físico (como en los casos de hepatitis de la auto-administración de la inyección de sustancias psicoactivas) o mental (por ejemplo, los episodios de trastorno depresivo secundario a consumo excesivo de alcohol). Síndrome de dependencia, por su parte, es definido como una serie de

fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de sustancias y que por lo general incluyen un fuerte deseo de tomar la droga, las dificultades en el control de su uso, la persistencia en su uso a pesar de consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al uso de drogas que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia, y a veces un estado de abstinencia física. Esta organización agrega que este síndrome puede estar presente por el uso de una sustancia específica psicotrópica (tabaco, alcohol o diazepam), una clase de sustancias (por ejemplo, las drogas opioides), o por una gama más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

### *1.2.3 Definición de Salud Mental*

Los términos de salud y enfermedad mental están relacionados con una amplia discusión sobre lo que se considera normal y patológico (Frayze-Pereira, 1982). Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), no hay una definición adecuada que delimite con claridad el concepto de “trastorno mental”, siendo preciso trabajar con definiciones que reconozcan la heterogeneidad, no solo de los sujetos que presentan trastornos, sino incluso en lo referente a los rasgos que definen un determinado diagnóstico. Este modelo indica que se puede determinar la presencia de algún trastorno mental, a partir de la identificación de un número específico de síntomas, dentro de una lista de posibles síntomas asociados a un cuadro psicopatológico. También considera que es posible la existencia simultánea de dos o más trastornos mentales, ya que ellos no son excluyentes.

### *1.2.4 Doble Diagnóstico y Habitabilidad en Calle*

Investigaciones empíricas han encontrado que hay una fuerte relación entre el abuso de drogas y otros trastornos mentales. Se ha observado, por ejemplo, que la probabilidad de tener un diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas es 4.6 veces más alta para aquellos con esquizofrenia y 6.6 más alta para aquellos con trastornos bipolares, si se les compara con el resto de la población (Regier et al., 1990). Igualmente, se ha reportado que hay una probabilidad mayor de que las personas con doble diagnóstico experimenten estresores psicosociales más grandes en el ambiente (Dumaine, 2003) y que muchos de los doblemente diagnosticados, con abuso de sustancias psicoactivas y otras enfermedades mentales, son habitantes de la calle (Woody, 1996).

También se ha reportado, en investigaciones realizadas principalmente en países desarrollados de occidente, que la prevalencia de enfermedades mentales graves es mayor en habitantes de la calle que en la población domiciliada (Bachrach, 1992; Gelberg, Linn, & Leake, 1988). Así mismo, se ha observado que la habitabilidad en calle y haber estado en prisión incrementaban el riesgo uno de otro, y que estos factores parecen estar mediados por

enfermedades mentales y abuso de sustancias psicoactivas, así como por desventajas sociales (Greenberg & Rosenheck, 2008).

Algunos estudios consideran el consumo de drogas en habitantes de calle desde una perspectiva de las adicciones y por lo mismo lo incluyen como una enfermedad mental (Fazel et al., 2008). Otros estudios, a pesar de que consideran cuadros específicos de adicciones a drogas, trabajan el modelo de diagnóstico doble (*dual diagnosis*) para referirse a la presencia simultánea de patologías psiquiátricas y consumo de drogas en habitantes de calle (Lincoln, Plachta-Elliott, & Espejo, 2009). Igualmente, se ha encontrado que la habitabilidad en calle crónica es predictor de estrés emocional, así como de bajos niveles de *coping* positivo y altos de consumo de alcohol y drogas inyectables (Stein, Dixon, & Nyamathi, 2008). En este último estudio también se señala que la presencia de enfermedades mentales graves, y el abuso de sustancias psicoactivas, es más común en habitantes de calle que llevan bastante tiempo en esta condición. Se evidencia, entonces, que el consumo de drogas es una característica común presente en muchos de los habitantes de la calle, la cual, sumada a otros trastornos mentales, los expone a riesgo de salud física e incluso a la muerte.

#### *1.2.5 Consumo de Drogas en Habitantes de Calle de Países Desarrollados*

En un metanálisis, que contó con la revisión de 29 reportes de investigación publicados en revistas indexadas (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008), se encontró que los desordenes del comportamiento prevalentes en habitantes de calle de países de Europa Occidental y Estado Unidos fueron, en su orden, la adicción al alcohol (entre 8.1% y 58.5%), la adicción a las drogas (entre 4.5% y 54.2%), los trastornos psicóticos (entre 2,8% y 42.3%) y las depresiones mayores (entre 0.0% y 40.9%). También se reportó que había un incremento en la prevalencia de la dependencia al alcohol en los últimos años, dentro de esta población.

Resultados similares se registraron en un censo de habitantes de calle realizado en la ciudad de Vancouver (Goldberg, 2005), en el cual se identificó y entrevistó a 2174 personas de todas las edades (73% de sexo masculino), que según los criterios utilizados, se encontraban en situación de calle. En este censo se consideró habitante de calle a quienes no tenían un lugar propio donde podían residir durante más de 30 días y si no pagaban alquiler, criterio con el que se incluyó a quienes vivían en la calle (en un sentido amplio), en instituciones de abrigo o en refugios temporales y de emergencia. En esta investigación se reportó que el problema de salud más común en esta población era las adicciones a las drogas (40%), por encima de los problemas de salud física, de salud mental y de la discapacidad física, las cuales le siguieron en su orden. Se encontró, además, que las adicciones fueron más frecuentes entre quienes vivían en la calle frente a los que vivían en abrigos, así como más frecuentes entre los jóvenes frente a

los demás rangos etarios. También se encontró que los que vivían en albergos presentaron más problemas de salud mental que quienes lo hacían en la calle. Según el informe del censo de Vancouver, esta diferencia se podría deber a que en la ciudad hay muchos albergos especializados para personas con serias y persistentes enfermedades mentales.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos (Larsen, Poortinga, & Hurdle, 2004), en el cual se comparó a un grupo de 45 habitantes de calle adultos que dormían en la intemperie, con un grupo de esta población que dormía en instituciones de abrigo, encontró resultados similares al reportado por el censo de Vancouver respecto a la enfermedad mental, pero diferente respecto al consumo de drogas. El análisis discriminante, utilizado en la comparación del estudio Estados Unidos, señaló que los habitantes de calle que hacían uso de albergos tenían más probabilidades de haber recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico por orden judicial, frente a quienes dormían en la calle. Pero también se encontró, contrario al censo de Vancouver, que quienes usan albergos tienen más probabilidad de consumir grandes cantidades de alcohol con mayor frecuencia.

La influencia de las variables psicosociales y situacionales sobre el consumo problemático de drogas en habitantes de la calle, fue estudiado en Los Angeles, Estados Unidos, con una muestra de 664 participantes reclutados en albergos para esta población (Stein, Dixon, & Nyamathi, 2008). La muestra contó con habitantes de calle con edades entre 19 y 65 años ( $M = 42$ ;  $SD = 9.0$ ), siendo el 75% hombre. Las variables psicosociales incluían medidas de autoestima, apoyo social, coping negativo y positivo y estrés emocional. Las situacionales incluían el tiempo en años que habían sido habitantes de calle y la calidad de la vivienda de los últimos 30 días. Esta última variable se dicotomizó separando a quienes habían vivido en viviendas pobres (en la calle, a la intemperie, en casas abandonadas o en vehículos) y quienes no. Entre los resultados encontrados en este estudio se destacan que: baja autoestima fue predictora de mayor uso de alcohol; mayor tiempo de habitabilidad en calle fue predictor de mayor malestar emocional, menor coping positivo y uso de drogas inyectables; mientras que residir en una vivienda pobre se asoció con mayor consumo de alcohol y de drogas inyectables.

Al igual que el estudio anterior, casi todos los estudios trabajan con muestras con mayor cantidad de hombres, después de todo los conteos de esta población señalan que el número de hombres en situación de calle es muy superior al de las mujeres. Por lo tanto, buena parte de los datos que se reportan sobre esta situación serían más representativos de la población masculina que de la femenina. Sin embargo, en la actualidad se ha incrementado la cantidad de estudios que analizan las características y los determinantes de esta condición diferenciando entre hombres y mujeres. Esta perspectiva de género se puede dar en quienes estudian específicamente uno de los géneros o quienes realizan análisis de comparación entre los dos.

Desde esta última perspectiva, en Toronto, Canadá, se realizó un estudio trasversal para identificar predictores de la cantidad de drogas usadas en habitantes de la calle hombres y mujeres durante los 30 días anteriores a la entrevista realizada (Kirst, Erickson, & Strike, 2009). Se contó con una muestra de 150 jóvenes habitantes de calle (*homeless*) o envueltos con la calle (*street-involved youth*), 75 mujeres y 75 hombres, con edades entre 16 y 20 años ( $M = 19.21$ ;  $SD = 1.3$ ). Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para cada grupo de participantes, según el género, con el fin de identificar predictores de la cantidad de drogas utilizadas en los últimos 30 días, entre ellas alcohol, marihuana, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, crack y heroína. Entre los participantes de este estudio, las drogas más consumidas fueron la marihuana (73%) y el alcohol (71%), mientras que el crack solo fue consumido por un 11% de los entrevistados. También se reportó que los hombres consumieron en promedio más cantidad de drogas que las mujeres (2.5 vs 2.1). Los resultados de los análisis estadísticos señalan que en los hombres los predictores de la cantidad de drogas usadas fueron la autopercepción de mal estado de salud y haber vendido drogas en el último año, mientras que en las mujeres fueron vivir con amigos, haber tenido diagnóstico psiquiátrico en la vida y haber vendido drogas en el último año. Un problema que presenta este texto es que las autoras no especifican la definición de habitante de calle que utilizan, ni los criterios de selección de la población y el término “envueltos con la calle” deja muchas dudas sobre las condiciones de vida de la población estudiada. De hecho, señalan que el 15% de la muestra vivían en la casa de los padres en el momento de la entrevista

En la ciudad de Los Angeles, Estados Unidos, se realizó un estudio para identificar el efecto de ciertas experiencias de infancia, sobre el consumo actual de drogas, en mujeres habitantes de calle de varios orígenes étnicos (Nyamathi, Longshore, Keenan, Lesser, & Leake, 2001). Con una muestra de 1331 mujeres adultas, el estudio encontró algunas diferencias entre los heterogéneos orígenes étnicos (latinas, afrodescendientes y caucásicas) que no es el caso señalar aquí, pero en términos generales, independiente del origen étnico, este estudio encontró que las variables abuso físico en la infancia, consumo de drogas por parte de los padres, y la influencia de pares, se asociaba significativamente con el consumo actual de drogas en mujeres habitantes de calle.

Otro estudio, realizado recientemente en tres ciudades de Canadá, y que contó con una muestra de 196 mujeres habitantes de calle adultas, con una edad promedio de 35 años, identificó, por medio de un análisis de regresión múltiple, los siguientes predictores de dependencia actual a las drogas: ser más jóvenes, vivir en la calle, ser trabajadoras sexuales, y haber tenido algún intento de suicidio (Tucker, Wenzel, Golinell, Zhou, & Green, 2011). En este estudio se destaca que el consumo de drogas se evaluó con entrevistas clínicas

estructuradas, y que a diferencia de otros estudios, este contó con un buen porcentaje de participantes que vivían en la calle (46%). Tal vez eso explique porque se encontró que la droga más consumida fue el crack (58%), seguida por el alcohol (53%) y la marihuana (41%), a diferencia de la prevalencias de consumo reportadas en el estudio de Kirst et al. (2009), realizado en Toronto, donde se encontró que el crack era una de las drogas menos consumidas.

Por otro lado, una pregunta importante sobre el consumo de drogas en habitantes de calle es si ellos han recibido tratamiento o si perciben que lo necesitan, así como el papel que tiene la red de apoyo al precipitar o facilitar dicho tratamiento. Con una muestra de 273 mujeres habitantes de calle de Estados Unidos, mayores de 18 años, reclutadas en albergues y que arrojaron positivo en consumo de drogas, Tucker, Wenzel, Golinelli, Zhou y Green (2011) intentaron responder a estas cuestiones. Los resultados de su investigación señalaron que las mujeres que recibieron de su pareja apoyo a modo de información, y quienes alguna vez habían sido arrestadas, tenían más probabilidad de estar en tratamiento por consumo de drogas, mientras que quienes tenían una red social más asociada a la calle, tenían un hijo, se consideraban habitantes de calle y recientemente necesitaron tratamiento en salud mental, tenían menos probabilidad. Por otro lado, percibir que necesitaban tratamiento fue más probable en mujeres con parejas sexuales consumidoras de drogas, entre quienes tenían una red social más densa y quienes tenían historia de arresto, y menos probable entre quienes convivían con un menor de edad y llevaban más tiempo como habitantes de calle. En este estudio resulta preocupante el hallazgo que señala que vivir o tener una menor de edad está asociado con poco interés por recibir tratamiento para el consumo de drogas. Sin embargo, hay que recordar que este estudio se limitó a una población que utiliza instituciones de abrigo, y queda la duda de si recibir o percibir la necesidad de tratamiento está asociado con los mismo predictores en la población que vive en las calles.

#### *1.2.6 Prevalencia del Consumo de Drogas en Habitantes de Calle de Bogotá según el V Censo de esta Población*

Durante el V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá, realizado en 2007 en esta ciudad (Ramos et al, 2008, 2009), se identificaron 8385 habitantes de calle de todas las edades y de ambos sexos. A los 7033 habitantes de la calle entrevistados durante el censo se les preguntó, entre otros asuntos, si habían consumido cada una de las siguientes sustancias psicoactivas en el último año: cigarrillo, alcohol, marihuana, inhalantes, basuco, cocaína, medicamentos (pepas) y otras sustancias. Para cada sustancia, en caso de que la respuesta fuera afirmativa, se les preguntaba sobre la edad de inicio, la frecuencia y la intensidad de su consumo. La intensidad hacía referencia a cuantas unidades de dicha sustancia consumían en



promedio durante un día de consumo. Los análisis descriptivos sobre el consumo de drogas en el último año, según lo reportado por los 7033 habitantes de calle que accedieron a ser entrevistados fueron los siguientes.

**Cigarrillo:** el 77% de los entrevistados afirmaron consumir cigarrillo, siendo esta la sustancia psicoactiva más consumida por la población habitante de calle de la ciudad. Entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir cigarrillo, 45% comenzaron su consumo siendo infantes (4 – 12 años) y 42% siendo adolescentes (13 – 18 años). Mientras que 63% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 9% simultáneamente, 25% después de comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

**Alcohol:** el 42% de los entrevistados afirmaron consumir alcohol, siendo más frecuente su consumo entre los adultos. Entre los habitantes de la calle que afirmaron consumirlo, 29% comenzaron su consumo siendo infantes y 47% siendo adolescentes. Mientras que 52% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 7% simultáneamente, 36% después comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

**Marihuana:** el 65% de los habitantes de la calle entrevistados afirmaron consumirla, siendo su consumo más frecuente entre jóvenes adultos (19 – 25 años), ya que el 77% de ellos la consumen. Entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir marihuana, 37% comenzaron su consumo siendo infantes y 45% siendo adolescentes. Mientras que el 53% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 10% simultáneamente, 33% después comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

**Inhalantes:** Respecto a su consumo, 16% de los habitantes de la calle entrevistados afirmaron consumirlos, siendo su consumo más frecuente entre adolescentes (37% los consumen) y entre jóvenes adultos (28% los consumen). Entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir inhalantes, 35% comenzaron su consumo siendo infantes y 34% siendo adolescentes. Por otro lado, 29% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 8% simultáneamente, 47% después de comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

**Basuco (derivado de la cocaína):** El 68% de los habitantes de la calle entrevistados afirmaron consumirlo, siendo la sustancia psicoactiva ilegal más consumida entre habitantes de la calle, y con mayor prevalencia entre los adultos. Entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir basuco, 16% comenzaron su consumo siendo infantes, 41% siendo adolescentes y 25% jóvenes adultos. Por otro lado, 39% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 10% simultáneamente, 47% después comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

Cocaína: Acerca de su consumo, 12% de los habitantes de la calle entrevistados afirmaron consumirla, de los cuales 10% comenzaron su consumo siendo infantes, 39% siendo adolescentes y 21% siendo jóvenes adultos. Por otro lado, entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir cocaína, 35% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 5% simultáneamente, 41% después comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

Medicamentos: Con referencia a su consumo, el 12% de los habitantes de la calle entrevistados afirmaron sí consumirlos, siendo que 12% comenzaron su consumo siendo infantes, 42% siendo adolescente y 21% siendo joven adulto. Por otro lado, entre los habitantes de la calle que afirmaron consumir medicamentos, 27% lo hicieron por primera vez antes de ser habitantes de calle, 4% simultáneamente, 49% después comenzar a habitar en calle, y del porcentaje restante no hubo información.

### *1.2.7 Salud Mental en Habitantes de Calle*

La presencia de síntomas de enfermedad mental también ha sido ampliamente reportada en los estudios sobre la habitabilidad en calle (Fazel et al., 2008). Según la conferencia de Alcaldes de 2010 sobre la situación de habitabilidad en calle de varias de las principales ciudades capitales de Estados Unidos (United States Conference of Mayor, 2010), los gobiernos de las ciudades informaron que, en promedio, 24% de los adultos habitantes de calle son enfermos mentales graves, y que la enfermedad mental es la segunda causa que lleva a habitantes de calle individuales a esta condición.

Un metanálisis realizado a partir de la búsqueda sistemática en bases de datos de revistas indexadas, encontró 17 textos, principalmente de Estados Unidos, en los que se reportaba la evaluación de funciones cognitivas en habitantes de calle (Spence, Stevens, & Parks, 2004). Los autores señalan que aunque el número total de individuos evaluados es pequeño ( $n = 3300$ ) y las muestras son heterogéneas, la mayoría de los textos indicaron que hay considerables problemas de disfunción cognitiva en esta población. En una muestra de 55 habitantes de la calle adultos, reclutados en un centro de atención para esta población en Reino Unido, investigadores de este país reportaron que una tercera parte de la muestra presentaba trastornos neurocomportamentales, bajo desempeño en pruebas de estandarizadas de inteligencia y fueron víctimas de negligencia y violencia en la infancia (Pluck et al., 2011). En este estudio también se reportó que el bajo desempeño intelectual estaba correlacionado con experiencias de abuso emocional, negligencia física y emocional, y abuso sexual en la infancia, aunque las asociaciones entre trauma infantil, coeficiente intelectual y rasgos neurocomportamentales parecían no estar relacionadas con la presencia de abuso de drogas.

Pero las disfunciones cognitivas no son los únicos problemas mentales experimentados por esta población. En una muestra de 91 habitantes de calle de España, con edades entre 22 y 52 años, los cuales se encontraban en un centro de intervención para esta población, Salavera, Puyuelo, Tricas y Lucham (2009) reportaron la coexistencia de múltiples trastornos de la personalidad en esta población. Encontraron, por ejemplo, que en 41% de la muestra coexistían dos o más trastornos de personalidad, siendo los trastornos de personalidad del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) los que presentaron un mayor índice de comorbilidad. En un estudio paralelo, con una muestra de 77 adultos habitantes de calle de España, quienes estaban en “proceso de inserción” dentro de una institución de este país, Salavera, Puyuelo y Orejudo (2009) determinaron que el trastorno antisocial, además de ser el de mayor prevalencia en el total de la muestra, era mucho más frecuente entre los menores de 30 años, y que su frecuencia disminuía conforme la población era más adulta.

En Francia, por su parte, realizaron una revisión retrospectiva de los registros de pacientes atendidos en la sala de emergencia psiquiátrica de un hospital público durante un periodo de seis años (Henry, Boyer, Belzeaux, Baumstarck-Barrau, & Samuelian, 2010). Del total de pacientes atendidos, 586 (7%) fueron habitantes de calle, y en relación con el grupo de la población domiciliada, los habitantes de calle presentaron mayor número de visitas al centro psiquiátrico, tuvieron en promedio mayor cantidad de episodios de cuidado, y menos probabilidad de ser hospitalizados después de recibir atención psiquiátrica de emergencia. En la muestra de Francia, a diferencia de las de España, la esquizofrenia (44%) y los desordenes del comportamiento relacionados con el consumo de drogas (31%) fueron las enfermedades mentales más frecuentes dentro del grupo de habitantes de calle, mientras que el comportamiento agresivo y la violencia se presentó en igual proporción (3%) entre habitantes de calle y población domiciliada.

Además de los trastornos mentales ya referenciados, también se ha reportado e investigado el comportamiento suicida en habitantes de Calle de Norte América (Kidd, 2006), así como la depresión en este tipo de población en Reino Unido (Colesa et al., 2011). Respecto a la depresión, un estudio realizado con una muestra de 156 jóvenes habitantes de calle de California, Estados Unidos, encontró que la percepción de mal estado de salud y el uso reciente de crack y tranquilizantes, estaban asociado con el incremento de síntomas severos de depresión (Nyamathi et al., en prensa).

Además de lo señalado, se han realizado estudios que buscan diferencias entre el estado de salud mental de hombres y mujeres en esta situación. En Estocolmo, por ejemplo, se llevó a cabo un estudio comparativo que contó con una muestra de 1364 hombres y 340 mujeres en situación de calle que utilizaron centros de cuidado hospitalario, quienes además fueron

contrastados con 3750 hombres y 1250 mujeres domiciliados (Beijer & Andreasson, 2009). En este estudio se encontró que las mujeres habitantes de calle corren más riesgo de tener enfermedades mentales que las mujeres domiciliadas, incluso más que los hombres habitantes de calle, siendo que el riesgo más alto se encontró entre las mujeres habitantes de calle más jóvenes. Igualmente se reportó que los desordenes del comportamiento por consumo de alcohol fueron igual de frecuentes en hombres y mujeres habitantes de calle, aunque en las mujeres de este grupo los desordenes por consumo de drogas ilícitas fueron mayores.

Nuevamente en Estocolmo, un estudio de seguimiento longitudinal, investigó la mortalidad en una muestra de 82 hombres habitantes de calle con problemas mentales y que habían sido contactados por un grupo de trabajo de la división de bienestar social del gobierno local (Beijer, Andréasson, Agren, & Fugelstad, 2007). El seguimiento de 5 años consistió en rastrearlos en diferentes bases de datos e instituciones que podían dar cuenta del estado de salud de estas personas. Los resultados encontrados señalan que el ratio de mortalidad estandarizado fue 4.7 veces más alto que lo esperado, que la mortalidad más alta se encontró entre quienes reportaban altos grados de adicción a las drogas, 46% habían muerto, mientras que entre quienes presentaban cuadros psiquiátricos severos, como la esquizofrenia, no se presentaron decesos y de hecho, este último grupo, permaneció en promedio menos tiempo en situación de calle. Este estudio también encontró que entre los que aun continuaban siendo habitantes de calle, los problemas de enfermedad mental, combinados con problemas de abuso de sustancia, presentaron un incremento del 17%.

### *1.2.8 Violencia Física y Sexual contra Habitantes de Calle*

Los habitantes de calle también suelen ser víctimas de varios tipos de violencia (victimización), y esta violencia estaría asociada a la presencia o el incremento de síntomas de enfermedad mental. Una revisión sistemática de la literatura científica que indagó sobre la relación entre violencia física y salud mental, encontró nueve estudios que sumaban en total 5195 pacientes evaluados, los cuales permitieron calcular que el rango de victimización entre enfermos mentales graves era entre 2.3 y 140.4 veces superior al de la población general (Maniglio, 2009). En este estudio también se reportó que ser víctima de actos criminales estaba más frecuentemente asociado con la habitabilidad en calle, como también lo estaba el uso de alcohol y otras drogas, la mayor presencia de síntomas mentales graves, y el involucrarse con actividades criminales.

En lo que respecta a los estudios con habitantes de calle, un estudio trasversal investigó la influencia de la victimización sobre la presencia de síntomas depresivos en 9600 habitantes de calle y enfermos mentales adultos de varias ciudades de Estados Unidos (Perron, Alexander-

Eitzman, Gillespie, & Pollio, 2008). Los resultados indicaron que ser víctimas de violencia no-física estaba asociado con altos niveles de depresión, que ser víctima de violencia física estaba asociado con la seguridad percibida, y que la seguridad percibida, a su vez, era un mediador parcial significativo de la presencia de síntomas depresivos. En esta misma línea, otro estudio reciente, el cual contó una muestra de 127 jóvenes habitantes de calle con edades entre los 19 y 26 años, entre los que se encontraban quienes vivían en la calle, en albergos o en casa de otras personas ya que se habían fugado o los habían expulsado del hogar, indagó sobre la influencia del ambiente en la victimización física y sexual de esta población (Tyler & Beal, 2010). Según los resultados de este estudio, escaparse a temprana edad, haberlo hecho más veces, dormir en la calle, mendigar, relacionarse con pares desviados, y no tener familiares en alguna de sus redes, estaba asociado con mayor victimización física. Mientras que ser mujer, ser de una minoría sexual, tener una apariencia física descuidada, mendigar y tener amigos que comerciaban con el sexo, estaba asociado con mayor victimización sexual.

#### *1.2.9 Motivos para la Habitabilidad en Calle*

Otra temática de la habitabilidad en calle que despierta gran interés, dada su utilidad en el desarrollo de programas de intervención y prevención, es el estudio de los motivos que conducen a la habitabilidad en calle. En los datos consolidados por la más reciente conferencia de alcaldes de Estados Unidos sobre la habitabilidad en calle (United States Conference of Mayor, 2010), se señala que entre las familias habitantes de calle con niños, la principal causa de esta condición sería el desempleo, seguido por la falta de viviendas asequibles, la pobreza, los salarios bajos y la violencia doméstica. Mientras que en los individuos solos, las principales causas fueron la falta de viviendas asequibles, seguido por la enfermedad mental, la falta de servicios necesarios, el abuso de sustancias psicoactivas y la pobreza. El hecho de que las razones relacionadas con problemas económicos hayan sido los motivos principales puede estar relacionado con la crisis económica que afectó a este país en 2010, ya que para el grupo de los habitantes de la calle solos, en el informe de 2007 (United States Conference of Mayor, 2007), la principales causas de la habitabilidad en calle habían sido, en su orden, la enfermedad mental y el abuso de sustancias psicoactivas, mientras que en 2008 (United States Conference of Mayor, 2008) habían sido el consumo de drogas y la falta de vivienda asequible.

En el censo de Vancouver de 2005 se reportó que las principales razones para encontrarse en situación de habitabilidad en calle fueron, en su orden, la falta de ingresos económicos, las condiciones de salud, las adicciones y el costo de las viviendas (Goldberg, 2005). En este censo mientras los habitantes de calle que vivían en calle reportaron principalmente la falta de ingresos, los que vivían en albergos adujeron principalmente razones

de salud y adicciones. Respecto a las diferencias de género, el estudio y los análisis estadísticos de Tessler, Rosenheck y Gamache (2001) señala que las mujeres tuvieron más probabilidad de citar razones como el desalojo, los conflictos interpersonales, el no tener ayuda disponible, mientras que en los hombres tuvieron más probabilidad citar razones como haber perdido el trabajo, ser dado de alta de una institución, problemas de salud mental, y problemas de consumo de alcohol y drogas.

Estos estudios suelen indagar sobre las causas de la habitabilidad en calle a partir del autoreporte y haciendo uso de preguntas retrospectivas. Cuando se trata del consumo de drogas, se suele comparar la edad de inicio del consumo de drogas con la edad de inicio de la salida a calle, y concluir, erróneamente, a partir de allí sobre cual circunstancia es la causa de la otra (Didenko & Pankratz, 2007). Ahora bien, las preguntas retrospectivas no son las mejores formas para evaluar el efecto del consumo de droga sobre la salida a calle, siendo que los estudios longitudinales serían los mejores diseños de investigación para aproximarse, de una forma más empírica, al problema de la causalidad. No obstante es difícil hacer seguimiento a una población domiciliada esperando que alguna cantidad representativa termine en condición de calle, y a dicha población, junto a la domiciliada, monitorearlos constantemente estudiando sus prácticas de consumo de drogas. El estudio que sí resultaría más factible de realizar, sería el que monitoree a consumidores de drogas, participantes de algún programa de intervención, para identificar cuántos de ellos terminan en condición de calle, y que factores están asociadas con la entrada en dicha situación.

Este diseño de investigación fue llevado a cabo en Escocia, donde se realizó un estudio longitudinal para identificar la prevalencia de la habitabilidad en calle entre consumidores de drogas que buscaron tratamiento, así como factores de riesgo para ser habitante de calle y eventos desencadenantes para entrar en esta condición (Kemp, Neale, & Robertson, 2006). La muestra estuvo compuesta por 877 adultos que estaban entrando en tratamiento por consumo de drogas, quienes tenían una edad promedio de 28 años, y que respondieron a los instrumentos en dos momentos y con ocho meses de intervalo. A los participantes se les preguntó si se consideraban habitantes de calle, y la respuesta dada por ellos fue la que definía si estaban o no en dicha situación. Los investigadores reportaron que el 36% de la muestra eran habitantes de la calle (en la primera o en la segunda recolección), y que, aunque muchos de los factores que estaban asociados con la habitabilidad en calle eran comunes en los habitantes de calle en general, se encontró que la inyección reciente de drogas era un factor de riesgo para la habitabilidad en calle claramente específico de aquellos que usaban drogas. Igualmente, encontraron que el movimiento hacia la habitabilidad en calle, entre quienes tienen problemas de consumo de drogas, estaría asociado con abandonar recientemente la residencia en la que

vivían junto a niños o niñas, la presencia reciente de problemas familiares, y el empeoramiento de la salud en general, mientras que el salir de la condición de habitante de calle estaba asociada con no tener problemas familiares recientes. Una limitación que tuvo este estudio fue la ligereza con que se consideró la habitabilidad en calle, ya que las personas pueden diferir respecto a que los define como habitantes de calle, y por lo tanto, tal vez no todos los que lo reportaron estaban en condiciones realmente similares.

#### *1.2.10 Redes de Apoyo Social de Habitantes de Calle*

Ya que los habitantes de calle se enfrentan a diferentes situaciones adversas, y suelen estar afectados por enfermedades mentales y físicas, es importante indagar sobre la disposición de redes sociales de apoyo que les permitiría sobrellevar tal adversidad. Por ejemplo, un estudio realizado en Canadá, en el que se investigó sobre la relación entre las redes de apoyo social y la salud en habitantes de la calle, encontró que los tipos de percepción que tienen los habitantes de calle respecto al soporte social del que disponen están relacionados con mejores estados de salud física y mental, siendo que a mejor percepción mejor estado de salud (Hwang et al., 2009). En Estados Unidos, a su vez, encontraron diferentes formas de asociación entre distanciamiento social y consumo de drogas, en una muestra de 156 jóvenes habitantes de calle con edades entre los 18 y 24 años (Thompson, Jun, Bender, Ferguson, & Pollio, 2010). En esta investigación incluyeron variables como desafiliación (familiar, escolar o social), capital humano (formas de conseguir dinero), prácticas culturales en la calle (permanecer con otros habitantes de calle, tomar medidas de seguridad, dormir durante el día, el tiempo de vida en calle, y el número de veces que ha abandonado el hogar) y disfunciones psicológicas. Según los hallazgos reportados, la disfunción psicológica y la cultura de la calle predice la adicción al alcohol, mientras que desafiliación institucional y la cultura de la calle predice la adicción a drogas ilícitas.

Respecto a la red de apoyo institucional, los estudios que comparan habitantes de calle viviendo en instituciones de abrigo con los que viven en la calle muestran un panorama ambiguo y contradictorio. Por ejemplo, se ha reportado que vivir en la calle está asociado con ser víctima de violencia (Tyler & Beal, 2010) y en algunos casos con mayor índice de consumo de drogas (Goldberg, 2005; Stein et al., 2008; Tucker et al, 2011) y en otros casos con su menor consumo (Larsen et al., 2004). Mientras que vivir en abrigos se ha relacionado con mayores índices de enfermedad mental (Goldberg, 2005; Larsen et al., 2004). La variación en lo referente al consumo de drogas se puede explicar por la diferencia de edades entre las muestras, por diferencias locales, o por diferencias en los tipos de instituciones contactadas. No obstante, respecto a la enfermedad mental, los investigadores señalan que es posible que se encuentren

más habitantes de calle con problemas psiquiátricos en instituciones de abrigo debido a que, en los países estudiados, suelen haber instituciones especializadas para atender este tipo de enfermedad para esta población.

### *1.2.11 Consumo de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle*

El consumo de drogas en niños y niñas de la calle es uno de los problemas que más ha preocupado a los investigadores que estudian esta población. Al igual que en la adultez, esta es una práctica que está fuertemente asociada con habitabilidad en calle durante la infancia. En cinco ciudades de Estados Unidos se realizó una investigación para identificar predictores de consumo de drogas en adolescentes habitantes de calle que vivían en la calle, en instituciones de abrigo o de forma independiente con otras personas debido a que se habían fugado o habían sido expulsados del hogar de origen (Johnson, Whitbeck, & Hoyt, 2005). La muestra total fue de 428 adolescentes con edades entre 16 y 19 años, 90% de los cuales habían huido del hogar. Los resultados indicaron que el 61% de los entrevistados presentaban al menos uno de los tres desórdenes del uso de drogas estudiados; abuso de alcohol, dependencia de alcohol o abuso de drogas. Igualmente, encontraron que el 93% de quienes cumplían el criterio para uno de estos desordenes, simultáneamente cumplían los criterios para otro tipo de enfermedad mental. A partir de un análisis de regresión encontraron que los mejores predictores de problemas de consumo en la vida fueron las prácticas parentales inadecuadas, experiencia de abuso, y tener pares con malas conductas.

Resultados similares se dieron en un estudio realizado en San Diego, Estados Unidos, con una muestra de 113 jóvenes habitantes de calle con edades entre los 14 y 24 años de edad, quienes fueron incluidos en la investigación si afirmaban no tener un hogar o si se consideraban a sí mismos como habitantes de calle (Bousman et al., 2005). Los resultados de este estudio muestran que los entrevistados consumieron en promedio 3.5 tipos de drogas en la vida, teniendo en cuenta el alcohol y el tabaco. Un análisis de regresión lineal identificó que los predictores del nivel de consumo de drogas fueron bajo monitoreo parental, y moldeamiento de pares (tener amigos que usan armas y / o han estado en la cárcel).

En Nigeria, donde hay un significativo número de población infantil en situación de calle, se investigaron los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en esta población, así como los factores sociodemográficos asociados con su consumo (Morakinyo & Odejide, 2003). Para llevar a cabo este objetivo, reclutaron a 118 niños y niñas menores de 18 años, quienes habían abandonado la custodia de sus padres por lo menos un mes antes de la entrevista. En esta población, los investigadores encontraron que las drogas más usadas fueron el alcohol, el tabaco y la marihuana, a este respecto afirman que se trata de las sustancias fácilmente



disponible y relativamente más baratas. También se reportó que el tiempo de permanencia en la calle fue un factor predictivo significativo.

En Brasil, por su parte, se han realizado cinco levantamientos nacionales sobre el uso de drogas en niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Los primeros cuatro fueron realizados en seis capitales brasileras y el quinto incluyó por primera vez a todas las capitales de este país (Nato et al., 2004). Las cifras sobre consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, según estos estudios, muestran que los pegantes eran no solo la droga ilícita más usada, sino que además es la primera en ser experimentada en la trayectoria de consumo en esta población.

En un estudio longitudinal, que amplió el Levantamiento Nacional de Uso de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes de 2003 para el caso específico de la ciudad de Porto Alegre, se investigó las variaciones de los patrones de consumo de esta población a través del tiempo, indagando simultáneamente sobre los factores de riesgo y protección asociados (Neiva-Silva, 2008). El análisis estadístico de los cambios registrados durante un año en los patrones de consumo de esta población en situación de calle, indicó que hubo aumento porcentual en el consumo de todas las drogas, y que incluso algunos que no consumían nada iniciaron el consumo de tabaco y alcohol. Así mismo, se encontró que el inicio en el consumo de crack está asociado al uso progresivo de las demás drogas estudiadas, y que el aumento en el uso de drogas está relacionado con características como “no vivir con la familia”, “pasar más de ocho horas en la calle” y “estar más de cinco años en la calle”. Un estudio más reciente, con una muestra de 204 niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Porto Alegre, estaría indicando que efectivamente la prevalencia de consumo de drogas en esta población ha variado, ya que se encontró que la marihuana fue la droga que más sujetos han experimentado por lo menos una vez en la vida (81%), y el crack tuvo una prevalencia consumo en la vida del 72% (Neiva-Silva, 2010).

Un estudio cualitativo, con muestra de 17 adolescentes de San Pablo, también reportó que los patrones de consumo de drogas variaban según las situaciones y los contextos propios de la calle, siendo que hay mayor consumo entre quienes permanecen más envueltos con la cultura de la calle, y menos entre quienes permanecen en contextos más cercanos a la familia (Goncalves, van der Meer, & Noto, 2010). Mientras que en México D. F., haciendo uso nuevamente de metodologías cualitativas, se observó que los niños y niñas en situación de calle de esta ciudad se introducen en entornos con particulares condiciones de vulnerabilidad, en los cuales el consumo de drogas es común, siendo los solventes los más usados por esta población (Gómez, Sevilla, & Álvarez, 2008).

En un estudio exploratorio, Nieto, Ortiz & Koller (2011) quisieron identificar los predictores del uso de al menos una drogas en el último año, entre los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá. Se utilizó una muestra de 486 participante, con edades entre 8 y 17 años, que fueron seleccionados de la base de datos del V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá (Ramos et al., 2009). Para el análisis de este estudio se seleccionaron las variables sobre información demográfica, apoyo social, educación, victimizaciones y la razón para ser habitante de calle. Se realizó un análisis de regresión logística binaria donde la variable Consumió al menos una sustancia psicoactiva (si/no) fue definida como variable de criterio o variable explicada, y un total de 10 variables se evaluaron como variables predictoras o variables explicativas. Los resultados de la regresión indicaron que habrían cinco predictores significativos que explicarían el 31% de la varianza de la variable criterio o variable explicada ( $R^2 = .31$ ,  $X^2 = 120$ ,  $gl = 8$ ,  $p < .001$ ). Se encontró que los hombres tenían tres veces más probabilidades de haber usado drogas en el último año que las mujeres; que cada año de edad aumentó las probabilidades de uso de drogas en el último año en un factor de 1.44; que los niños y niñas de la calle que robaron siendo habitantes de calle tenían cinco veces más probabilidades de haber usado drogas en el último año con respecto a los que no; que el riesgo de usar drogas en el último año fue cuatro veces mayor para quienes reportaron decisión personal, o elección, como la razón principal de ser habitantes de la calle que las personas que reportaron otras razones; y que las posibilidades de usar drogas en el último año fueron menores para niños de la calle que reciben apoyo de las entidades que las probabilidades para los que no reciben.

En Medellín, Colombia, un estudio cualitativo indagó sobre el significado que la droga tenía para los chicos de la calle, así como su proceso de consumo. La metodología usada incluyó el análisis de 18 entrevistas individuales de una hora cada una, así como el de diarios de campo y observaciones naturales (Giraldo et al., 2008). Los análisis cualitativos y las categorías emergentes, condujeron a los autores a afirmar que el consumo de drogas puede ser percibido por el usuario como un beneficio o un problema, dependiendo del dominio que ellos tengan sobre la droga. También reportaron que la curiosidad, la inducción por terceros, el ejemplo y los conflictos familiares son algunas de las principales razones, reportadas por sus entrevistados, que estarían asociadas al inicio del consumo.

#### *1.2.12 Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle*

La experiencia de calle puede traer consigo algunos efectos significativos sobre la salud mental, incluso cuando se ingresa en dicha situación durante la infancia. A partir de una revisión sistemática de la literatura, Parks, Stevens y Spence (2007) se propusieron identificar,

y consolidar, las evidencias reportadas en revistas científicas sobre la prevalencia de problemas cognitivos entre niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Los investigadores encontraron que un poco menos de 2000 niños, niñas y adolescentes han sido sistemáticamente evaluados cognitivamente y reportados en informes científicos, y que cuando fueron comparados con aquellos que se encontraban domiciliados, los infantes de la calle tendieron a tener menor desempeño intelectual y más bajos logros escolares. Además, señalaron los autores, esta población evidenció problemas cognitivos en el contexto de las drogas y el abuso sexual y físico.

Otro metanálisis, realizado en Holanda, logró reunir los resultados de 18 encuestas aplicadas a la población de jóvenes habitantes de calle de Ámsterdam (Slegers, Spijker, Van Limbeek, & Van Engeland, 1998). Los autores señalan que las variaciones en la cantidad de enfermedades mentales reportadas en los diferentes informes se pueden deber a las diferencias en las metodologías, no obstante, consideran que hay suficiente evidencia que soporta la existencia de una alta prevalencia de desórdenes mentales en esta población. Los autores complementaron esta revisión realizando un estudio piloto en el que se entrevistó a 50 adolescentes habitantes de calle de Ámsterdam, y cuyos resultados señalaron que el 78% de la muestra tenía al menos un diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida, y el 64% al menos uno en el último mes, siguiendo los criterios del DSM-III.

Los resultados de estos metanálisis contrastan con los presentados por Aptekar cuando estudió población infantil en situación de calle de Colombia, hace ya varios años atrás (Aptekar, 1989). En esa ocasión, este investigador realizó una serie de mediciones, con pruebas psicológicas estandarizadas, que fueron administradas a una muestra de 56 niños y niñas de la calle de Colombia. Los instrumentos utilizados fueron el *Kohs Block Design Test*, el *Human Figure Drawing Test*, y el *Bender Gestalt*, y los resultados obtenidos indicaron que la salud mental de los niños era adecuada. El mismo autor sugiere que estos resultados se pudieron deber a que la muestra no era de niños y niñas en situación de calle crónica, ya que pocos fueron abandonados, pocos dejaron la casa a una edad temprana, y la mayoría de ellos no permanecieron en la calle por largos períodos de tiempo. Independiente de que la muestra no sea representativa, el estudio se realizó en los años 80s, y muchos cambios se pueden haber dado en este tipo de población.

En un estudio más reciente, realizado con una muestra de Estados Unidos de 47 jóvenes considerados habitantes de calle o envueltos con la calle, se señaló que el deterioro aparente de la salud mental de esta población ocurriría en función de cuánto tiempo han estado sin una vivienda estable (Cleverley & Kidd, 2011). En este estudio también se reportó que la resiliencia

percibida estuvo asociada con menos ideaciones suicidas, mientras que altos niveles de estrés estuvieron asociados con altos niveles de ideación suicida.

Por otro lado, los síntomas de salud mental pueden estar asociados a la victimización que sufre esta población. Según investigadores del sur de Asia (Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-nejad, & Moghadam, 2007) habría una asociación positiva entre depresión y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Estos investigadores quisieron identificar la prevalencia de síntomas de depresión y abuso sexual, así como la relación entre estas dos variables, en una muestra de 87 niños y niñas “en” la calle (según la definición y diferenciación propuesta por UNICEF), con edades entre los 6 y 17 años, quienes asistían a un centro intervención para esta población ubicado en la ciudad de Teherán. Los investigadores reportaron que el 20% de la muestra afirmó haber sido víctima de abuso sexual en general y una niña afirmó haber sido víctima de estupro. No encontraron diferencias significativas entre niños y niñas respecto a ser víctimas de abuso sexual, e identificaron que los niños y niñas con depresión tenían 3.2 veces más chance de haber sido abusados sexualmente que quienes no presentaban este diagnóstico. Ahora bien, el abuso sexual merece ser referenciado aparte, dado la prevalencia reportada y el impacto que representa.

### *1.2.13 Violencia Sexual contra Niños y Niñas en Situación de Calle*

A partir de una revisión sistemática de la literatura Brasileña e internacional, Pfeiffer y Salvagni (2005) concluyen que hay suficientes evidencias de que el abuso sexual durante la infancia tiene consecuencias graves en la salud física y mental de las víctimas, dejado secuelas en el desarrollo que incluso pueden persistir durante toda la vida de los afectados. El abuso sexual en la población en situación de calle parece ser un problema grave que cada vez viene siendo mayor y mejor estudiado. Como lo señala Ahmadkhaniha et al. (2007), el abuso sexual ocurre tanto en niñas como en niños. Esta situación ha sido especialmente reportada en los países en vía de desarrollo tanto de Asia, África como de América Latina. En un estudio realizado en la India, en el cual se evaluó a 189 niños en situación de calle, se encontró que el 38% de la muestra había sido víctimas de este flagelo, 17% fueron forzados a tener algún tipo de relación sexual, y 15% reportaron ser víctimas actos que incluyeron la penetración (Pagare, Meena, Jiloha, & Singh, 2004). En Egipto, de una muestra de 857 niños y niñas de la calle entrevistados, el 93% habían sido víctimas de acoso o abuso sexual (Nada & Suliman, 2010). Mientras que en una muestra de 221 niños en situación de calle de Etiopía, 29% de ellos reportaron haber sido abusados (Tadele, 2009). En este último estudio también se reportó que inmadurez física y mental, falta de consciencia, uso y abuso de drogas, la naturaleza de la vida en la calle y exposición a pornografía fueron los principales factores que predispondrían a estos chicos de la calle al riesgo del abuso sexual.

El abuso sexual también ha sido reportado en niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Brasil (Noto et al., 2004). Neiva-Silva (2010), en una muestra de 204 participantes de Porto Alegre, Brasil, 82% de sexo masculino y con edad promedio de 17,6 años, reportó que el 6% había tenido una relación sexual forzada en la vida y el 5% mencionó que su primera relación sexual fue forzada. En el último Censo de habitantes de calle Bogotá, Ramos et al. (2009) encontraron que en la población con edades entre 4 y 18 años de edad, el 11% había sido víctima de violación siendo habitante de calle.

#### *1.2.14 Habitabilidad en Calle en Ancianos y Adultos Mayores*

O'Connell et al. (2004) señalan que son pocos los estudios que indagan sobre la situación de los habitantes de calle ancianos que duermen a la intemperie o en las calles. Estos investigadores realizaron un estudio con una muestra de 30 personas mayores de 60 años que se encontraban viviendo en las calles de Boston, en estados Unidos. A este grupo de habitantes de calle les realizaron un seguimiento durante cuatro años, al final de los cuales 30% de la muestra había muerto, 20% se encontraba internada, 17% había encontrado un hogar y 23% aun se encontraba viviendo en las calles de la ciudad. Los autores concluyen que la mortalidad es elevada en este segmento de la población habitante de calle y que ellos enfrentan dificultades para conseguir albergues y servicios médicos, por lo que políticas y programas se deberían desarrollar al respecto.

Dietz (2009), por su parte, identificó predictores de problemas por consumo de alcohol y drogas en una muestra que incluía 862 adultos de más de 50 años, cuya información fue tomada de la *National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients*, una gran encuesta nacional sobre habitantes de calle realizada en 1996 en varias ciudades de Estados Unidos. Esta encuesta recogía información de habitantes de calle, antiguos habitantes de calle y moradores de viviendas marginales, que fueron entrevistados en diferente tipo de instituciones que prestaban servicios para esta población. Se consideró que tenían un problema de consumo de drogas quienes tenían puntajes altos según el índice de consumo de drogas de la *Addiction Severity Index*, quienes reportaban consumir alcohol o drogas tres o más veces por semana en el mes pasado a la entrevista, o quienes reportaban haber tenido algún tratamiento por consumo de drogas en el último mes. Los análisis de regresión múltiple mostraron que los predictores de problemas actuales de consumo de drogas fueron ser hombre, ser más joven, ser actualmente habitante de calle, haber sido habitante de calle, ser de una minoría, tener bajos ingresos económicos, tener problemas actuales de alcohol, ser víctima de negligencia infantil, y ser víctima de violencia sexual infantil. Los resultados fueron interesantes, aunque el porcentaje de varianza explicada solo fue de 25%.

### *1.2.15 Comparaciones Transnacionales Sobre Habitantes de Calle en Europa y Estados Unidos*

Los estudios sobre habitantes de calle generalmente se han adelantado con muestras específicas de una ciudad o de varias ciudades dentro de un país, y son más frecuentes los estudios con muestras de países desarrollados (UN - Habitat, 2000, 2007). No obstante, se encuentran estudios de comparaciones entre países de Norte América y Europa referentes a algunos de los aspectos característicos de la habitabilidad en calle.

Recientemente se realizó un metanálisis de encuestas sobre la presencia de enfermedades psíquicas, depresiones mayores, dependencia de alcohol y drogas, y trastornos de la personalidad, aplicadas a muestras no seleccionadas de habitantes de calle en países de Europa Occidental y los Estados Unidos (Fazel et al., 2008)). Esta investigación buscó identificar, dentro de estas enfermedades, las dolencias preponderantes y la heterogeneidad en las cifras estimadas. Además de esto, la investigación indagó sobre las razones de esta heterogeneidad a través de un análisis estadístico de meta-regresión. Para alcanzar los objetivos propuestos se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos de revistas indexadas, sobre artículos que presentaban datos aplicando este tipo de encuestas a la población objetivo. Los criterios de búsqueda y de selección final de los estudios incluyeron la relevancia de los artículos y de las revistas, la precisión en las definiciones y el rigor en los diagnósticos, entre otros aspectos. Prevalencia y heterogeneidad fueron calculadas con procedimientos estadísticos reconocidos y documentados. Los resultados indicaron que los desordenes del comportamiento prevalentes en habitantes de calle de países de Europa Occidental y en Estado Unidos, según lo reportado en las 29 investigaciones seleccionadas, fueron en su orden la adicción al alcohol, la adicción a las drogas, los trastornos psíquicos y las depresiones mayores. También se encontró que hay un incremento en la prevalencia de dependencia al alcohol en los últimos años.

En otro estudio comparativo sobre la habitabilidad en calle en estados Unidos y Europa (Toro, 2007), se revisó la literatura sobre habitantes de calle desarrollada en las últimas décadas en estos países, y como era de esperarse, se encontró similitudes y diferencias. Similitudes, como la sobrerrepresentación de la presencia masculina, y de quienes dentro de este segmento de la población son considerados como tradicionalmente discriminados, y diferencias como un temprano interés en el tema en países como Estados Unidos y Reino Unido, con respecto a los demás países estudiados.

En Europa, por su parte, se realizó uno de los estudios más profundos y dispendiosos que se han adelantado para consolidar información de sobre la habitabilidad en calle de varios países de un mismo continente. Se trata del Informe Sobre la Producción de Datos Sobre Habitantes de Calle y Personas Privadas de Vivienda en la Unión Económica Europea (Brousse, 2004). En este informe se realizó una revisión y discusión de las diferentes

definiciones y clasificaciones de habitantes de calle que se han desarrollado en los países de Europa y algunos países desarrollados de occidente, y aunque no llegan a una definición definitiva, proponen una definición de trabajo amplia y aplicable a diferentes contextos de carencia de vivienda y de exclusión social de los países desarrollados. Adicionalmente, realizan una investigación exhaustiva y detallada, revisando la bibliografía y contactando a todo tipo de instituciones productoras de datos, sobre de la disponibilidad de información sobre habitantes de calle y los métodos utilizados para recopilarla. Especialmente sobre censos y formas de estimar la cantidad de habitante de calle que han sido utilizadas en los diferentes países de Europa.

Los hallazgos y las conclusiones de este informe son variados. Señalan, por ejemplo, que los métodos de recolección de datos dependen de las definiciones de trabajo, y que como estas son tan variadas y obedecen a contextos diferentes, no habría técnicas probadas que podrían desarrollarse para su uso en todos los países de Europa. Igualmente, aconsejan a los productores de este tipo de información que deben ir más allá de una medida de recuento de las personas expuestas a la habitabilidad en calle y la falta de vivienda, recopilando información adicional acerca de las condiciones de vida y características de las personas en tales situaciones, lo cual se puede desarrollar de mejor forma si se hace uso de formularios y encuestas estandarizadas. También llegan a la conclusión de que los estudios cuantitativos sobre la habitabilidad en calle que son verdaderamente comparables a nivel europeo son prácticamente inexistentes, incluso en las universidades. Señalan que en muchos estudios se yuxtaponen los estudios nacionales sobre temas comunes, pero los datos estadísticos que se presentan rara vez son comparables, y que un error similar se encuentra en quienes intentan realizar comparaciones internacionales sobre las características individuales de los habitantes de calle, ya que suelen no asegurarse de que realmente las variables y la población que se comparan son similares.

#### *1.2.16 Comparaciones Internacionales Sobre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle que Incluyen Países de América Latina*

Al igual que Europa y Estados Unidos, la situación de calle de niños y niñas de países de América Latina ha sido comparada de forma transnacional. Por ejemplo, Wright, Wittig y Kaminsky (1993) compararon niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Tegucigalpa (Honduras) y de los Estados Unidos. Este estudio surgió a partir de un programa de intervención para población infantil en situación de calle en Tegucigalpa. Básicamente, los autores realizaron una comparación entre registros sistemáticos de trabajadores sociales que intervenían en dicho programa, y algunos reportes y publicaciones que caracterizaban, en

general, a los niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Estados Unidos. En este estudio se tuvo en cuenta la diferencia entre niños y niñas “en” la calle y niños y niñas “de” la calle. En esta comparación, encontraron puntos en común entre las poblaciones de Estados Unidos y Tegucigalpa, como por ejemplo que: son más los niños que las niñas en esta situación, hay desorganización y desestructuración de su familia de origen, y presentan los mismos problemas de salud, tales como problemas en la piel, infecciones respiratorias, traumas y problemas dentales.

Respecto al consumo de drogas lícitas e ilícitas, el mismo estudio señaló que en la muestra de Tegucigalpa las drogas más consumida eran los inhalantes, mientras que en los estudios sobre adolescentes en situación de calle en Estados Unidos se indicaba que era el alcohol y el crack. No obstante, los autores consideran que la tasa global de consumo de drogas de las dos poblaciones es la misma. Este estudio presenta resultados interesantes y análisis pertinentes, con los cuales buscan mostrar que por encima del contexto nacional o de las diferencias culturales, la falta de vivienda y la pobreza son los determinantes más significativos de las condiciones de vida de esta población. Sin embargo, las comparaciones entre los datos recolectados directamente por los autores en Tegucigalpa, con datos encontrados en una variedad de estudios producidos en Estados Unidos, no resulta la más adecuada, sobre todo porque no especifican los estudios de donde retoman las cifras del país Norteamericano.

Rizzini y Lusk (1995) realizan una revisión de la literatura sobre niños y niñas de la calle de ciudades latinoamericanas en la que incluyen reportes de estudios e investigaciones sobre las condiciones de vida de esta población en ciudades de Brasil, Colombia, Bolivia, México, Perú, Salvador y Nicaragua. Señalan que sólo una décima parte de los niños y niñas entrevistados en las diferentes investigaciones encontradas permanecen todo el tiempo en la calle, que una buena parte realiza algún tipo de actividad económica, y que la mayoría mantiene algún contacto con la familia. Muy diferente al caso de los Estados Unidos donde los niños de la calle serían, generalmente, quienes huyen del hogar por razones de maltrato. Agregan que la mayoría de la población infantil en las calles de Latino América son niños, y que las niñas suelen encontrarse en las noches, ejerciendo, por ejemplo, la prostitución. También encuentran que esta población infantil viene generalmente de familias monoparentales, y que buena parte de esta problemática está asociada, fundamentalmente, con problemas de pobreza y marginalidad social. En este estudio no se explicita la forma en que consolidan las cifras reportadas en los diferentes estudios y tampoco se detienen a analizar la forma en que en dichos textos son definidos los niños y niñas de la calle.

Más recientemente, se compararon los resultados reportados en diferentes investigaciones sobre niños, niñas y adolescentes “de” o “en” la calle entre países de



Latinoamérica, en lo que respecta a la red social, la sobrevivencia diaria, el estado de salud y el bienestar psicológico (Raffaelli, 1999; Scanlon, Tomkins, Lynch, & Scanlon, 1998). Scanlon et al. contaron con estudios encontrados en bases de datos de revistas indexadas (Medline, Geobase, PsychLIT, y CINALH) así como con información suministrada por centros de investigación sobre infancia y de ONGs que trabajan esta población en Latini America. Los autores muestran que los chicos en situación de calle suelen consumir drogas, encuentran que suele ser reportado mayor consumo de inhalantes (pegamento), comportamientos sexuales de riesgo siendo incluso víctimas de actos de exploración sexual, como la prostitución. Igualmente, encuentran que se ha reportado baja escolaridad en esta población, y comentan el estudio de Aptekar publicado en 1988 sobre chicos de la calle de la Ciudad de Cali en Colombia, en el cual este investigador, haciendo uso de un estudio empírico, no encontró grandes diferencias salud mental o problemas de desarrollo cognitivo en los chicos en situación de calle de esta ciudad con respecto a otros chicos de la misma edad. También subraya que esta población está constantemente amenazada e incluso pueden ser asesinados en acciones de exterminio premeditadas.

Raffaelli (1999), por su parte, buscó, seleccionó y analizó información de cerca de 20 estudios empíricos con muestras superiores a 25 participantes, que incluirían chicos de la calle e chicos trabajadores. La autora señala que los reportes encontrados indican que son muy pocos los chicos en situación de calle huérfanos o abandonados (entre 5%-7%), casi la mitad no mantienen lazos con la familia, y el apoyo que pueden recibir de sus familias es bajo. Mientras que el apoyo recibido por los pares no es el adecuado, y en las relaciones con pares donde se suele inducir al consumo de drogas. Los chicos en situación de calle suelen estar envueltos en más actividades ilegales que los chicos trabajadores, y suelen involucrarse en actividades sexuales de forma temprana, comportamientos que los exponen a nuevos riesgos.

En este metanálisis realizado por Raffaelli sí se hizo referencia de forma sistemática a las investigaciones que son comparadas. Sin embargo, la autora señala como limitación que hay diferencias significativas entre las definiciones y las metodologías que orientaron las investigaciones cuyos resultados se quieren comparar.

También existe un estudio que comparó niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Latinoamérica y Etiopia (Lalor, 1999). Este estudio contrastó un levantamiento realizado en Etiopia, donde se entrevistaron 1000 niños en situación de calle en cuatro centros urbanos de Etiopia, con datos e información retomados de publicaciones académicas sobre la situación de esta población en varias ciudades y países de Latinoamérica. Se compararon las variables biosociodemográficas como edad y sexo, así como las razones por las que los participantes estaban en condición de calle, la relación y estructura familiar, la delincuencia y el consumo de

drogas, entre otras. Sobre el consumo de drogas, el estudio coincide con los anteriores al señalar que tanto en Latinoamérica como en Etiopía es menos frecuente el consumo de las denominadas “drogas fuertes”. En este estudio los datos del país africano son presentados en tablas y ampliamente comentados, mientras que las comparaciones con Latinoamérica toman como referencia estudios con muestras mucho más pequeñas y no intentan diferenciar metodologías o criterios de definición y selección de la población.

Otro estudio que sirve de insumo para dos de las comparaciones ya mencionadas es el que compara la cotidianidad, las formas de sobrevivencia y la red de apoyo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Bogotá y Ciudad de Guatemala (Connolly, 1990). Este estudio, a diferencia de los anteriores, surge del contacto directo del investigador con las dos poblaciones que quiere comprar, y está orientado por una clara metodología cualitativa que incluye diarios de campo y observación participante. Por lo anterior, se trata de un texto rico en descripciones, tanto de las vivencias de los niños y niñas, como del contexto urbano en el que viven.

Más recientemente, Pinzón-Rondón et al. (2008) realizaron un estudio empírico y transversal sobre el trabajo infantil de calle en seis ciudades capitales latinoamericanas (Bogotá, Ciudad de Guatemala, Ciudad de México, Quito y San Salvador), el cual incluyó niños y niñas habitantes de calle. En este estudio se aplicó un cuestionario estandarizado, siguiendo procedimientos unificados, en una muestra de 972 niños y niñas menores de 18 años que se encontraban “trabajando” en las calles. La selección del tamaño de la muestra para cada ciudad se calculó con métodos estadísticos especializados y teniendo en cuenta los datos actuales sobre la prevalencia de la problemática en cada ciudad. Del total de la muestra, el 18% habitaba en la calle y el 63% era de sexo masculino. Los investigadores encontraron que la mayoría de las variables estudiadas se comportaron de forma diferente en cada ciudad. Por ejemplo, en Bogotá se encontraron los niños y niñas más pequeños, la mayor cantidad de desplazados, y menor cantidad de habitantes de calle. En México, por el contrario, casi la mitad de los entrevistados eran habitantes de calle; 66% no estaba acompañado de un adulto; 99% laboraba más de medio tiempo, y el 91.8% no tenía seguridad social. Dada la pluralidad y especificidad de factores encontrados, concluyen que las soluciones deben ser específicas y deben estar orientadas a las particularidades del fenómeno en cada ciudad.

Estos estudios indican que hay más puntos en común que diferencias, por lo menos en lo que respecta a los niños y niñas en situación de calle de los países comparados. Sobre la habitabilidad en calle, los investigadores coinciden en varias cosas, por ejemplo: que la cantidad de niños supera de 5 a 10 veces la cantidad de niñas en esta situación; que esta población tienen su origen en familias desestructuradas o separadas y que el consumo de drogas

aunque es frecuente, tiene mayor prevalencia en las denominadas “drogas suaves” como el tabaco y el alcohol. Respecto a los métodos utilizados para comparar este fenómeno en varios países de Latinoamérica, y con ciudades de otros continentes, los estudios encontrados muestran que son al menos cuatro modelos que han sido utilizados hasta el momento. El primero consiste en comparar datos secundarios registrados en publicaciones académicas o informes de circulación restringida. El segundo consiste en comparar datos primarios recogidos por los autores en una ciudad con datos secundarios de otros países registrados en publicaciones académicas o informes de circulación restringida. El tercer modelo consiste en comparar información cualitativa, recolectada directamente por un mismo autor en una o más ciudades de varios países. Y finalmente, el cuarto modelo consiste en aplicar métodos e instrumentos estandarizados en varias ciudades a ser comparadas. No obstante este último modelo no se aplicó exclusivamente a población infantil habitante de calle. Tal como algunos de los autores citados lo sugieren, este campo de investigación carece de estudios que comparen cuantitativamente datos primarios recolectados en dos o más ciudades de distintos países y en los cuales las metodologías de recolección de datos, especialmente en sus instrumentos y en los criterios de selección de los participantes habitantes de calle, sean similares u homologables, para así llegar a conclusiones más sólidas sobre las diferencias transnacionales.

#### *1.2.17 Uso del Modelo Bioecológico en la Comprensión de la Habitabilidad en Calle*

Como se puede observar en los diferentes estudios reseñados, la habitabilidad en calle es un fenómeno complejo que involucra múltiples dimensiones, y los investigadores suelen reportar y discutir los hallazgos sin asociarlos con marcos teóricos explícitos. Para comprender los múltiples factores que coexisten en la habitabilidad en calle se requería de varias disciplinas integradas. No obstante varios investigadores han encontrado en el modelo bioecológico de Bronfenbrenner un marco teórico conceptual que permite organizar y dar sentido a la compleja lógica de la habitabilidad en calle, tanto en niño y niñas como en adultos (Larsen et al., 2004; Morais, 2005, 2009; Paludo & Koller, 2004, 2005a, 2005b).

La perspectiva bioecológica del desarrollo humano corresponde a un sistema teórico complejo, el cual se propone diseñar un adecuado modelo científico de estudio del desarrollo humano. Dentro de esta perspectiva, se asume que el desarrollo humano implica la presencia de cambios y continuidades en las características biopsicológicas de individuos y grupos humanos. Estos cambios y continuidades emergen, alternativamente, en el transcurso de la vida de los seres humanos, entre generaciones y a través de la historia de la humanidad (Bronfenbrenner, 2005).

Este modelo ha llegado a plantear una serie de propiedades definitorias fundamentales, que se pueden expresar a modo de proposiciones teóricas básicas, y dentro de las cuales se destacan las siguientes por ser útiles para dar cuenta de la experiencia de vida de quienes experimentan la habitabilidad en calle. El desarrollo humano está determinado por la experiencia vivida durante periodos significativos de tiempo y al interior de un ambiente determinado. El ambiente ejerce una influencia tanto objetiva como subjetiva sobre el desarrollo particular de un individuo. El desarrollo se da a través la interacción progresiva de un individuo con este ambiente próximo, el cual incluye a las personas significativas y comprometidas emocionalmente con él, así como a los objetos y símbolos inmediatos construidos sociohistóricamente. El desarrollo intelectual, social, emocional y moral precisa, entonces, de una progresiva y activa participación del individuo en interacciones y actividades cada vez más complejas. Esta interacción, definida como proceso proximal, configura y produce cambios en el desarrollo de una persona, en la medida en que se articula tanto con las características de este desarrollo, como con las características de un ambiente que está histórica, espacial y temporalmente situado (Bronfenbrenner, 2005).

En la teoría bioecológica el ambiente, o contexto, es entendido de una forma amplia, como una compleja estructura de sistemas que influyen directa o indirectamente sobre el individuo en desarrollo. Esta contextualización ha sido de gran utilidad para diferenciar los contextos en que viven los adultos, y los infantes de la calle, frente a la población domiciliada, así como el efecto de esta particular diferencia de ambientes sobre el desarrollo. Los sistemas que componen el contexto o ambiente son: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema. Un microsistema correspondería a un entorno físico y social próximo, en el que los individuos desarrollaron patrones de actividades, roles o relaciones interpersonales determinadas, siendo un ejemplo de ello la familia o la escuela. Un mesosistema corresponde a las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa activamente, como por ejemplo las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de amigos de barrio. Un exosistema correspondería, a su vez, a uno o más entornos en los que no participa directamente la persona en desarrollo, pero en los que se producen hechos que afectan lo que ocurre en su entorno próximo. Y el macrosistema que corresponde a una estructura de mayor orden, la cual hace corresponder, y subyace, a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo), siendo un ejemplo de ella la cultura o subcultura, los sistemas de creencias o ideología, o los sistemas políticos, que sustentan estas correspondencias entre micro, meso y exosistema.

Además de ser una teoría del desarrollo humano, la perspectiva bioecológica comprende un modelo empírico de aproximación al estudio de dicho desarrollo. Este modelo empírico está determinado, fundamentalmente, por la concepción del tiempo y del contexto que atraviesa

toda la propuesta teórica de esta perspectiva, y que, siguiendo a Bronfenbrenner, puede ser denominado como modelo PPCT (Persona, Proceso, Contexto y Tiempo) (Bronfenbrenner, 2005). En este modelo, el componente persona incluiría las características tanto biológicas como psicológicas del individuo en desarrollo, el proceso hace referencia a los procesos proximales ya mencionados, el contexto se refiere a la interrelación de los sistemas que lo integran, y el tiempo que hace referencia a la dimensión temporal que subyace a la experiencia continua y progresiva de la vida. El proceso proximal ha sido considerado por Bronfenbrenner como el motor del desarrollo, está en el centro de la versión más actual de su teoría, y sobre este elemento solo habría que agregar que puede producir dos tipos de efectos sobre el individuo inmerso en este tipo de actividad: 1) competencia o capacidad para autodirigir el comportamiento de manera hábil dentro de un dominio del desarrollo, y 2) disfunción, dificultad para mantener el control del mismo.

Se entiende aquí que el consumo de drogas puede ser una forma particular de proceso proximal, ya que implica una actividad significativa, regular y extendida en el tiempo, que conlleva una interacción recíproca con objetos y personas, que se hace progresivamente más compleja, y que tiene efectos, tanto de competencia como de disfunción, en el desarrollo de los individuos. Cabe preguntarse, desde el modelo bioecológico, como esta actividad afecta, y es afectada, por las características de los individuos que la practican, y por los contextos donde ellos se desarrollan.

#### *1.2.18 Conclusiones sobre el Estudio de Consumo de Drogas y Salud Mental en habitantes de la Calle*

En resumen, los estudios cualitativos sobre salud en habitantes de calle muestran que esta población suele hacer referencia a la presencia de enfermedades mentales, consumos de drogas y a diferentes formas de violencia, como los principales problemas que experimentan en su vida en la calle. Los estudios cuantitativos sobre estas temáticas han dado cuenta de las prevalencias, bien sea de síntomas o de número de consumidores, cuyas cifras varían entre diferentes países y entre diferentes diseños de investigación. Algunos estudios estadísticos inferenciales han identificado las asociaciones existentes entre consumo de drogas y enfermedades mentales, y entre consumo de drogas y tiempo en calle, mortalidad y habitabilidad en calle. Algunos estudios han llegado a proponer modelos predictivos que explican los niveles de consumo de drogas y la presencia de enfermedades mentales, y que presentan un grado de ajuste aceptable entre el modelo propuesto y lo observado. No obstante, nuevamente las variables predictoras y el peso de las mismas varía entre la población habitante de calle de un país a otro, y este tipo de estudios no se encuentra con habitantes de la calle de

países de Latino América, salvo en el caso de niños y niñas en situación de calle de Brasil. También son pocos los estudios que comparan simultáneamente todas las etapas a lo largo de la vida de los habitantes de la calle (Brousse, 2004), y muchos menos los que, desde esta perspectiva del ciclo vital, indagan sobre los problemas de salud mental y consumo de drogas.

### ***1.3 Parte II - Contextualización Socioeconómica de Colombia, Bogotá y Brasil***

Colombia y Brasil son dos países ubicados en la región de América del sur. Ambos países están regidos por un sistema político democrático y por un sistema económico capitalista. Los dos países son incluidos dentro de los países en vía de desarrollo y enfrentan problemas de desigualdad social similares, si se les compara dentro del contexto mundial. Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2010, indicador del desarrollo humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP, por su sigla en inglés), Brasil y Colombia tendrían niveles de desarrollo humano similares. El IDH de Brasil es de 0.699, lo que lo ubica en el puesto 73 en la lista de países de Naciones Unidas por IDH, mientras que el de Colombia es de 0.689, lo que la ubica en el puesto 79. Ambos países están ubicados en el nivel alto, el cual reúne a los países que se encuentran dentro del rango de 0.784 hasta 0.677 de IDH (UNDP, 2010).

Colombia tiene una población aproximada de 46 millones de habitantes y su idioma oficial es el español. Este país se ubica en la zona ecuatorial, al extremo norte de América del sur. Su territorio, con una superficie de aproximadamente 2 millones de km<sup>2</sup>, está atravesado de sur a norte por la cordillera de los Andes, y aunque tiene costa con el océano atlántico y el pacífico, la mayor parte de su población vive al interior del país en la denominada región andina. Bogotá, la capital de Colombia, está ubicada en el centro del país, en una altiplanicie de los Andes, a 2600 metros del nivel del mar. Esta ciudad tiene una población aproximada de 8 millones de habitantes, y se ha caracterizado en los últimos 15 años por desarrollar proyector de renovación urbana, un nuevo sistema de transporte masivo, así como por implementar políticas de salud, educación e integración social, que han mejorado la calidad de vida de sus habitantes, con respecto al resto del país (UN-Habitat, 2008). Dentro de los programas de integración social, cuenta con un instituto de protección de la infancia vulnerable (IDIPRON) que durante 40 años ha trabajado con un modelo de atención integral para niños y niñas en situación de calle. También cuenta con un programa reciente de atención integral a los habitantes de la calle administrado por la Secretaria Distrital de la Integración Social de la Ciudad.

Brasil por su parte, es el país más grande de América Latina, y el quinto más grande del mundo con una superficie aproximada de de 8.5 millones km<sup>2</sup>. Tiene una costa con el océano atlántico que se extiende de sur a norte del país. Gran parte de la población vive en los estados

y ciudades que se ubican cerca del litoral. Su idioma oficial es el portugués, y en los últimos años también se ha caracterizado por desarrollar políticas públicas enfocadas a la reducción de la desigualdad social y a la protección de la población vulnerable. UNICEF destaca, por ejemplo, el rápido descenso de los casos de mortalidad infantil en este país ocurrido entre 1999 y 2006 (UNICEF, 2008). El organismo internacional señala que estos resultados están asociados al firme compromiso, asumido por este país, de poner fin a la pobreza y el hambre, el cual se refleja en el incremento del gasto del gobierno en programas sociales, en especial de salud, que representó una cuarta parte de su producto interior bruto. Respecto a la infancia y la juventud, en los años 80s se aprobó el Estatuto de la Infancia y la Adolescencia (*Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA*), que representa la base jurídica que sustenta las política pública nacionales sobre protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Hay diferencias en la calidad de vida entre los diferentes 26 estados que conforman el país, y la calidad y extensión de la red de atención de niños y niñas de la calle, varía entre las diferentes ciudades capitales de estado en función del tamaño, los recursos y el interés político de los gobiernos locales.

En la Tabla 1 se observan algunos indicadores utilizados por UNICEF para monitorear el estado de la infancia en los países del mundo. Estos indicadores sirven para identificar que tan diferentes son los contextos en que viven los niños y niñas de diferentes países, y en este caso, permiten hacer comparaciones entre Colombia y Brasil en un contexto general. Se incluyeron indicadores de nutrición y salud (mortalidad infantil, peso al nacer, expectativas de vida al nacer), educación (tasa de alfabetización en adultos en general, y en jóvenes por sexo) e infancia (trabajo infantil). En esta Tabla 1 se seleccionaron los valores presentados por UNICEF para Brasil, Colombia, el promedio de los países de América Latina y el Caribe, el promedio de los países en vía de desarrollo, el promedio de los países industrializados y el promedio en el mundo.

Al analizar la Tabla 1, se puede ver que en general Colombia y Brasil presentan indicadores de desarrollo similares, que usualmente son mejores o iguales al promedio de América Latina, superiores al promedio de los países en vía de desarrollo, y desde luego, inferiores al de los países desarrollados. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de Colombia es solo un punto inferior a la de Brasil, mientras que las tasas de Brasil y Colombia son inferiores al promedio de América Latina y el Caribe, al promedio de los países en vía de desarrollo y al promedio del mundo en general, aunque sus tasas son más altas al promedio de los países industrializados. Respecto a la expectativa de vida al nacer, en Colombia y Brasil es de 73 años, solo un año por debajo del promedio de América Latina y el Caribe, 6 años por encima del promedio de los países en vía de desarrollo, 7 años por debajo de los países

desarrollados y 4 años por encima del promedio mundial. El porcentaje de adultos alfabetizados en Colombia es solo tres puntos superior al de Brasil, pero en jóvenes los porcentajes son muy similares variando solo en un punto. A este respecto hay que señalar que en Brasil hay una diferencia del 2% en el promedio de alfabetización de los jóvenes hombres con respecto a las mujeres, siendo que estas últimas presentan un porcentaje superior, mientras que en Colombia no hay esta diferencia de género. Por otro lado, la tasa de trabajo infantil de Brasil es tres puntos inferior a la de Colombia, no obstante Colombia y Brasil tienen tasas inferiores a las del promedio de América Latina y el Caribe, y al promedio de los países en vía de desarrollo.

Ahora bien, a pesar de los cambios implementados en las políticas sociales de Brasil y de Bogotá ya mencionados, aun existen serios problemas de desigualdad social en estos lugares. UN-Habitat (2008) evaluó la desigualdad en ciudades de todo el mundo, a partir de un indicador de inequidad denominado coeficiente de Gini, el cual mide las diferencias en los ingresos y los gastos/consumo del total de la población. Este coeficiente básicamente calcula cuanto se desvía la distribución de los ingresos o el consumo entre individuos, o entre hogares, de lo que sería una perfecta distribución equitativa. Un valor del coeficiente de Gini por encima de 0.4 generalmente denota niveles relativamente altos de desigualdad, mientras que los niveles entre 0.2 y 0.39 denotan moderada o baja desigualdad.



Tabla 1

*Indicadores de Desarrollo de Brasil, Colombia, América Latina, Países en Vía de Desarrollo, Países Desarrollados, y el Mundo*

Indicador	Brasil	Colombia	América Lat. y Caribe	Países en desarrollo	Países desarrollados	Mundo
Tasa de mortalidad infantil - 2009	17	16	19	47	5	42
Expectativa de vida al nacer (años), 2009	73	73	74	67	80	69
Adultos alfabetizados, (%) 2005-2008	90	93	92	79	-	81
Niños/as con bajo peso al nacer (%) 2005-2009	8	6	8	15	-	15
Niños/as (<5 años) con bajo peso moderado y severo (%) 2003 - 2009	2	5	4	22	-	22
Tasa de alfabetismo en jóvenes hombres (15-24 años), 2004 - 2008	97	98	98	91	-	91
Tasa de alfabetismo en jóvenes mujeres (15-24 años), 2004 - 2008	99	98	98	84	-	85
Trabajo infantil (tasa), 2000 - 2009	4	7	9	17	-	-

*Notas:* Tabla creada a partir de datos de *UNICEF-Statistics and Monitoring 2011*, tomados de <http://www.unicef.org/statistics/>

A nivel de ciudades, entre las más inequitativas en América Latina y el Caribe estarían las ciudades brasileras de Goiania, Brasilia, Belo Horizonte, Fortaleza y Sao Paulo, y la ciudad colombiana de Bogotá, todas ellas con un coeficiente de Gini por encima de 0.60, que es considera muy alta para los estándares internacionales. Estas ciudades son seguidas de cerca por Río de Janeiro y Curitiba en Brasil, que tienen coeficientes de Gini de solo unos pocos puntos por debajo de 0.60. Mientras que el grupo de ciudades que tienen niveles relativamente bajos de desigualdad, en comparación con el promedio de la región, incluye a Caracas en Venezuela, Montevideo en Uruguay, y la ciudad de Guadalajara en México (UN-Habitat, 2008).

Respecto al consumo de drogas, según el Reporte Mundial de Drogas de Naciones Unidas, existen variaciones a nivel internacional en los patrones de consumo de las drogas ilícitas. Por ejemplo, en América del norte las solicitudes de tratamiento por problemas en el consumo de drogas, entre los años 2001 y 2006, eran de un 53% por marihuana, 31% por

cocaína y derivados y 12% por anfetaminas, mientras que América Latina el 54% era por cocaína y derivados el 31% por marihuana y solo el 2% por anfetaminas (UN, 2008).

Las estadísticas de prevalencia de consumo de drogas por país son variadas y suelen ser objeto de muchas críticas, ya que los consumidores usualmente prefieren permanecer en el anonimato, por lo que es difícil identificarlos, y las metodologías varían de un país a otro, o de un estudio a otro. No obstante, algunos informes realizados por Naciones Unidas permiten tener, por lo menos, algunas cifras estimativas consolidadas y medianamente comparables. Incluso se puede encontrar información de periodos de tiempo comparables en dos países, datos que permiten contextualizar las prácticas de consumo de los países que serán comparados en esta investigación, y que se aproximan a la época en que fueron recogidos los datos que serán analizados. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UN, 2008), las estimaciones de la magnitud de la prevalencia anual de consumo de drogas (es decir, el consumo por lo menos una vez al año), indican que la marihuana fue consumida por el 3,9% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, durante los años de 2006-2007. La marihuana sería la droga ilegal más consumida a nivel mundial, en dicho periodo de tiempo, seguida por las anfetaminas (0.6%), la cocaína (0.4%) y los opiáceos (0.4%). Según este mismo organismo internacional, la prevalencia de consumo anual de marihuana en Brasil, según datos de 2005 y en el rango de edad de 12 a 65 años, fue del 2.6%, mientras que la prevalencia de cocaína fue del 0.4%, y de anfetaminas del 0.7%. En Colombia, por su parte, la prevalencia de consumo anual de marihuana, con datos de 2003 y en el rango de edad de 18 a 65 años, fue del 1.9%, y de cocaína fue del 0.8%, respectivamente. Sin tomar en cuenta las diferencias de año y de rangos de edades, Colombia tendría prevalencias de consumo inferior en marihuana, y superior en cocaína. No obstante, las prevalencias de Colombia y Brasil son parecidas, y con respecto al resto de la región son bajas, ya que en periodos de tiempo similares y en rangos de edad semejantes, la prevalencia de consumo de marihuana en Chile fue del 7%, en Argentina del 6.9%, en Uruguay del 5.2%, y en Perú y Venezuela del 3.3% (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En conclusión, se puede afirmar que Brasil y Colombia tienen contextos socioeconómicos muy similares, y la situación de la infancia y la juventud a nivel de salud y educación son parecidas, si se comparan dentro del contexto mundial e incluso regional. Brasil, desde luego, es un país más grande y tiene una economía emergente que tiende a desarrollarse con mayor rapidez que la de Colombia. Por ejemplo, en el listado de países según el IDH en 2010, Brasil subió dos puesto con respecto al informe de 2009, mientras Colombia bajó 2 puesto. La presencia de barrios marginalidad en las grandes ciudades de los dos países es similar, respecto al contexto internacional, aun que es levemente más grave en las ciudades de

Brasil en comparación con las de Colombia. Y finalmente, respecto al consumo de drogas durante el periodo de 2003-2006, en Brasil y en Colombia la principal droga ilícita consumida era la marihuana, mientras que la segunda drogas más consumida en Brasil era las anfetaminas, y en Colombia era la cocaína. No obstante, en América de sur, Colombia y Brasil tendrían índices de consumo inferiores, si se les compara con Chile, Argentina, Uruguay o Perú.

#### ***1.4 Objetivos***

El objetivo general de esta investigación es el de ampliar los análisis descriptivos realizado en el V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá, respecto al consumo de drogas en esta población y a la presencia de síntomas de salud mental. Para alcanzar este objetivo general se diseñó dos estudios. En el Estudio I se quiso indagar si había una relación entre consumo de drogas y síntomas de enfermedad mental en habitantes de la calle de Colombia, y también se pretendió identificar, con un diseño de investigación transversal, cuáles eran los predictores del índice de consumo de drogas en tres etapas de la vida en esta población: 1) la infancia-adolescencia, 1) la adultez, y 3) la vejez. En el Estudio II se buscó saber si había diferencias en los patrones de consumo de drogas entre habitantes de la calle menores de 19 años de Bogotá y los de alguna de las principales ciudades capitales de Brasil.

Para responder a los objetivos planteados, se propuso la unificación y el análisis estadístico de dos bases de datos correspondientes a dos estudios que incluyeron la temática del consumo drogas en población en situación de calle, y que fueron adelantados con metodologías e instrumentos similares: 1) La base de datos del V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá, aislando las variables correspondientes a salud mental, consumo de drogas, y reduciendo las variables sociodemográficas y de habitabilidad en calle; y 2) la base de datos del Levantamiento Nacional de Uso de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en 27 Capitales Brasileñas, aislando algunas variables de consumo de drogas y sociodemográficas.

Estas dos bases de datos recogieron registros de estudios que se llevaron a cabo con un delineamiento metodológico de tipo transversal, haciendo uso de un instrumento cuantitativo diligenciado a modo de entrevista estructurada, y con preguntas similares y comparables en lo que respecta a datos biosociodemográficos básicos y patrones de consumo de drogas. Estos estudios incluyeron consideraciones éticas que fueron revisadas por comités encargados para tal fin, los cuales en algunos casos solicitaron la reformulación de metodologías y/o instrumentos, hasta finalmente dar vía libre a la realización de los mismos.

## CAPÍTULO II

### ESTUDIO I – CONSUMO DE DROGAS EN HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ EN LAS TRES ETAPAS DE LA VIDA: PREDICTORES Y RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL

#### MÉTODO

##### 2.1 Participantes

En el V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá (VCHCB) fueron identificados y enumerados 8385 personas en dicha situación, quienes tenían edades entre 0 y 92 años ( $M = 35.23$ ,  $SD = 13.05$ ), siendo 7286 de sexo masculino (87%) y 1099 de sexo femenino (13%). Del total de los identificados, 6.265 fueron ubicados en la calle (75%), y 2.120 en entidades de apoyo (25%). El número de entrevistas que efectivas fue de 7033 (84%), mientras que 1352 habitantes de calle (16%) no aceptaron dar la entrevista para el censo. Sin embargo, fueron censados siguiendo los criterios de atribución de habitabilidad en calle, como por ejemplo su apariencia física o por referencia de otro habitante de calle o de un poblador. También se observó que 498 de los habitantes de calle que no aceptaron la entrevista (36% de quienes la rechazaron), se encontraban en estado de conciencia alterada, posiblemente inducido por el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Sobre la composición de la familia durante la infancia de los participantes entrevistados, se observó que para el 41% de ellos estuvo conformada por padre, madre y/o hermanos (Ramos et al., 2009).

La definición de habitante de calle que sirvió como criterio para seleccionar la población a ser censada fue la siguiente: “toda persona viviendo en la ciudad y que no reside en una vivienda prototípica (casa, apartamento o cuarto) de manera permanente (al menos 30 días continuos) y estable (al menos 60 días en la misma unidad de vivienda) en un momento dado; así como toda persona que reside en un lugar especial de alojamiento como recurso o estrategia para evitar, suspender o terminar con la residencia en viviendas no prototípicas o en calle.” (Ramos et al, 2009, p. 9). Dentro de la población censada, la muestra seleccionada para el Estudio I corresponde a los 7033 casos de entrevistas efectivas del V Censo, 6117 hombre (87%) y 916 mujeres (13%), con edades entre 0 y 92 años ( $M = 34.97$ ,  $SD = 13.02$ ).

## 2.2 Instrumentos

El principal instrumento utilizado durante el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (VCHCB) para obtener y registrar la información de la población censada fue el Instrumento Censal. Esta herramienta fue diseñada por el equipo de investigación del censo teniendo en cuenta los instrumentos utilizados en los censos anteriores, con el fin de tener comparabilidad con los datos recogidos en el pasado e incorporando nuevas preguntas de investigación. Este instrumento final fue fruto de la retroalimentación que se recibió en la prueba piloto, la cual contó con una muestra de 140 habitantes de calle de la ciudad. El Instrumento Censal debía ser diligenciado a modo de una entrevista individual estructurada, entendida esta como un diálogo entre el entrevistado (habitante de calle, o adulto responsable en el caso de menores de 2 años) y el entrevistador (empadronador), guiado por unas preguntas puntuales cuyas respuestas podían ser abiertas, pero que en su mayoría se codificaban con una serie de criterios y categorías predeterminadas.

El instrumento censal está conformado por tres elementos: 1) el manual de aplicación, 2) la tarjeta censal y 3) la guía de codificación. En el manual de aplicación se encuentran las instrucciones para la realización de una entrevista estructurada a un habitante de la calle ítem por ítem; y allí se especifica el objetivo de cada pregunta y las formas de lograrlo. En algunos casos, el manual incluye varias preguntas de aplicación alternativas que sin ser exactamente iguales una de la otra, logran la información que se requiere. En el manual de aplicación también se encuentra una descripción del significado de cada opción de respuesta y su respectivo código, así como las condiciones para el diligenciamiento de las diferentes preguntas dentro de la tarjeta censal. La tarjeta censal (Anexo A) es una hoja de dos caras que contiene 43 ítems y es el soporte en el que se consignan las respuestas del habitante de la calle censado, distribuidas en seis apartados: 1) Datos generales del lugar de la aplicación; 2) Datos sociodemográficos; 3) Características de habitabilidad en calle; 4) Condiciones de salud física y mental; 5) Datos por observación; y 6) Sin entrevista. Y el último elemento del instrumento censal es la guía de codificación (Anexo B). Esta guía contiene los códigos de las opciones de respuesta de cada ítem y las preguntas de aplicación que no aparecen en la tarjeta censal. La guía de aplicación es un recurso que le sirve al empadronador para asegurarse de que los códigos que escribe en la tarjeta censal corresponden con una cada de las respuestas dadas por el entrevistado. Como su nombre lo indica, se trata de una 'guía' que contiene apenas indicaciones generales útiles cuando no se cuenta con el suficiente tiempo para consultar el manual de aplicación.

### *2.3 Procedimientos de Búsqueda y Recolección de Datos del V Censo de Habitantes de Bogotá*

El V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá, como todo censo, fue pensado para identificar y entrevistar la totalidad de la población estudiada dentro de límites definidos de tiempo y espacio. Para conseguir este objetivo se diseñó una investigación en tres etapas: Pre-censo, censo y post-censo. En el pre-censo, que duró aproximadamente seis meses, el equipo de investigación llevó a cabo: el diseño organizacional; el diseño de barrido de la ciudad y de búsqueda de la población objetivo; el diseño de identidad visual; el diseño de instrumentos de investigación y los diferentes manuales; el diseño y ejecución del entrenamiento y la capacitación; el diseño de bases de datos y de procedimientos de sistematización; el diseño de procedimientos de gestión, seguridad y control de la información; el diseño del plan de análisis; el diseño y ejecución de la prueba piloto; y los ajustes finales al método y los instrumentos. En la etapa censo, que duró aproximadamente cuatro meses (del 22 de agosto al 18 de diciembre de 2007), se llevó a cabo las estrategias metodológicas para conseguir la cobertura de toda la ciudad, la identificación y entrevistas da cada uno de los habitantes de calle que se encontraran viviendo en el perímetro de Bogotá, así como la sistematización simultanea del material que iba siendo recolectado. En la etapa post-censo se validaron las bases de datos, se realizaron los análisis de prevalencia y caracterización de la población y se divulgó la información en eventos y en publicaciones.

La cobertura de la ciudad se consiguió realizando operativos de búsqueda sistemática y programada en toda la ciudad. Para ello la ciudad fue dividida en 85 áreas de supervisión y estas, a su vez, en 420 áreas de empadronamiento. Se contaba con mapas específicos de cada una de estas áreas de empadronamiento y supervisión, los cuales servían de apoyo a la hora de ejecutar los recorridos de búsqueda y empadronamiento. La metodología de búsqueda y barrido de la ciudad se basó en técnicas como: a) la pre-indicación georeferenciada (se entrevistó a los equipos de trabajo en calle de todas las instituciones reconocidas que trabajaban con esta población, y con la información suministrada se construyó una base de datos con información geográfica sobre la cantidad estimada y los lugares donde se encontraba la población habitantes de calle); b) bola de nieve (durante los operativos en calle se indagaba con habitantes de calle y con la población domiciliada, sobre lugares donde podrían haber habitantes de calle dentro del área); c) observación directa (toda la ciudad fue recorrida sistemáticamente buscando directamente el contacto con los habitantes de calle); d) aplicación en entidades (a partir de una investigación previa, se identificaron y se visitaron 79 sedes de instituciones que trabajan con esta población, y allí se realizaron entrevistas individuales); e) control de duplicados (se diseñaron estrategias para no contar y no entrevistar más de una vez a los habitantes de calle).

Para la ejecución de la metodología censal se requirió de un esquema organizacional jerárquico que reunía personal de las dos principales entidades que trabajan con población en situación de calle de Bogotá: La Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPRON. Este esquema organizacional estuvo compuesto por 3 coordinadores de campo, 6 supervisores de campo, un coordinador de crítica, un administrador y coordinador de la sistematización de datos, 3 asistentes de investigación, 4 asistentes de campo, 8 críticos, 40 empadronadores, 6 digitadores y una comisión de apoyo técnico compuesto por 7 profesionales. Los empadronadores eran los directamente encargados de realizar la identificación y entrevistas de los habitantes de calle, según las técnicas y los criterios establecidos en los manuales y trabajados en la fase entrenamiento. El criterio de conteo, inclusión y entrevista se guió por la definición operacional de habitante de calle construida para este censo. También se diseñó un procedimiento de cadena de custodia, documentado y controlado, para evitar la pérdida o alteración de la información registrada en la tarjeta censal durante la ejecución del censo en campo, así como en los procesos de crítica y de sistematización de datos.

## CAPÍTULO III

### ESTUDIO I - CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA Y CREACIÓN Y ADECUACIÓN DE VARIABLES

En este capítulo se describen las variables originales del VCHCB que van a ser utilizadas en este estudio, así como las variables creadas con el fin de reducir o sintetizar la información disponible.

#### 3.1 Variables Demográficas

Corresponden a las variables sexo y edad de los habitantes de calle entrevistados durante el VCHCB. La variable sexo fue modificada asignando el valor 1 para sexo hombre y el valor 0 para sexo mujer. La variable edad, que corresponde a los años cumplidos por cada habitante de calle en el momento de la entrevista, se mantuvo igual a la original, es decir se trabajó con el número de años cumplidos reportados por el entrevistado. En la Figura 2 se muestra la pirámide de la distribución poblacional según sexo de los habitantes de calle entrevistados en Bogotá durante el 2007. En la Tabla 2 se observa que las diferencias en los porcentajes de hombres y de mujeres fueron las mismas entre los entrevistados y los que se negaron a dar la entrevista.

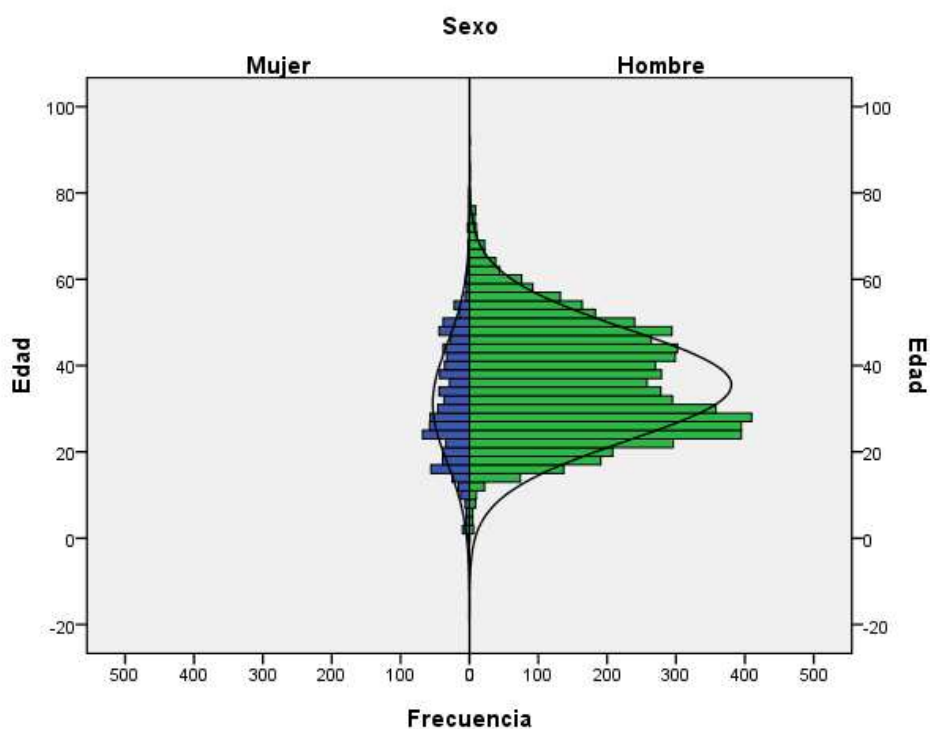


Figura 2. Histogramas y curva de la distribución poblacional de habitantes de calle de Bogotá según sexo



Tabla 2

*Población Habitante de Calle Contactada en el V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá Según Sexo y Tipo de Contacto*

		Tipo de contacto			
		Con entrevista	Sin entrevista	Total	
Sexo	Hombre	Recuento	6117	1169	7286
		% dentro tipo de contacto	87.0%	86.5%	86.9%
	Mujer	Recuento	916	183	1099
		% dentro tipo de contacto	13.0%	13.5%	13.1%
Total		Recuento	7033	1352	8385

### 3.2 Variables Hogar de Origen

En el VCHCB se buscó identificar las formas que puede tomar la estructura familiar de esta población durante su infancia (de cero a 12 años de edad). Así, para obtener la configuración del hogar de origen de los habitantes de la calle se preguntó y registró, uno por uno, la presencia de los posibles integrantes que componían su hogar según la relación que tuvieran con el entrevistado: padre, madre, padrastro, madrastra, hermanos, medio hermanos, otros parientes (por ejemplo, tío, primo, abuelo, etc.) y no parientes (Tabla 3). Se registró, además, el número total de cada tipo de integrante presente en el hogar de origen, discriminando el sexo en cada caso.

Tabla 3

*Porcentaje de Presencia de cada Tipo de Miembro en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá (n = 6987, perdidos = 46)*

Miembro presente en el hogar de origen	%
Padre	62
Madre	83
Padrastro	09
Madrastra	04
Hermanos	79
Medio hermanos	10
Otros parientes	18
No parientes	03
Otros <sup>a</sup>	20

*Notas:* <sup>a</sup> Variable creada a partir del reporte de la presencia de no parientes y otros parientes en el hogar de origen.

Dado que se trataba de muchas variables con información disgregada (19 variables en total), para la presente investigación se decidió sintetizar esta información, a través de la creación de nuevas variables con la siguiente información: 1) cantidad de personas que conformaron el hogar de origen en total; 2) cantidad de hombres; 3) cantidad de mujeres; 4) predominancia de sexo. Para calcular esta predominancia, se utilizó el promedio de hombres presentes en el hogar de origen de cada habitante de la calle, es decir, el número total de hombres presentes en el hogar dividido por el número total de integrantes del hogar de origen. De esta forma, si el promedio es mayor a 0,50, corresponde a una predominancia de hombres, al contrario si el promedio es inferior a 0,50 existe una predominancia de mujeres. Se crearon también las variables 5) cantidad de tipos de miembros presentes en el hogar de origen, y 6) potencial de variedad de interacción en el hogar de origen, que corresponde a la multiplicación de la variable 5 (cantidad de tipos de miembros presentes en el hogar de origen) por la variable 1 (cantidad de personas que conformaron el hogar de origen en total). En resumen, la variable 4 recoge la información de las variables 2 y 3, y la variable 6 la información de las variables 1 y 5. No obstante se conservaron y utilizaron estas seis nuevas variables sobre la composición del hogar de origen de los entrevistados, para identificar posteriormente cuál o cuáles de ellas podrían resultar más útiles, según su poder explicativo o nivel de correlación con las otras variables de este estudio (Tabla 4).

Tabla 4

*Estadísticas de las Variables Creadas para Cantidad de Integrantes y Sexo en la Familia de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá*

Variables familia de origen	N		Media	SD	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos				
Número de personas	6987	46	6.16	4.333	0	66
Cantidad de hombres	6987	46	3.12	2.678	0	35
Cantidad de mujeres	6987	46	3.04	2.260	0	33
Preponderancia de sexo <sup>a</sup>	6852	181	.46	.224	.00	1.00
Cantidad de tipos de miembros	6855	178	2.72	.962	1	8
Variabilidad de interacción familiar potencial <sup>b</sup>	6987	46	19.09	19.051	0	288

*Notas:* <sup>a</sup> Corresponde a la división de la cantidad de Hombres por el Total de personas (H/[H+ M]). Valor > 0.50 indica preponderancia de hombres, valor < 0.5 indica predominancia de mujeres

<sup>b</sup> Corresponde a la multiplicación de Cantidad de tipos de miembros por el Número total de personas que compone el hogar de origen

### *3.3 Análisis Factorial Miembros del Hogar de Origen*

Las variables con las que se registró la presencia y ausencia de cada tipo de miembro en el hogar de origen de los habitantes de la calle entrevistados, también fueron reducidas usando un método estadístico de agrupación de variables. Para la reducción del número de variables originales se recurrió a un análisis factorial exploratorio. El análisis factorial es una técnica de reducción de variables en la cual se crean grupos o factores. Un factor es aquel que reúne las variables que se correlacionan significativamente con él (Tabachnick & Fidell, 2007). Se espera que cada variable tenga una correlación significativa exclusivamente con un factor. Con este análisis se busca identificar si existen algunas pautas de agrupación de tipos miembros del hogar de origen de los participantes, que subyace a los datos recolectados. Este análisis se realizó en tres pasos: 1) evaluación de la adecuación de los datos; 2) elección y realización del tipo de análisis factorial; y 3) interpretación o nominación de los factores hallados.

Para evaluar la adecuación de los datos a la técnica de análisis factorial se consideró el tamaño de la muestra y se realizó un análisis de la correlación entre las variables. Teniendo en cuenta que la base de datos del VCHCB cuenta con un  $N$  grande y representativo de la población ( $N = 7033$ ), y que se observan coeficientes de correlación significativos, y con niveles de asociación bajos e intermedios entre muchas de las variables a ser analizadas, la elección de esta técnica de reducción se consideró como viable (Tabla 5). Por otro lado, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO$ ) fue de 0.76, lo que indica que hay un patrón de correlación aceptable, que a pesar de no ser muy alto, es adecuado para realizar este tipo de análisis (Field, 2009).

Tabla 5

*Matriz de Correlaciones de las Variables Tipo de Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá*

	Padre	Madre	Hermanos	Padrastro	Madrastra	Medio hermanos	Otras personas	
Correlación	Padre	1.000	.280	.332	-.208	.066	.022	-.238
	Madre		1.000	.452	.069	-.236	-.021	-.391
	Hermanos			1.000	.020	-.042	-.037	-.267
	Padrastro				1.000	.133	.262	.001
	Madrastra					1.000	.293	.020
	Medio hermanos						1.000	.059
	Otras personas							1.000
Sig. (Unilateral)	Padre		.000	.000	.000	.000	.031	.000
	Madre			.000	.000	.000	.037	.000
	Hermanos				.046	.000	.001	.000
	Padrastro					.000	.000	.469
	Madrastra						.000	.048
	Medio hermanos							.000
	Otros <sup>a</sup>							

*Notas:* <sup>a</sup> Variable creada a partir del reporte de la presencia de No parientes y Otros parientes en el hogar de origen.

Para el análisis factorial se incluyeron las variables sobre la presencia de cada tipo de miembro del hogar de origen: padre, madre, padrastro, madrastra, hermanos, medio hermanos, y la variable creada para esta investigación, otras personas, que incluye la presencia de otros parientes o no parientes (Tabla 6). El método de extracción de los factores fue el análisis de componentes principales, usualmente utilizado para encontrar grupos homogéneos de forma exploratoria, como en el caso de la presente investigación. Éste método parte de un análisis de la varianza total de cada variable, sin excluir la varianza específica de cada variable en singular, es decir, sin prescindir de aquel nivel de variación que no está compartido con cualquier otra variable (Tabachnick & Fidell, 2007). Además se incluyó una técnica de rotación de la matriz de componentes de tipo Varimax para hacer más comprensible la matriz resultante.

Tabla 6

*Porcentaje de la Presencia de Tipos Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá (n = 6987, perdidos = 46)*

Tipo de integrante del hogar	% de presencia
Padre	62
Madre	83
Padrastro	9
Madrastra	4
Hermanos	79
Medio hermanos	10
Otros parientes	18
No parientes	3
Otros <sup>a</sup>	20

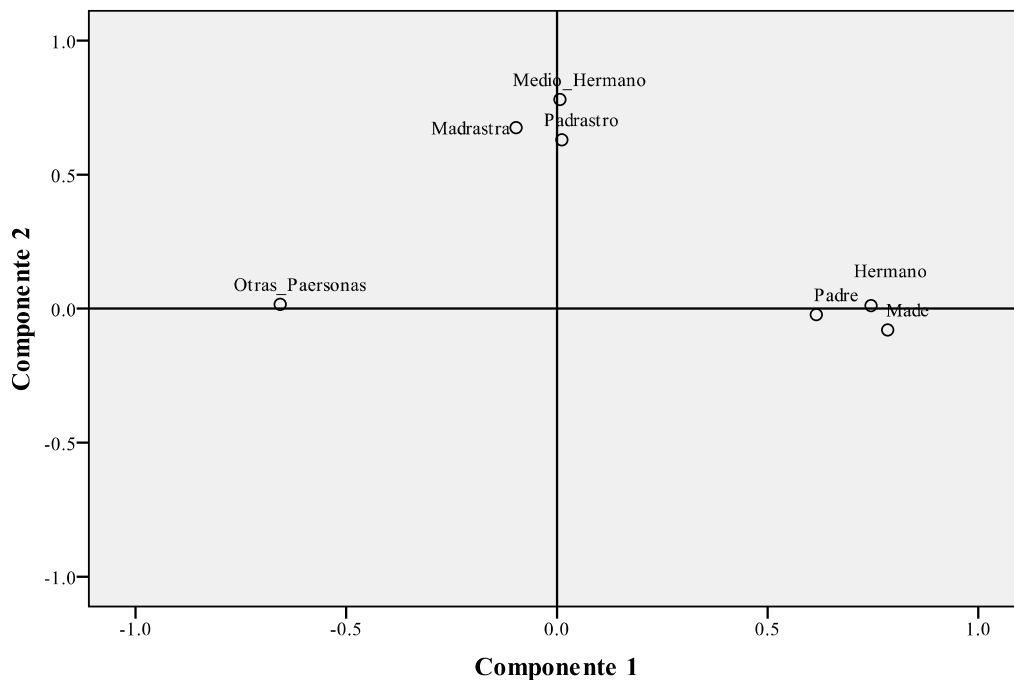
*Notas:* <sup>a</sup> Variable creada a partir del reporte de la presencia de No parientes y Otros parientes en el hogar de origen

En un análisis factorial previo al definitivo, resultaron tres factores finales, utilizando el criterio de inclusión de factores de Kaiser, según el cual se incluyen los factores con un autovalor inicial de varianza explicada igual o superior a 1. No obstante en este primer análisis se encontraron variables ambiguas, aquellas que tienen niveles de saturación factorial alto en más de un factor (superiores a 0.3). Por lo anterior se forzó el análisis a la selección de dos factores. Este análisis final con dos factores llegó a explicar un 30% de la varianza total de este conjunto de variables (Tabla 7), y la distribución de las cargas factoriales no presentó

ninguna variable ambigua (Tabla 8). Por esta razón y por el hecho de que los factores resultantes tienen sentido teórico, este Análisis Factorial de Componentes fue el definitivo.

Como se observa en la Figura 3, en el primer factor o componente se agruparon las variables presencia de: padre, madre y hermanos, las cuales se asociaron positivamente a dicho factor, y la variable presencia de otras personas, que se asoció negativamente. Por lo tanto este primer factor se puede denominar *Familia nuclear biparental no extensa*. Nuclear biparental porque incluye una pareja con más de un hijo, y no extensa, porque excluye a otros tipos de parientes. En el segundo factor o componente se agruparon las variables presencia de: padrastro, madrastra y medio hermanos, las cuales se asocian positivamente a este factor; por lo tanto este segundo factor podemos denominarlo *Familia reconstituida*. A partir del resultado de este análisis factorial se crearon dos nuevas variables con el puntaje de cada entrevistado en cada factor, según la matriz de coeficientes (Tabla 8).

**Gráfico de componentes en espacio rotado**



*Figura 3.* Distribución de las variables presencia de tipos de miembros en el hogar de origen en la matriz de componentes extraídos en el análisis factorial

Tabla 7

*Varianza Total Explicada del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes en el Hogar de Origen de los Habitantes de Calle de Bogotá*

Compo- nente <sup>a</sup>	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% acumulado
1	2.024	28.911	28.911	2.024	28.911	28.911	1.993	28.471	28.471
2	1.438	20.548	49.460	1.438	20.548	49.460	1.469	20.989	49.460
3	1.097	15.667	65.127						
4	.773	11.043	76.170						
5	.691	9.869	86.039						
6	.539	7.695	93.734						
7	.439	6.266	100.000						

Notas: <sup>a</sup> Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Con este Análisis se puede concluir que a pesar de que existe una elevada variabilidad en los tipos de miembros presentes en el hogar de origen reportado por los habitantes de calle, es posible agruparlos en dos factores: 1) familia nuclear biparental no extensa; y 2) familia reconstituida. La puntuación de cada entrevistado en el primer factor indica el grado de aproximación del hogar de origen reportado a la configuración de una Familia nuclear biparental, no obstante esta aproximación no es exclusiva a dicho tipo de familia, ya que el hogar reportado también puede aproximarse simultáneamente a la configuración del factor dos, familia reconstituida. Esto quiere decir que un sujeto puede tener simultáneamente una puntuación alta en los dos factores.

Esta flexibilidad del análisis de reducción seleccionado es adecuada para interpretar las variables originales. La pregunta usada para recolectar la información hacía referencia a la presencia o ausencia de cada tipo de miembro en el hogar de origen durante la infancia (0 – 12 años). Los tipos de miembros reportados por el entrevistado como presentes en su hogar de origen son aquellos con los que él estableció un grado de relaciones interpersonales significativo y se aclaraba durante la entrevista que no se pretendía obtener la composición de una familia estática, en general improbable dado el amplio periodo de tiempo seleccionado. Por el contrario, se trataba de recolectar la información sobre los diferentes miembros que llegaron a componer el hogar de origen predominante o significativo para cada entrevistado.

Por lo tanto, si un sujeto variaba de una familia nuclear biparental a una extensa, la existencia de los dos tipos de familia podía ser registrada.

Tabla 8

*Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes del Hogar de Origen de los Habitantes de Calle*

Tipo de integrante en hogar de origen	Componente familiar <sup>a</sup>	
	Nuclear biparental no extensa	Reconstituida
Madre	.785	
Hermanos	.746	
Otras personas	-.657	
Padre	.616	
Medio hermanos		.780
Madrastra		.676
Padrastro		.630

*Notas:* <sup>a</sup> Dos componentes extraídos. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 3 iteraciones. Se eliminaron de la tabla los valores inferiores a 0.1



Tabla 9

*Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de las Variables Tipo de Integrantes del Hogar de Origen de los Habitantes de Calle*

Tipo de integrante en hogar de origen	Componente <sup>a</sup>	
	1	2
Padre	.310	.012
Madre	.393	-.019
Hermanos	.377	.041
Padrastra	.034	.432
Madrastra	-.019	.458
Medio-hermanos	.039	.534
Otras personas	-.331	-.019

*Notas:*<sup>a</sup> Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

### 3.4 Variables de Educación

Para el VCHCB se incluyeron dos preguntas que permitirían identificar la formación escolar de los habitantes de la calle en el momento en que estaban siendo entrevistados. Se les preguntó sobre el máximo nivel educativo completado y sobre la realización de estudios no formales, como capacitaciones, talleres o cursos. Para la presente investigación se utilizó la pregunta sobre el nivel educativo (Tabla 10) re-codificada, con el objetivo de tener la información en una dimensión escalar (Tabla 11).

El nivel educativo recodificado empieza en cero, nivel en el que se unificó a quienes afirmaron no sabe leer y escribir, y a quienes reportaron sólo haber culminado pre-jardín, jardín o transición. El nivel uno corresponde a saber leer y escribir sin haber ido a la escuela, así como haber culminado el primer año de primaria. El nivel dos corresponde a segundo grado de primaria, y así sucesivamente se recodificaron todos los niveles de la escala, haciéndolos corresponder con el año o grado escolar alcanzado en la educación Básica primaria o Básica secundaria. Los grados décimo y once de las tres modalidades de Educación media (académica, normalista y técnica), fueron recodificados como nivel 10 y 11. La Educación media, modalidad normalista, a diferencia de las otras dos modalidades, incluye dos grados de formación adicional: decimosegundo y decimotercero. Estos grados se recodificaron con el nivel 12 y 13 respectivamente, ya que esta formación permite desempeñar trabajos técnicos en docencia dentro de la educación pre-escolar o básica primaria. Concluir un curso en educación técnica (1 a 2 años de formación), también se

calificó con el nivel 13; un curso de educación tecnológica (3 años de formación), se calificó con el nivel 14; un curso profesional (4 a 5 años), con el nivel 15; un curso de especialización (1 año), con el nivel 16; y un curso de maestría (2 años), con el nivel 17.

La Figura 4 muestra la distribución de frecuencias del nivel educativo escalar obtenido por los habitantes de calle entrevistados. Puede observarse un grado de asimetría a la derecha en la distribución según el nivel educativo escalar ( $Asimetría = 0.14$ ;  $Error\ de\ la\ asimetría = 0.029$ ). Esta forma de la distribución indica que un número importante de sujetos se acumulan en los primeros grados de educación. Esta forma de distribución sería la esperada si la población de habitantes de la calle tuviera un alto número de niños y adolescentes. Sin embargo este no es el caso (Figura 2), lo que indica que hay muchos adultos con bajos niveles educativos, y se evidencia la necesidad de crear una variable para calcular el nivel de desfase escolar. Con esta medida de desfase escolar se pueda diferenciar a los niños y adolescentes que se encuentran en los primeros niveles de educación, pero que están dentro del nivel esperado según su edad.

Tabla 10

*Opciones y Codificación Original de Variable Nivel Educativo*

Nivel educativo	
De analfabetismo a educación básica	Media y profesional
<i>Sin educación formal</i>	<i>Media Académica</i>
28_ No sabe leer ni escribir	10_ Décimo
29_ Sabe leer y escribir sin vinculación al sistema educativo	11_ Undécimo
<i>Preescolar</i>	<i>Media Técnica</i>
25_ Pre-jardín	12_ Décimo
26_ Jardín	13_ Undécimo
27_ Transición	<i>Normalista</i>
<i>Básica Primaria</i>	14_ Décimo
01_ Primero	15_ Undécimo
02_ Segundo	16_ Duodécimo
03_ Tercero	17_ Décimo tercero
04_ Cuarto	<i>Superior<sup>a</sup></i>
05_ Quinto	18_ Técnica profesional
<i>Básica secundaria</i>	19_ Tecnológica
06_ Sexto	20_ Profesional
07_ Séptimo	<i>Postgrado<sup>a</sup></i>
08_ Octavo	21_ Diplomado
09_ Noveno	22_ Especialización
	23_ Maestría
	24_ Doctorado

*Notas:*<sup>a</sup> Se incluyo el nombre del título obtenido.

Tabla 11

*Frecuencias del Nivel Educativo Escalar de los Habitantes de Calle de Bogotá*

Máximo Grado Educativo Alcanzado	Nivel	Frecuencia	%	% Acumulado
No sabe leer y escribir, o Pre y Jardín-transición	0	421	6.0	6.0
Primero primaria o sabe leer y escribir sin	1	505	7.2	13.2
Segundo primaria	2	441	6.3	19.5
Tercero primaria	3	489	7.0	26.5
Cuarto primaria	4	370	5.3	31.8
Quinto primaria	5	1241	17.6	49.5
Sexto	6	567	8.1	57.7
Séptimo	7	570	8.1	65.8
Octavo	8	597	8.5	74.3
Noveno	9	479	6.8	81.2
Décimo <sup>a</sup>	10	217	3.1	84.3
Undécimo	11	965	13.7	98.1
Décimo tercero Normalista o Técnica <sup>b</sup>	12	39	0.6	98.6
Profesional	14	17	0.2	98.9
Tecnológica	15	74	1.1	99.9
Profesional	16	3	0.0	100.0
Diplomado o Especialización	17	2	0.0	100.0
Maestría				
Total		6997	99.5	
Perdidos			36	
Total			7033	

Notas: <sup>a</sup> Incluye las tres modalidades de Bachillerato en Colombia: técnico, académico o normalista.

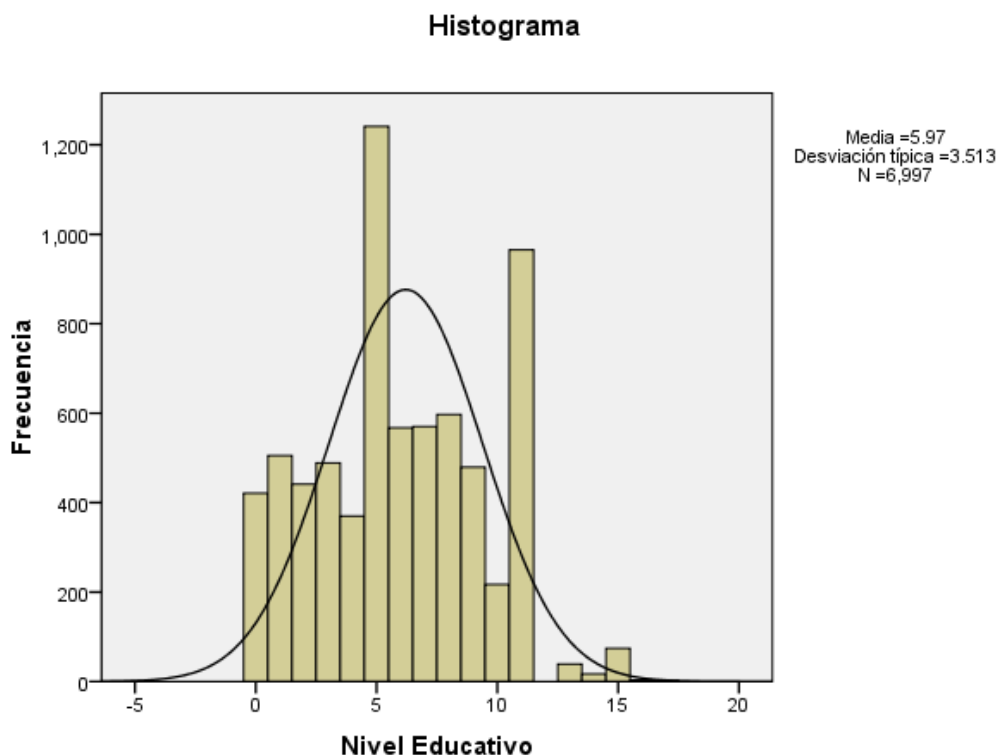
<sup>b</sup> Décimo normalista corresponde al último año de bachillerato en esta modalidad, donde se forma a los estudiantes para posteriormente trabajara en educación primaria.

Por otro lado, un nivel de desfase escolar resulta más útil cuando se estudian menores de edad, ya que no es lo mismo un niño que con diez años tiene quinto grado a un joven de 14 años con este mismo nivel educativo. Con este fin se creó una variable que retomó el nivel educativo escalar y la edad cronológica de cada participante, para calcular el nivel de retraso o adelanto respecto al nivel educativo esperado para su edad. En Colombia la educación obligatoria incluye nueve años de formación, cinco años de educación Básica primaria y cuatro de Básica secundaria. El rango de edad en el que se espera las personas realicen estos nueve años de estudio está entre los 6 y los 14 años de edad. Para el análisis se consideró que un habitante de la calle estaría desfasado si registra dos años o más de atraso según su edad, con respecto al nivel educativo que debería tener. Por ejemplo, un niño de nueve años de edad que culminó solamente el primer año de educación básica primaria, estaría atrasado en un año. Por lo tanto se dejó un rango de dos años hacia arriba y dos años hacia abajo, con respecto a la edad esperada, para contar los años de retraso o adelanto de cada entrevistado. Los menores de ocho años fueron codificados con nivel cero de atraso, y sólo se calculó retraso escolar en quienes habían cursado menos de nueve años de educación. Según este rango ningún entrevistado estuvo adelantado (Tabla 12).

Tabla 12

*Estadísticos Descriptivos y Frecuencias del Nivel Educativo Escalar y Años de Desfase Educativo de los Habitantes de Calle de Bogotá*

Estadísticos	Nivel Educativo	Años de Desfase Educativo
<i>n</i> Válidos	6997	6997
<i>n</i> Perdidos	36	36
Media	5.97	17.34
Mediana	6.00	15.00
<i>SD</i>	3.51	15.63
Mínimo	0	0
Máximo	17	79



*Figura 4.* Histograma y curva de distribución de la población según nivel educativo de los habitantes de la calle de Bogotá

### 3.5 Variables Apoyo Recibido

Durante el VCHCB se preguntó a los entrevistados si en el último año habían recibido apoyo por parte de familiares, no parientes o entidades. Las frecuencias del apoyo recibido según la fuente de apoyo se encuentran en la Tabla 13. Adicionalmente se preguntó por el tipo de apoyo recibido, el cual era clasificado en 16 opciones diferentes. Entre esas 16 categorías, los entrevistadores debían seleccionar y registrar las tres opciones que correspondían a lo que los habitantes de calle referenciaron como las principales formas de apoyo recibido por un familiar, otra persona no familiar o una entidad habitantes, para cada una de estas fuentes de apoyo. Los 16 tipos de apoyo categorizados en el Instrumento censal se pueden observar en la Tabla 14. También se preguntó por la frecuencia con la que recibían dichos apoyos, los valores de estas frecuencias se re-codificaron dejándolos en un nivel escalar ascendente como puede observarse en la Tabla 15.

Los análisis descriptivos iniciales, realizados para esta variable, señalaron que no se presentó una gran variedad entre los tres tipos de apoyo principales reportados (Ramos et al. 2009). Los tipos de apoyo más frecuentes fueron: alimentación, vestuario y alojamiento. Para el presente estudio se decidió contabilizar, para cada fuente apoyo, la cantidad de tipos de apoyo reportados por los habitantes de la calle que varió entre uno y tres (Tabla 16).

Con el fin de sintetizar la información sobre el apoyo que recibieron los habitantes de calle, se crearon tres variables de nivel de apoyo recibido, según el tipo de fuente, y una cuarta que totalizó en un sólo nivel las tres variables anteriores. El nivel de apoyo recibido por cada tipo de fuente se logró multiplicando la frecuencia del apoyo por la cantidad de tipos de apoyo. A partir del resultado de esta multiplicación se crearon tres grupos con dos puntos de corte (percentil 33 y 67) (Tabla 17). Cada grupo creado, corresponde a un nivel de apoyo recibido: bajo, medio y alto, constituyéndose así la variable *Nivel de apoyo recibido* (Tabla 18). Los habitantes de la calle que reportaron no haber recibido ningún tipo de apoyo, constituyen un cuarto grupo con nivel de apoyo nulo, es decir que *Nivel de apoyo recibido* es una variable escalar con cuatro niveles.

Finalmente se creó la variable *Índice de apoyo general recibido* que totaliza los niveles de apoyo recibido de los tres tipos de fuente (Tabla 19). Este índice varía de cero a nueve, donde cero corresponde a un nivel de apoyo nulo en las tres fuentes de apoyo, y nueve corresponde a un nivel de apoyo alto en las tres fuentes ( $M = 1.82$ ,  $DS = 1.9$ ).

Tabla 13

*Frecuencia y Porcentaje de Respuesta a la Pregunta Recibe Apoyo por Parte de Familiares, No Parientes y Entidades*

Fuente/ apoyo	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
<i>Familiares</i>				
Sí	1592	22.6	23.0	23.0
No	5316	75.6	77.0	100.0
Total	6908	98.2	100.0	
Perdido	125	1.8		
Total	7033	100.0		
<i>No Parientes</i>				
Sí	1058	15.0	15.3	15.3
No	5846	83.1	84.7	100.0
Total	6904	98.2	100.0	
Perdido	129	1.8		
Total	7033	100.0		
<i>Entidades</i>				
Sí	3170	45.1	45.9	45.9
No	3738	53.1	54.1	100.0
Total	6908	98.2	100.0	
Perdido	125	1.8		
Total	7033	100.0		



Tabla 14

*Opciones de Tipo de Apoyo Recibido Durante el Último Año Como Habitante de Calle*

Tipo de Apoyo			
1	Alimentación	9	Capacitaciones
2	Vestuario	10	Actividad física
3	Servicio de aseo	11	Desintoxicación
4	Artículos de aseo	12	Apoyo terapéutico
5	Alojamiento	13	Apoyo afectivo
6	Atención médica	14	Trabajo social
7	Medicamentos	15	Recreación
8	Educación formal	16	Dinero

Tabla 15

*Trasformación de Valores Categóricos en Numéricos en la Variable Frecuencia del Apoyo Recibido*

Valor categórico	Valor numérico
Muy pocos días	1
Algunos días	2
La mayoría de los días	3
Todos los días	4

Tabla 16

*Fuente y Cantidad de Tipos de Apoyo Recibido como Habitante de Calle*

Fuente de apoyo	Recibió apoyo <sup>a</sup>	Cantidad de tipos de apoyo <sup>b</sup>			
		Mínimo	Máximo	Media	SD
Familia	1590	1	3	2.38	0.778
No parientes	1057	1	3	2.20	0.782
Entidades	3146	1	3	2.79	0.502

*Notas:* <sup>a</sup> Número de personas que recibieron apoyo de dicha fuente.

<sup>b</sup> Se podía reportar hasta tres tipos de apoyo

Tabla 17

*Estadísticos Frecuencia por Cantidad de Tipo de Apoyo Recibido Durante el Último Año Como Habitante de Calle de Bogotá*

Estadísticos	Familiar $FxC^b$	No Parientes $FxC^b$	Entidades $FxC^b$
<i>n</i> Válido	1580	1046	3116
<i>n</i> Perdido	5453	5987	3917
Media	5.39	5.81	8.93
Mínimo	1,00	1,00	1.00
Máximo	12.00	12,00	12.00
Percentiles <sup>a</sup>	33.33	3,00	4.00
	66.67	6,00	8.00

*Notas:* <sup>a</sup> Puntos de corte para tres niveles: Bajo, Medio, Alto

<sup>b</sup> Frecuencia (1 - 4) por cantidad (1 - 3)

Tabla 18

*Nivel de Apoyo Recibido de Familiares, No Parientes y Entidades Como Habitante de Calle de Bogotá*

Fuente/Nivel apoyo <sup>a</sup>	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
<i>Familiares</i>				
Nulo	5316	75.6	77.1	77.1
Bajo	312	4.4	4.5	81.6
Medio	514	7.3	7.5	89.1
Alto	754	10.7	10.9	100.0
Total	6896	98.1	100.0	
Perdidos	137	1.9		
Total	7033	100.0		
<i>No Parientes</i>				
Nulo	5846	83.1	84.8	84.8
Bajo	323	4.6	4.7	89.5
Medio	366	5.2	5.3	94.8
Alto	357	5.1	5.2	100.0
Total	6892	98.0	100.0	
Perdidos	141	2.0		
Total	7033	100.0		
<i>Entidades</i>				
Nulo	3738	53.1	54.5	54.5
Bajo	1029	14.6	15.0	69.6
Medio	512	7.3	7.5	77.0
Alto	1574	22.4	23.0	100.0
Total	6853	97.4	100.0	
Perdidos Sistema	180	2.6		
Total	7033	100.0		

Notas: <sup>a</sup> Nivel nulo (no recibe apoyo) = 0; Nivel bajo = 1; Nivel medio = 2; Nivel alto = 3

Tabla 19

*Frecuencia en Índice de Apoyo General Recibido por los Habitantes de Calle de Bogotá*

Valor en Índice Apoyo <sup>a</sup>	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
0	2703	38.4	39.6	39.6
1	788	11.2	11.5	51.1
2	681	9.7	10.0	61.1
3	1577	22.4	23.1	84.2
4	351	5.0	5.1	89.4
5	349	5.0	5.1	94.5
6	294	4.2	4.3	98.8
7	48	.7	.7	99.5
8	19	.3	.3	99.8
9	16	.2	.2	100.0
Total	6826	97.1	100.0	
<i>n</i> Perdidos	207	2.9		
Total	7033	100.0		

*Notas:* <sup>a</sup> Valor correspondiente a la sumatoria de los niveles de apoyo recibido de familiares, no parientes y entidades.

### 3.6 Variables Razón Expulsora

Para el VCHCB se indagó por las razones que llevaron a los entrevistados a iniciar su condición de habitante de calle. Para registrar estas razones se contó con 18 opciones de respuesta, entre ellas la opción “otra, cuál”, en la que se registraron otras razones que no se encontraban en la lista original de la tarjeta censal (Anexo A y B); ésta opción no fue considerada para el presente análisis. En este estudio se decidió agrupar las opciones originales en tres categorías: 1) salud física o mental, 2) factores subjetivos o intencionales, y 3) problemas socio-familiares (Tabla 20).

Tabla 20

*Razón Aducida para Habitar en Calle (Razón Expulsora) de los Habitantes de Calle de Bogotá, Correspondencia entre Versión Original y Reducida*

Razón expulsora - versión reducida (3 Categorías)	Razón expulsora principal - versión original (18 Categorías)
1- Salud	Por consumo de alcohol Por consumo de sustancias psicoactivas diferentes a alcohol Por enfermedad física Por enfermedad mental
2-Subjetivas-intencionalidad-influenciabilidad	Por búsqueda de autonomía e independencia Por gusto Por influencia de otro u otros habitantes de calle
3-Problemas socio-familiares	Sin hogar de origen (huérfano, expósito) Por castigos físicos Por castigos verbales Por abuso sexual Por descuido o falta de afecto Por exigencias de generación de ingresos (explotación laboral) Por búsqueda de medios de subsistencia Por enfrentamientos en hogares diferentes al de origen Siempre ha habitado en calle Muerte de familiar significativo

Dentro de las tres categorías sobre la razón aducida para habitar en calle, la categoría 1 (Salud) tiene un mayor nivel de compromiso biológico, la categoría 2 (Subjetivas-intencionalidad) un mayor nivel de compromiso psicológico o comportamental, y la categoría

3 (Problemas sociofamiliares) un mayor nivel de compromiso familiar o social. Sobre las opciones agrupadas en la categoría 3, problemas sociofamiliares, se incluyen las razones que hacen referencia a situaciones negativas experimentadas al interior de la familia, ya sea que se trate de violencia física, psicológica o sexual, negligencia, abandono o pobreza extrema. Por otra parte, teniendo en cuenta el modelo PPCT de Bronfenbrenner (2005), las razones de salud y las razones subjetivas-intencionalidad harían parte de las características de la persona, mientras que las razones problemas socio-familiares harían parte de las características del contexto, que incluiría el microsistema familia el contexto socioeconómico inmediato en que ocurre el desarrollo.

En la Tabla 21 se pueden observar las frecuencias de las razones expulsoras, en la versión reducida para esta investigación, en el total de la muestra de habitantes de calle de Bogotá. Se observa que las razones sociofamiliares fue la razón más frecuente, seguida por la razones de salud y finalmente la menos frecuente fueron las relacionadas con la subjetividad-intencionalidad.

Tabla 21

*Porcentajes de Razón Expulsora Aducida por los Habitantes de Calle de Bogotá, Versión Reducida*

Razón expulsora	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Salud	1979	28.1	30.5	30.5
Subjetividad- intencionalidad	919	13.1	14.1	44.6
Problemas Socio-familiares	3599	51.2	55.4	100.0
Total	6497	92.4	100.0	
Perdidos	536	7.6		
Total	7033	100.0		

### 3.7 Variable Lugar Donde Duerme

Durante el VCHC, también se indagó sobre el lugar donde los habitantes de la calle durmieron habitualmente durante el último mes. Esta pregunta se registró en una variable categórica que originalmente incluía 12 opciones, entre ellas la opción “otra, cuál”, en la que se registraron otros lugares que no se encontraban en la lista. Los lugares registrados como “otro, cual”, fueron analizados y categorizados creándose las siguientes categorías, no incluidas originalmente en el instrumento original: lugar de venta de SPA, casas de familiares o amigos, carruaje, y humedales, rondas (Ramos et al, 2009). Las frecuencias y los promedios

de las razones aducidas por los habitantes de calle según esta segunda lista ampliada de categorías se pueden observar en la Tabla 22.

Para el presente estudio se decidió reducir el número de categorías de la variable lugar donde duerme, esto con el fin de facilitar la comparación de la relación de esta variable con otras variables de interés en este estudio. Se construyeron, entonces, tres categorías válidas para el lugar donde duermen: 1) al aire libre, 2) construcciones no prototípicas, y 3) predios prototípicos para habitantes de calle. La categoría otros y sin información fueron codificadas como dato perdido. En la Tabla 23 se puede ver la frecuencia y el porcentaje del tipo de lugar donde duermen los habitantes de la calle según las nuevas categorías creadas.

Tabla 22

*Lugar Principal en el que Predominantemente Durmieron Durante el Último Mes los Habitantes de Calle de Bogotá, Variable Origina Ampliada*

Lugar principal donde durmió	Frecuencia	%	% Válido
Andén	3470	41.4	49.3
Parque	620	7.4	8.8
Debajo de un puente (vehicular especialmente)	422	5.0	6.0
Caño o cañerías públicas	199	2.4	2.8
Lugares perimetrales de la ciudad	34	.4	.5
Residencias "pago- diario"	1397	16.7	19.9
Residencias pago: semanal, quincenal pago mensual	56	.7	.8
Hogar de paso, refugio	65	.8	.9
Institución para HC	6	.1	.1
Edificaciones abandonadas	133	1.6	1.9
Lote o potrero	434	5.2	6.2
Otro lugar	7	.1	.1
Lugar de venta de SPA	18	.2	.3
Casas de familiares o amigos	19	.2	.3
Carruaje	38	.5	.5
Humedales, rondas	7	.1	.1
Sin información	108	1.3	1.5
Total	7033	83.9	100.0
Perdidos	1352	16.1	
Total	8385	100.0	

Adicional al registro de las respuestas a la entrevista, durante el VCHCB se hicieron observaciones naturales y registros fotográficos de las formas en que los entrevistados habitaban la calle. Con este material se quería, entre otras cosas, caracterizar visualmente las opciones reportadas por los habitantes de la calle en la variable Lugar donde duerme y registradas en la tarjeta censal. Un ejemplo de cada una de tres categorías reducidas creadas para este estudio se pueden observar en las fotografías de la Figura 5.



Tabla 23

*Lugar Principal en el que Predominantemente Durmieron Durante el Último Mes los Habitantes de Calle de Bogotá, Correspondencia entre Variable Original y Reducida*

Lugar donde durmió - variable reducida	Lugar donde durmió - variable original
<i>Aire libre</i>	Andén Parque Lugares perimetrales de la ciudad Lote o potrero Humedales, rondas
<i>No prototípica</i>	Debajo de un puente (vehicular especialmente) Caño o cañerías públicas Edificaciones abandonadas Carruaje
<i>Prototípicas habitante de calle</i>	Residencias "pago- diario" Residencias: "pago semanal", "pago quincenal", "pago mensual" Hogar de paso, refugio Institución para habitante de calle Lugar de venta de SPA Casas de familiares o amigos
<i>Perdido</i>	Sin información Otro lugar

Tabla 24

*Porcentajes de Lugar Donde Durmió Durante el Último Mes de los Habitantes de Calle de Bogotá, Variable Reducida*

Lugar donde durmió	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
"Aire libre"	4565	64.9	66.0	66.0
No prototípicas	792	11.3	11.4	77.4
Prototípicas – HC	1561	22.2	22.6	100.0
Total	6918	98.4	100.0	
Perdidos	115	1.6		
Total	7033	100.0		



*Figura 5. Fotografías de ejemplo del lugar donde duerme los habitantes de calle de Bogotá: a) al aire libre, b) construcciones no prototípicas, c) construcciones prototípicas para habitantes de calla. Fotógrafo: José Ricardo Lopez*

### 3.8 Variables de Violencia y Delincuencia

A los entrevistados durante el VCHCB también se les preguntó sobre la presencia de situaciones de violencia y delincuencia, tanto recibida como cometida, vividas durante su condición de habitantes de calle. Se les preguntaba si habían cometido o recibido cuatro tipos de delitos y seis tipos de violencia. Los delitos correspondían a: 1) hurto, 2) estafa, 3) exacción o extorsión, y 4) secuestro. Los actos de violencia correspondía a: 1) violación, 2) golpizas, 3) heridas de gravedad, 4) amenazas, 5) destierros y 6) homicidios. La opción de homicidios, era la única que sólo se pregunta si la había cometido.

En total se contaban con 21 variables que registraban las respuestas de los habitantes de la calle entrevistados a las preguntas sobre tipos de violencia y delincuencia cometida y recibida. Para la presente investigación se redujo estas variables ponderando el impacto que cada uno de estos actos tiene sobre la integridad física y el bien estar de la víctima, y sumando dicho valor ponderado de todos los actos dentro de una nueva variable. Para ponderar el nivel de gravedad o impacto de cada acto de violencia y delincuencia, inicialmente se ordenaron según la gravedad en orden ascendente. Luego se clasificaron en una escala de 5 niveles: 1) muy bajo, 2) bajo, 3) medio, 4) alto y 5) muy alto. Como era evidente que había distancias variadas entre estos niveles de gravedad, especialmente en los niveles 4 y 5, a estos últimos se les asignó un valor superior (alto = 5 y muy alto = 7) para ponderar de mejor forma el alto impacto que representan respecto a los otros actos indagados. De esta forma se llegó a una escala ascendente del nivel de gravedad de 1- 7. Los valores asignados a cada acto de violencia se pueden observar la Tabla 25, y de delincuencia en la Tabla 26.

Tabla 25

*Valores para Construcción de Índice de Violencia Ponderado Según el Impacto del Tipo de Violencia sobre la Víctima*

Tipo de Violencia	Impacto Sobre la Víctima	Valor Ponderado
Golpizas	Bajo	2
Heridas de gravedad	Medio	3
Amenazas	Muy bajo	1
Destierro	Medio	3
Homicidio	Muy alto	7

Posteriormente se crearon las siguientes seis variables: 1) índice de violencia recibida, correspondiente a la suma del valor ponderado del impacto de los tipos de violencia de que ha

sido víctima; 2) índice de violencia cometida, correspondiente a la suma del valor ponderado del impacto de los tipos de violencia que ha perpetrado; 3) índice de delincuencia recibida, correspondiente a la suma del valor ponderado del impacto de los tipos de delincuencia de que ha sido víctima; 4) índice de delincuencia cometida, correspondiente a la suma del valor ponderado del impacto de los tipos de delincuencia que ha cometido; 5) índice de violencia y delincuencia recibida, correspondiente a la suma de las variables 1 y 3; y finalmente 6) índice de violencia y delincuencia cometida, correspondiente a la suma de las variables 2 y 4).

Tabla 26

*Valores para Construcción de Índice de Delincuencia Ponderado Según el Impacto del Tipo de Delincuencia sobre la Víctima*

Tipo de Delincuencia	Impacto Sobre la Víctima	Valor Ponderador
Hurto	Muy bajo	1
Estafa	Muy bajo	1
Extorsión	Medio	3
Secuestro	Alto	5
Violación	Muy alto	7

Aunque las dos últimas variables reúnen a las cuatro primeras, se decidió conservar las seis variables, para posteriormente utilizar las que mejor se correlacionan con otras variables de interés para este estudio. En la Tabla 27, se pueden observar los estadísticos de tendencia central y dispersión de estas las variables de violencia y delincuencia recibida y cometida por habitantes de la calle de Bogotá.

Tabla 27

*Estadísticas de las Variables Índice de Violencia y Delincuencia Recibida y Cometida por Habitantes de Calle de Bogotá.*

Estadísticos	Índice					
	Delincuencia		Violencia		Violencia y Delincuencia	
	Recibida	Cometida	Recibida	Cometida	Cometida	Recibida
<i>n</i> Válidos	6822	6789	6846	6745	6727	6815
<i>n</i> Perdidos	211	244	187	288	306	218
Media	1.93	1.35	4.45	3.03	4.37	6.39
Mediana	1.00	1.00	5.00	2.00	3.00	6.00
<i>SD</i>	2.586	2.016	2.864	3.803	4.931	4.248
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	17	17	9	16	33	26

### 3.9 Variables de Salud Mental

La presencia de problemas de orden mental en los habitantes de la calle, durante el VCHCB, fueron registradas en siete variables, que correspondían a la percepción de síntomas prototípicos de ciertas enfermedades mentales. Los entrevistadores del VCHCB fueron entrenados por un psiquiatra, quien además trabajaba con la población habitante de calle, sobre cómo preguntar por la presencia de episodios propios de siete trastornos del comportamiento 1) trastornos cognoscitivos, 2) trastornos amnésicos, 3) trastornos límite de la personalidad o trastorno de la personalidad antisocial, 4) depresión, 5) manía, 6), delirio y 7) psicosis alucinatoria. Cada uno de estos cuadros fue caracterizado por uno o varios síntomas recurrentes: 1) problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, asociados a problemas cognitivos; 2) lagunas, asociados a trastornos amnésicos; 3) dificultad en el control de conductas violentas o impulsividad, asociados a trastornos de la personalidad límite o antisocial, 4) sentirse deprimido por más de dos meses consecutivos sin razón aparente, asociado a depresión; 5) sentirse extremadamente alegre y desinhibido sin razón aparente, asociado a manía; 6) cambios abruptos de personalidad asociado a delirio y 7) ver, oír o sentir cosas que otros no, síntoma asociado a psicosis alucinatoria. Si los participantes afirmaban tener por lo menos uno de los síntomas característicos del trastorno indagado, se registraba de forma afirmativa en la variable dicotómica incluida en la Tarjeta censal. Para reducir estas variables se decidió realizar la misma técnica de reducción estadística utilizada con las variables del hogar de origen; el análisis factorial.

El análisis factorial propuesto se realizó en tres pasos: 1) evaluación de la adecuación de los datos; 2) elección y realización del tipo de análisis factorial; y 3) interpretación o nominación de los factores hallados. Para el paso uno, se consideró que la técnica se adecuaba a los datos disponibles, pues el tamaño de la muestra obtenida durante el VCHCB cuenta con un  $N$  grande y representativo de la población ( $N = 7033$ ). Adicionalmente, la medida de adecuación muestral de  $KMO$  fue de 0.69, lo que indica que hay un patrón de correlación aceptable, que a pesar de no ser muy alto, es adecuado para realizar este tipo de análisis (Field, 2009).

Para este análisis factorial, nuevamente se eligió como método de extracción el análisis de componentes principales, el cual se recomienda para identificar grupos homogéneos de personas o variables de forma exploratoria. Así mismo, se incluyó una técnica de rotación de la matriz de componentes de tipo Varimax, que permite hacer más comprensible las cargas en la matriz resultante. En este caso se quiso identificar si la presencia o ausencia de algunos síntomas de problemas mentales se asociaban con la presencia y ausencia de otros síntomas. Es decir, si había patrones de presencia y ausencia de síntomas mentales en los habitantes de la calle entrevistados.

El primer análisis factorial realizado identificó dos factores o componentes con alto poder explicativo, según el criterio de inclusión de factores de Kaiser que toma en cuenta los factores con un auto valor inicial de varianza explicada igual o superior a uno. Sin embargo, en este primer análisis surgieron algunas variables ambiguas, (con nivel de saturación factorial alto en más de un factor), cosa que también sucedió cuando se forzó el análisis a la selección fija de dos factores. Finalmente, al fijarlo en cuatro factores, y al eliminar la variable cambios abruptos de personalidad que no se distribuía bien entre los factores, el resultado fue más limpio en términos de distribución de la carga factorial de cada variable en un único factor.

Este análisis final con cuatro factores llegó a explicar un 33% de la varianza total de este conjunto de variables analizadas. Los cuatro factores resultantes tienen un valor inicial de varianza explicada próximo a 1, como se puede observar en la Tabla 28, y la distribución de las cargas factoriales no presentó ninguna variable ambigua, como se puede ver en la Tabla 29. Por estas razones y ya que los factores resultantes tienen sentido, este Análisis Factorial de Componentes fue el definitivo.

Tabla 28

*Total de Varianza Explicada en el Análisis Factorial de la Variables de Síntomas de Salud Mental*

Componente <sup>a</sup>	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	1.955	32.587	32.587	1.955	32.587	32.587	1.407	23.444	23.444
2	1.070	17.827	50.414	1.070	17.827	50.414	1.287	21.457	44.901
3	.860	14.338	64.752	.860	14.338	64.752	.998	16.633	61.534
4	.802	13.374	78.126	.802	13.374	78.126	.996	16.592	78.126
5	.699	11.643	89.769						
6	.614	10.231	100.000						

Notas: <sup>a</sup> Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.

Tabla 29

*Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de la Variables de Síntomas de Salud Mental en Habitantes de Calle*

Variables	Componente <sup>a</sup>			
	1	2	3	4
Experimentar problemas cognitivos	.833	.031	.054	.075
Experimentar lagunas	.798	.116	.080	.101
Experimentar depresión	.197	.799	.109	-.066
Experimentar euforia	-.038	.781	.012	.242
Experimentar problemas de impulsividad o violencia	.107	.094	.985	.080
Experimentar eventos sensoriales	.158	.124	.083	.954

*Notas:* <sup>a</sup>Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 4 iteraciones



A partir de la distribución de las cargas factoriales de las variables en cada factor, es decir, del nivel de correlación de cada variable con cada factor, se puede observar que en el primer componente se agrupan los síntomas experimentar problemas cognitivos y experimentar lagunas, por lo tanto a este factor se le puede denominar problemas cognitivos. En el segundo componente se agrupan las variables experimentar depresión y experimentar manía, por lo que este factor se puede denominar trastornos del estado de ánimo. En el tercer componente queda aislada la variable experimentar problemas de impulsividad o violencia, por lo que se puede denominar trastorno de la personalidad antisocial o personalidad límite, o de forma abreviada, trastorno antisocial. Y finalmente la variable experimentar eventos sensoriales, que quedó aislada en un factor, el cual se puede denominar trastornos psicóticos.

Como parte de este análisis factorial de las variables que identificaban la presencia de síntomas asociados a problemas mentales o psiquiátricos, se gravaron las puntuaciones de cada habitante de la calle entrevistado en cada factor. Para calcular el valor de un sujeto en cada factor, se puede utilizar los coeficientes presentados en la Tabla 30.

Siguiendo el DSM-IV-TR, estos componentes podrían indicar la presencia de por lo menos uno de los síntomas más característicos de ciertos cuadros de desórdenes del comportamiento clasificados en dicho manual. Respecto al factor problemas cognoscitivos, este reunió la pregunta sobre la presencia de problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar, y la pregunta que indagaba sobre la presencia de lagunas. En la construcción del instrumento, se pensó identificar de forma rápida, a partir de la pregunta sobre las lagunas, sobre la presencia del síntoma clave del trastorno amnésico, el cual se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros. Mientras que con la segunda pregunta se quería identificar la presencia de trastornos cognoscitivos generales. El análisis factorial mostró que estas dos preguntas iban juntas, y se correlacionaban de forma positiva, lo que indicaría que el deterioro de la memoria de quienes afirmaban presentar lagunas, no se presentaba en ausencia del deterioro de otras funciones cognoscitivas, siendo lo más correcto la integración de esas dos cuestiones.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, este componente reunió la pregunta que indagaba sobre la presencia de sentimientos de depresión sobre una base regular de tiempo (por más de dos meses consecutivos sin razón aparente), y la pregunta que indagaba sobre la presencia de alegría y desinhibición extrema y sin razón aparente. Estas preguntas fueron pensadas para identificar indicios de síntomas de depresión y manía, respectivamente. Estos dos cuadros hacen parte de los Trastornos del estado de ánimo en la clasificación del DSM-IV-TR, los cuales tienen como característica fundamental una alteración (actual o reciente)

del humor e incluirían trastornos depresivos y trastornos bipolares. Los trastornos bipolares pueden tener episodio más reciente hipermaniaco, maniaco o mixto. El análisis factorial mostró que en habitantes de la calle de Bogotá los síntomas de depresión y manía iban juntos. Por ello, siguiendo el DSM-IV-TR, la existencia de los síntomas sobre los que indagó en las preguntas incluidas en el Instrumento censal, podrían corresponder a la presencia de algún tipo de trastorno del estado de ánimo.

Los trastornos de la personalidad, por su lado, se caracterizan por ser un patrón de la experiencia interna y de la conducta, los cuales se alejan de las expectativas de la cultura del sujeto, tendría su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, y por otro lado sería estable a lo largo del tiempo y comportaría un malestar o perjuicios para el sujeto. Según el DSM-IV-TR, los trastorno de la personalidad incluirían los trastornos paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico y narcisista. En el análisis factorial, la pregunta del Instrumento censal sobre la experiencia de problemas de impulsividad o violencia estuvo separada de las demás preguntas. Esta pregunta podría indicar la existencia de trastornos de la personalidad antisocial o de la personalidad límite.

Ahora bien, la pregunta sobre las experiencias de ver, oír o sentir cosas que otros no, puede estar asociada a varios cuadros psiquiátricos, por ejemplo el delirium, la demencia, el trastorno esquizoide de la personalidad, y el trastorno psicótico. No obstante estas experiencias perceptivas son más características de la esquizofrenia o la psicosis, por lo que resulta válido dejarlo como presencia de síntomas psicóticos.

Tabla 30

*Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de las Variables de Salud Mental en Habitantes de Calle*

Variables	Componente			
	1	2	3	4
Experimentar problemas cognitivos	.635	-.086	-.075	-.067
Experimentar lagunas	.590	-.016	-.055	-.051
Experimentar problemas de impulsividad o violencia	-.083	-.067	1.030	-.049
Experimentar depresión	.063	.665	-.002	-.268
Experimentar euforia	-.158	.629	-.103	.130
Experimentar eventos sensoriales	-.061	-.100	-.049	1.011

### *3.10 Variables Consumo de Sustancias Psicoactiva*

Como se puede observar en la pregunta 32 de la Tarjeta Censal (Anexo A y B), a los habitantes de la calle entrevistados se les preguntó si habían consumido cada una de las siguientes sustancias psicoactivas durante el último año: cigarrillo, alcohol, marihuana, inhalantes, basuco, cocaína, pepas y otras sustancias. Para pepas y para otras sustancias se registraron el nombre. El promedio de habitantes de calle de Bogotá consumidores de cada una de las sustancias preguntadas se puede observar en la Tabla 31. Para cada sustancia, en caso de que fuera consumida, se preguntaba sobre la edad de inicio del consumo, la frecuencia del consumo promedio y la intensidad diaria del consumo, que ahora se denominará cantidad diaria. La pregunta sobre la frecuencia de consumo, que tenía como referencia un mes promedio del consumo del último año, tenía cuatro opciones que estaban organizadas de un modo escalar descendente: 1) todos los días, correspondiente a consumo muy alto; 2) más de tres veces por semana, correspondiente a consumo alto; 3) más de tres veces al mes, correspondiente a consumo medio; y 4) menos de una vez al mes, correspondiente a consumo bajo.

La pregunta sobre cantidad diaria de consumo hacía referencia a cuantas unidades de dicha sustancia consumían durante un día de consumo normal o promedio. La unidad de medida para calcular la cantidad fue la siguiente: de cigarrillo fue un cigarrillo, de alcohol media botella, de marihuana un cigarrillo o “bareto”, de inhalantes medio frasco, de “basuco” una bicha, de cocaína o perica una papeleta, de medicamentos o una pepa o una cápsula, para otros una dosis prototípica según el tipo de droga. Las estadísticas de tendencia central y dispersión de las variables frecuencia y cantidad de consumo de cada droga se pueden ver en la Tabla 32, y en la Tabla 33 respectivamente. Como ya se había evidenciado en los primeros análisis descriptivos de estas dos variables (Ramos et al., 2009), cigarrillo, basuco, marihuana y alcohol son, en este orden, las SPA más consumidas por habitantes de calle, mientras que basuco, cigarrillo y marihuana son, entre quienes las consumen, las que tienen mayor frecuencia de consumo.

Tabla 31

*Consumo de SPA en el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá*

Tipo de SPA	<i>n</i>	Promedio Sí consume
Cigarrillo	6867	.79
Alcohol	6861	.51
Marihuana	6857	.66
Inhalantes	6854	.16
Basuco	6858	.70
Cocaína	6851	.13
Pepas	6850	.13
N Válido ( <i>listwise</i> )	6849	

Tabla 32

*Frecuencia de Consumo Promedio de SPA en el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores*

Tipo de SPA	<i>n</i>	Frecuencia de consumo promedio <sup>a</sup>			
		Mínimo <sup>a</sup>	Máximo <sup>a</sup>	Media <sup>a</sup>	<i>SD</i> <sup>a</sup>
Cigarrillo	5404	1	4	1.34	.758
Alcohol	3469	1	4	2.23	1.090
Marihuana	4519	1	4	1.53	.889
Inhalantes	1116	1	4	2.02	1.152
Basuco	4766	1	4	1.32	.719
Cocaína	868	1	4	2.79	1.112
Pepas	853	1	4	2.41	1.143
N Válido ( <i>listwise</i> )	124				

*Notas:* <sup>a</sup> Valores: 1 = Todos los días; 2 = Más de tres veces por semana; 3 = Más de tres veces al mes; 4 = Menos de una vez al mes. El valor de estas frecuencias fue invertido para realizar el cálculo del nivel de consumo.

Tabla 33

*Cantidad Diaria Promedio de Consumo de SPA Durante el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores*

Tipo de SPA	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Media	<i>SD</i>
Cigarrillo	5394	1	200	13.37	12.642
Alcohol	3459	1	90	4.44	6.940
Marihuana	4509	1	100	4.38	5.830
Inhalantes	1112	1	30	2.28	3.001
Basuco	4746	1	300	15.10	17.399
Cocaína	863	1	100	4.02	6.631
Pepas	853	1	75	4.00	5.300
N Válido (listwise)	122				

*Notas:* Cantidad corresponde a unidades típicas mínimas de consumo, por ejemplo la cantidad típica mínima para Cigarrillo es “un cigarrillo”.

La variable sobre la edad de inicio de consumo de cada sustancia se cruzó con la variable del año de inicio en calle. Para ello se computó el año de los dos eventos, y se creó una variable con tres categorías: 1) inicio de consumo antes del año de inicio de su condición de habitante de calle, 2) inicio de consumo durante el año de inicio de su condición de habitante de calle, y 3) inicio de consumo después del año de inicio de su condición de habitante de calle.

La edad promedio de inicio de consumo de cada droga, la edad de inicio mínima y la edad máxima reportada por los habitantes de calle de Bogotá, se pueden observar en la Tabla 34. En esta tabla se puede ver que la droga con edad de inicio de consumo promedio más baja fue el cigarrillo, seguida por la marihuana y después el alcohol, mientras que la droga que en promedio se consumió más tardíamente es la cocaína. No obstante, la diferencia en el inicio de consumo entre las principales drogas consumidas por los habitantes de la calle no era muy amplia, como se puede observar en la Figura 6.

Tabla 34

*Estadísticos de Edad de Inicio de Consumo de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores*

Edad de inicio consumo	n		Edad		
	Válidos	Excluidos	Inicio Promedio	Mínima	Máxima
Cigarrillo	5376	1657	13.41	1	60
Alcohol	3451	3582	15.69	2	58
Marihuana	4500	2533	14.56	3	59
Inhalantes	1103	5930	15.03	2	54
Basuco	4741	2292	18.69	1	60
Cocaína	860	6173	18.88	2	55
Pepas	850	6183	17.36	6	48
Otras SPA	136	6897	17.98	7	45

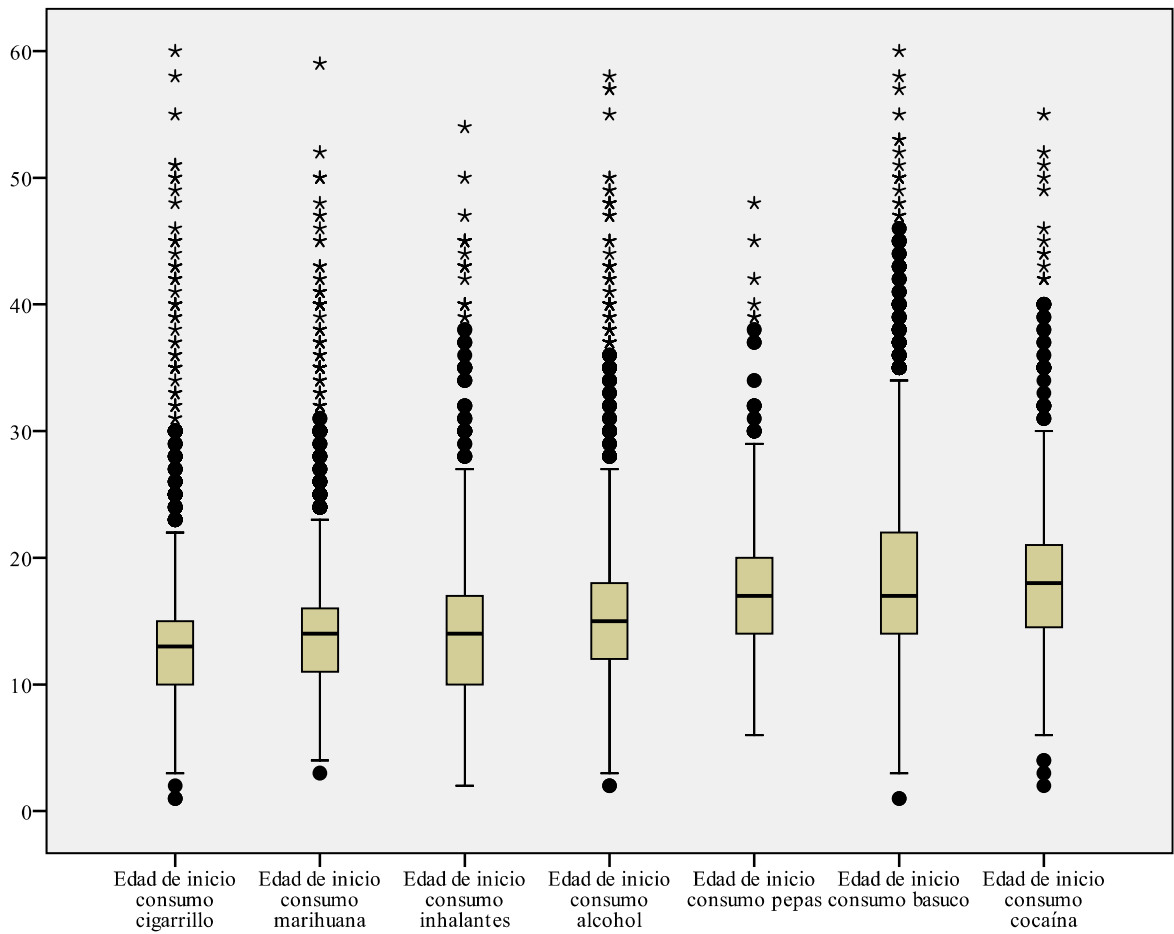


Figura 6. Figura de cajas y bigotes de la edad de inicio de consumo de SPA ilícitas y alcohol en habitantes de calle de Bogotá

En total se contaba con 40 variables sobre consumo de sustancias psicoactivas. Una cantidad alta teniendo en cuenta que el consumo de SPA se quiere analizar como un variable criterio o variable explicada. Por eso se procedió a reducir las variables, intentando no perder la información que permitía realizar una aproximación a los niveles de consumo, y a la distancia que hay entre el inicio de las prácticas de consumo y el inicio de la condición de habitante de calle.

### *3.11 Construcción de Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol*

Teniendo en cuenta que dentro de los objetivos de la presente investigación estaba el de crear un *Índice de consumo de drogas* para, posteriormente, identificar predictores de altos niveles de consumo, se procedió a multiplicar las variables de frecuencia (invertida en modo ascendente) y cantidad de consumo de cada una de las drogas. Para este cómputo se trabajó únicamente con quienes afirmaron consumir cada droga. Este computo era el indicado teniendo en cuenta que la frecuencia hacía referencia a los días de consumo en un mes promedio, y la cantidad hacía referencia a la dosis diaria. Se multiplicó, en términos generales, cantidad de días por cantidad de unidades al día. A partir del resultado de esta multiplicación se procedió a crear tres grupos: 1) bajo consumo, 2) consumo medio, y 3) consumo alto.

Para crear los grupos se hizo uso de los percentiles 33 y 67 de la distribución de la frecuencia de las variables donde se había guardado el resultado de multiplicar frecuencia de consumo por cantidad de consumo. El Grupo 1, nivel de consumo bajo, que incluye a todos los valores iguales o superiores a 1, e inferiores al valor del percentil 33. El Grupo 2, nivel de consumo medio, incluye los valores igual o mayores al del percentil 33, e inferiores al valor del percentil 67. Y el grupo tres, nivel de consumo alto, incluye a los valores superiores al valor del percentil 67. Para clasificar a un consumidor de una respectiva droga dentro de este nivel solo se debe multiplicar el valor de la frecuencia en días, según correspondan a las opciones de la Tabla 35, por la cantidad diaria según las unidades típicas de consumo ya mencionadas para cada droga.

Tabla 35

*Medidas de Tendencia Central y Dispersión de las Variables Intensidad de Consumo de cada Tipo de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores*

Valores	Cigarrillo <i>FxC</i>	Alcohol <i>FxC</i>	Marihu- ana <i>FxC</i>	Inhalan- tes <i>FxC</i>	Basuco <i>FxC</i>	Cocaína <i>FxC</i>	Pepas <i>FxC</i>
<i>n</i> Válidos	5394	3455	4504	1112	4743	862	851
<i>n</i> Perdidos	1639	3578	2529	5921	2290	6171	6182
Media	51.32	11.88	16.28	7.49	57.20	10.04	11.15
Mediana	40.00	6.00	12.00	4.00	40.00	4.00	6.00
Moda	80	4	12	4	40	1	4
<i>SD</i>	50.426	18.185	23.204	11.437	68.030	17.531	18.094
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	800	360	400	120	1200	160	300
Percentiles <sup>a</sup> 33	20.00	4.00	6.00	3.00	24.00	2.00	4.00
67	80.00	9.00	16.00	8.00	60.00	8.00	9.00

*Notas:* La intensidad fue calculada multiplicando los valores invertidos de la frecuencia por la cantidad del consumo para cada SPA

<sup>a</sup> Dos puntos de corte para crear tres niveles o grupos de tamaño similar entre los consumidores (Bajo, Medio, Alto)

Posteriormente se procedió a incluir a los no consumidores dejándolos en el nivel más bajo: Nivel de consumo nulo. Las estadísticas de tendencia central y dispersión del nivel de consumo promedio de cada SPA en los habitantes de calle entrevistados, y según esta escala de 1-4 (nulo, bajo, medio, alto), se pueden observar en la Tabla 36. Como era de esperarse, las drogas con nivel de consumo promedios más alto corresponden a las drogas que fueron más consumidas. Después de crear las variables de nivel de consumo para cada SPA, se procedió a crear una nueva variable que sumara los niveles de consumo de todas sustancias que consumía cada habitante de calle, para así identificar un nivel total de consumo de SPA en el año anterior a la entrevista. Esta variable denominada Índice de consumo de SPA ilícitas y alcohol, o en forma abreviada Índice de consumo de SPA, no incluyó el consumo de cigarrillo, ya que el interés en esta investigación, dadas las características de la población estudiada, es el de indagar sobre los efectos del consumo de sustancias inhabilitantes. Es decir aquellas sustancias psicoactivas cuyo consumo está usualmente prohibido por los riesgos que genera a la salud (drogas ilícitas), o prohibido en algunos contextos de interacción social no



recreativa, como el trabajo, ya que afecta el desempeño y genera riesgos. No obstante, se hará uso del nivel de consumo de cigarrillos como variable predictora para el estudio del nivel de consumo de drogas.

La distribución de la frecuencia de los valores del índice de consumo de SPA en los habitantes de la calle de Bogotá, según el índice construido, se pueden observar en la Tabla 37. La media para esta población en este índice es de 4.67 ( $DS = 2.68$ ). La distribución con una línea de aproximación a la distribución normal se puede observar en la Figura 7.

Tabla 36

*Nivel de Consumo Promedio de SPA en Habitantes de Calle de Bogotá Consumidores y No Consumidores Durante el Último Año (mínimo = 0, máximo = 3)*

Tipo de SPA	<i>n</i>	Media del nivel de consumo <sup>a</sup>	<i>SD</i>
Cigarrillo	6839	1.61	1.091
Alcohol	6829	1.05	1.177
Marihuana	6820	1.35	1.170
Inhalantaes	6841	.33	.821
Basuco	6810	1.41	1.157
Cocaina	6838	.27	.767
Pepas	6840	.26	.749
<i>n</i> Válido (listwise)	6758		

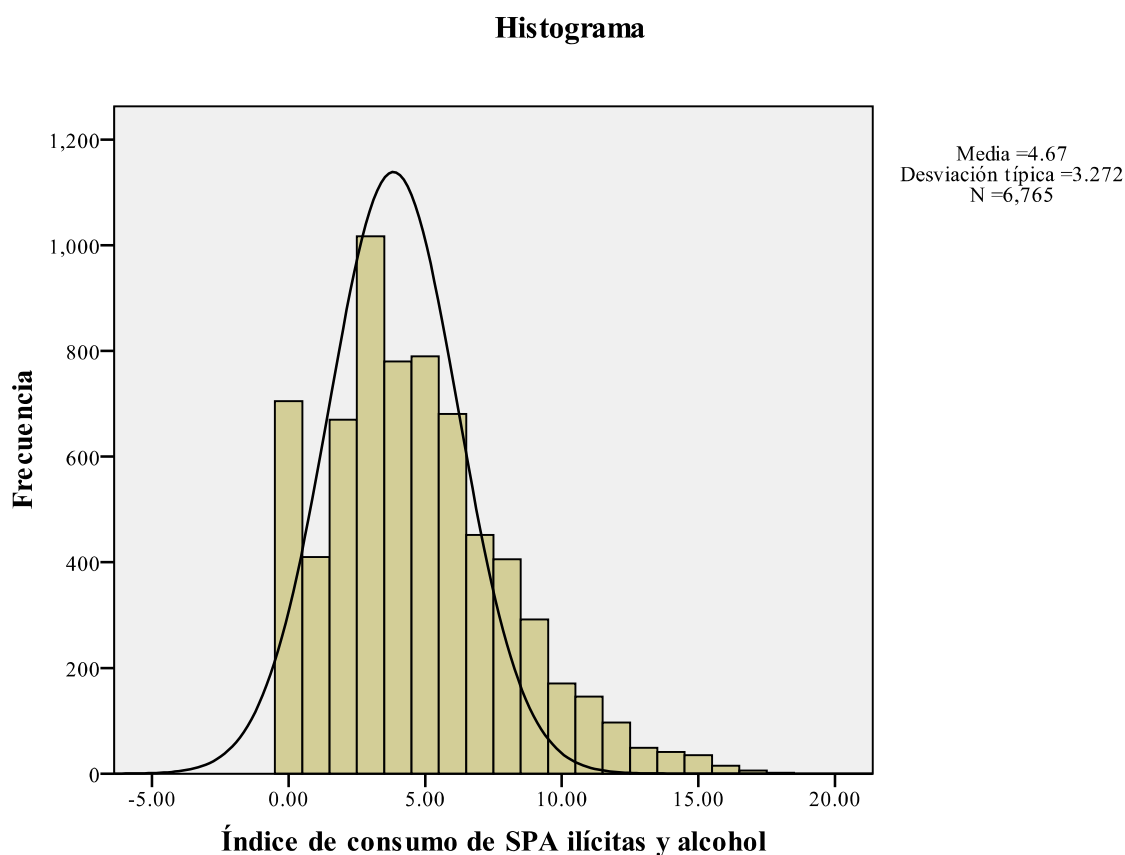
*Notas:*<sup>a</sup> Cuatro niveles de consumo promedio al mes en el último año: 0 = Nulo (no consumió); 1 = Bajo; 2= Medio; 3 = Alto

Tabla 37

*Frecuencia de Valores en Índice General de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol Durante el Último Año en Habitantes de Calle de Bogotá*

Valor en índice	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
0	705	10.0	10.4	10.4
1	410	5.8	6.1	16.5
2	670	9.5	9.9	26.4
3	1017	14.5	15.0	41.4
4	780	11.1	11.5	52.9
5	790	11.2	11.7	64.6
6	681	9.7	10.1	74.7
7	452	6.4	6.7	81.4
8	406	5.8	6.0	87.4
9	292	4.2	4.3	91.7
10	171	2.4	2.5	94.2
11	146	2.1	2.2	96.4
12	97	1.4	1.4	97.8
13	49	.7	.7	98.5
14	41	.6	.6	99.1
15	35	.5	.5	99.7
16	15	.2	.2	99.9
17	6	.1	.1	100.0
18	2	.0	.0	100.0
Total	6765	96.2	100.0	
Perdidos del sistema	268	3.8		
Total	7033	100.0		

*Notas:* El Índice general de consumo de SPA ilícitas y alcohol corresponde a la sumatoria del nivel de consumo promedio mensual de alcohol, marihuana, inhalantes, basuco, cocaína y pepas durante el último año. El índice va de 0 a 18, donde cero corresponde a no consumir ninguna de estas sustancias, y 18 a consumirlas todas y cada una en el máximo nivel.



*Figura 7.* Histograma del índice general de consumo de SPA ilícitas y alcohol en habitantes de calle de Bogotá, durante el último año

### *3.12 Construcción de las Variables Promedio de Edad de Inicio de SPA y Promedio de SPA con Inicio de Consumo Antes de Iniciar la Situación en Calle*

Como el índice de consumo de drogas fue creado sumando el niveles de consumo de las principales drogas consumidas por los habitantes de la calle de Bogotá, también era conveniente promediar la edad de inicio del consumo de drogas entre los consumidores, así como crear una variable unificada que representara el cruce entre la edad de inicio del consumo de drogas y la edad de inicio de la condición de habitantes de calle. Para crear el promedio de edad de inicio de las drogas consumidas entre los consumidores de SPA, se sumó la edad de inicio de cada sustancia consumida durante el último año, y se dividió entre el número de sustancias consumidas. Para calcular esta nueva variable, edad promedio de consumo de SPA, sí se incluyó el consumo de cigarrillo ya que se trataba de construir una variable predictora del Índice general de consumo, con base a preguntas retrospectivas de historia de consumo.

Igualmente se creó una variable que representa el promedio de drogas consumidas actualmente cuyo inicio de consumo se dio antes de iniciar la situación de calle. Esta variable,

denominada promedio de SPA actuales consumidas desde antes de situación de calle, se construyó contabilizando el número de drogas cuyo inicio se dio antes del año en que inició la situación en calle. Los estadísticos de tendencia central y dispersión de estas dos variables se pueden observar en la Tabla 38.

Tabla 38

*Estadísticos de la Variable Edad Promedio de Inicio de Consumo de SPA y de la Variable Promedio de Sustancias Consumidas Antes de Iniciar la Situación de Calle*

	Edad Promedio de Inicio de Consumo de SPA <sup>a</sup>	Promedio de SPA Consumidas Antes de Iniciar la Situación de Calle <sup>b</sup>
<i>n</i> válidos	6406	5519
<i>n</i> perdidos	627	1514
Media	15.92	.486
<i>SD</i>	5.48	.447
Mínimo	3.00	0
Máximo	60.00	1

*Notas:* <sup>a</sup> Corresponde a la sumatoria de las edades de inicio de las SPA consumidas en la actualidad divididas por la cantidad de SPA consumidas en la actualidad, incluyendo cigarrillo.

<sup>b</sup> Corresponde a la sumatoria del número SPA cuyo inicio se dio antes del año en que inició la situación en calle, sin incluir cigarrillos.

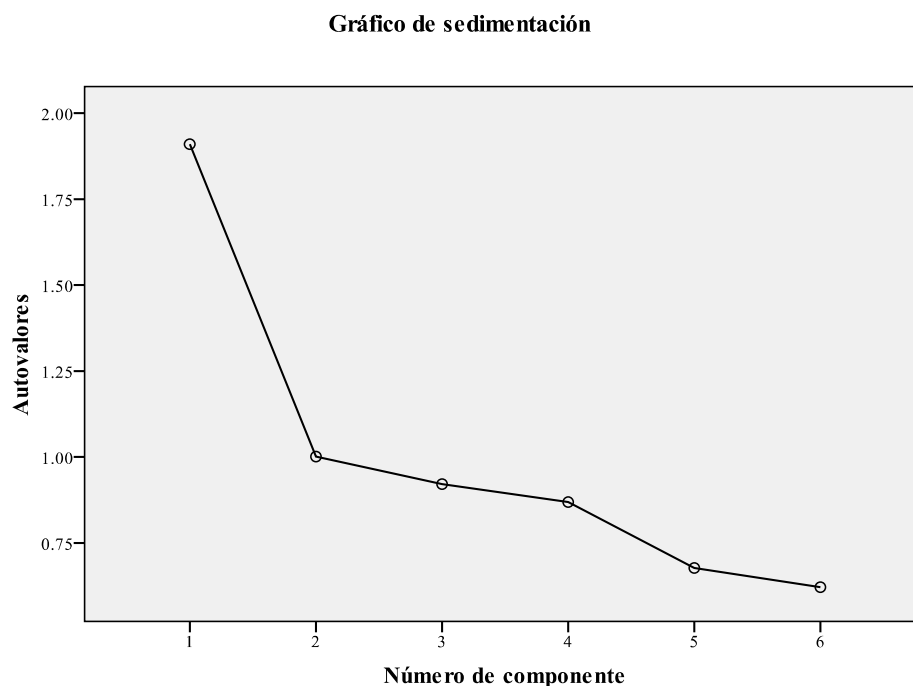
### 3.13 Análisis Factorial de las Variables de Nivel de Consumo Tipos de SPA Actuales

Como hasta el momento las variables creadas no recogen las posibles combinaciones de drogas hechas por las habitantes de la calle dentro de sus prácticas de consumo, se realizó un nuevo análisis factorial para identificar algún de agrupamiento, haciendo uso de las variables de nivel de consumo de cada sustancia descritas en la Tabla 36. Este análisis factorial se realizó en tres pasos: 1) evaluación de la adecuación de los datos, 2) elección y realización del tipo de análisis factorial, y 3) interpretación o nominación de los factores hallados.

La evaluación de la adecuación se realizó tomando en cuenta el tamaño de la muestra y el test de *KMO*. Como el tamaño de la muestra obtenida durante el VCHCB cuenta con un *N* grande y representativo de la población ( $N = 7033$ ), se consideró que los la técnica se adecuaba a los datos disponibles. Por su parte, la medida de adecuación muestral *KMO* fue de 0.68, lo que indica que hay un patrón de correlación aceptable, y que a pesar de no ser muy alto, es adecuado para realizar este tipo de análisis (Field, 2009).

Para este análisis factorial, nuevamente se optó por el análisis de componentes principales como método de extracción factores, y se aplicó una rotación de tipo Varimax que

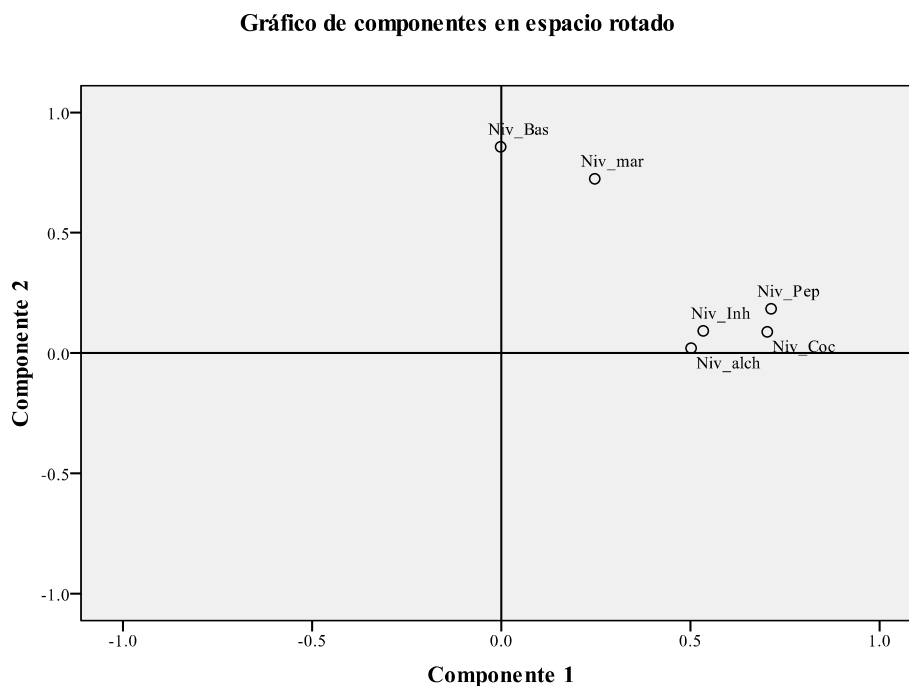
permite hacer más comprensible las cargas en la matriz resultante. Este análisis factorial dos factores o componentes principales, según el criterio de inclusión de factores de Kaiser que toma en cuenta los factores con un auto valor inicial de varianza explicada igual o superior a uno. En la Figura 8 que muestra el gráfico de sedimentación del modelo, se puede observar como efectivamente en el cruce del autovalor uno (eje vertical) y el factor dos (eje horizontal), la línea de sedimentación pasa su máximo punto de inflexión o curvatura, pasando de ser vertical a ser horizontal a ser vertical.



*Figura 8.* Grafico de sedimentación del análisis factorial de las variables de consumo de SPA en habitantes de calle

La tabla de componentes rotados (Tabla 39) muestra como las cargas factoriales de cada variable se distribuyeron de forma significativa (mayor a 0.30) en un solo factor. Esto quiere decir que se lograron identificar dos tipos componentes, o factores subyacentes a los datos recolectados en este grupo de variables, que están claramente asociados a un grupo de variables específicas. La Figura 8 representa gráficamente como se distribuyen las variables entre los dos factores. Esta imagen se debe interpretar de la siguiente forma. El eje horizontal corresponde al nivel de correlación con el componente 1, y el eje vertical al nivel de correlación con el componente 2. Como se ve en la imagen, el basuco tiene un nivel de correlación cero (o nulo) con el componente 1, y simultáneamente se acerca a una correlación lineal perfecta (nivel de correlación 1), en el componente 2. Todas las variables se asociaron

de manera positiva a su respectivo factor, lo que indica que estas variables se correlacionan positivamente entre ellas.



*Figura 9.* Gráfico de componentes en espacio rotado de análisis factorial de las variables de consumo de SPA en habitantes de calle

Como se puede observar en la Figura 9, en el primer factor se agruparon las variables nivel consumo pepas, nivel consumo cocaína, nivel consumo inhalantes y nivel consumo alcohol. Como estas variables cargaron de forma positiva, se interpreta que se correlacionan positivamente con este factor. Es decir, a mayor nivel de consumo de estos tipos de droga mayor puntaje en este componente. A este factor se denominó consumo de alcohol y SPA ilícitas atípicas, o en forma abreviada Alcohol y otras drogas, ya que pepas, inhalantes y cocaína son las sustancias ilícitas menos consumidas entre habitantes de la calle. En el factor 2 se ubicaron las variables nivel de consumo basuco y nivel de consumo de marihuana. Como las variables cargaron positivamente con el factor y como estas son las drogas ilícitas más comúnmente consumidas entre habitantes de calle, este componente se puede denominar consumo de SPA ilícitas típicas en habitantes de calle, o de forma abreviada, consumo de marihuana y basuco.

Tabla 39

*Matriz de Componentes Rotados del Análisis Factorial de las Variables de Nivel de Consumo de Cada Tipo de SPA en Habitantes de Calle*

Variables	Componente <sup>a</sup>	
	1	2
Pepas	.713	.184
Cocaína	.703	
Inhalantes	.534	
Alcohol	.502	
Basuco		.857
Marihuana	.247	.725

*Notas:* <sup>a</sup> Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 3 iteraciones. Se eliminaron de la tabla los valores inferiores a 0.1

Como parte del análisis factorial, y para hacer uso de sus resultados en futuros análisis, se gravaron en dos nuevas variables, los puntajes de cada habitante de la calle entrevistado en cada factor. Para calcular el valor de un sujeto en cada factor, se puede utilizar los coeficientes presentados en la Tabla 40

Tabla 40

*Matriz de Coeficientes para el Cálculo de las Puntuaciones en los Componentes del Análisis Factorial de Nivel de Consumo de Cada Tipo de SPA en Habitantes de Calle*

Variables	Componente <sup>a</sup>	
	1	2
Alcohol	.339	-.096
Marihuana	.006	.551
Inhalantes	.345	-.043
Basuco	-.194	.718
Cocaina	.462	-.084
Pepas	.447	-.006

*Notas:* <sup>a</sup> Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

## CAPÍTULO IV

### ESTUDIO I - RELACIONES ENTRE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS MENTALES, CONSUMO DE SPA Y SEXO EN HABITANTES DE CALLE

#### *4.1 Correlación entre consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle*

Para determinar el tipo de relación que existe entre el nivel de consumo de las SPA y la presencia de los diferentes síntomas de problemas de salud mental se realizaron pruebas de correlación de Pearson. Estas pruebas se ejecutaron por separado para cada una de las etapas de la vida. Dentro de las variables de consumo de SPA a ser cruzadas con síntomas de salud mental se incluyeron el nivel de consumo de cada tipo de SPA, el puntaje en los dos factores de consumo de SPA, factor alcohol y otras drogas y factor marihuana y basuco, así como el puntaje general de consumo reflejado en el índice de consumo de SPA ilícitas y alcohol.

En la infancia y adolescencia se decidió seleccionar habitantes en situación de calle que reportaron edades iguales o superiores a los 8 años, ya que a esta edad inicia el consumo precoz de SPA en esta población. El número total de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, cuyos datos fueron utilizados en este análisis, fue de 486, de ellos 138 eran mujeres (28%) y 348 hombres (72%), con edades entre 8 y 17 años ( $M = 14.76$  ( $DS = 2.24$ )). El nivel educativo promedio de esta muestra fue quinto de primaria ( $M = 4.77$ ,  $DS = 2.61$ ) y el promedio de años de desfase educativo fue de 3.06 ( $DS = 2.55$ ).

Respecto a la correlación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas cognitivos, como se puede observar en la Tabla 41, se encontró que: 1) la presencia de este tipo de síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo de casi todas las SPA, excepto con el basuco, sustancia con la cual no tiene una correlación significativa; 2) la presencia de síntomas de problemas cognitivos está correlacionada positivamente con el factor alcohol y otras drogas, y no está correlacionada con el Factor marihuana y basuco; y 3) la presencia de síntomas de problemas cognitivos está correlacionada positivamente con el índice de consumo de SPA.

El factor de consumo de Alcohol y otras drogas fue la variable de consumo de SPA que tuvo el más alto nivel (fuerza) de correlación con la presencia de síntomas de problemas cognitivos, en niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Bogotá (Tabla 41). Es decir que en esta población los patrones de consumo de SPA que incluyen altos niveles de alcohol, inhalantes, cocaína y pepas, son los que parecen estar más asociados a la presencia de



síntomas de problemas cognitivos. Ahora bien, al observarse las correlaciones con cada tipo de droga, los inhalantes fueron el tipo de SPA cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de problemas cognitivos, seguido en su orden por el nivel de consumo de cocaína, de pepas, de alcohol y finalmente de marihuana (Tabla 41).

Sobre la relación existente entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas del estado del ánimo, como se puede observar en la Tabla 41, se encontró que: 1) la presencia de este tipo de síntomas mentales se correlaciona positivamente con el nivel de consumo de pepas y con el nivel de consumo de marihuana; 2) este tipo de síntoma también está correlacionado positivamente con el factor alcohol y otras drogas, y no está correlacionado con el factor marihuana y basuco; y 3) este tipo de síntoma está correlacionado positivamente con el índice de consumo de SPA.

Respecto a la relación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas de comportamiento límite, se encontró que: 1) la presencia de este tipo de síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo de casi todas las SPA, excepto con el basuco con la cual no tiene una correlación significativa, 2) este tipo de síntoma también está correlacionado positivamente con el factor alcohol y otras drogas, y no está correlacionado con el factor marihuana y basuco; y 3) este tipo de síntoma está correlacionado positivamente con el índice de consumo de SPA.

Al igual que aconteció con los síntomas de problemas cognitivos, el factor de consumo de alcohol y otras drogas fue la variable de consumo de SPA que tuvo el más alto nivel (fuerza) de correlación con la presencia de síntomas de personalidad antisocial o límite. O sea que en niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá, las prácticas de consumo de SPA que incluyen altos niveles de alcohol, inhalante, cocaína y pepas, son las que estarían más fuertemente asociadas a la presencia de síntomas de personalidad antisocial o límite. Al observar por separado cada tipo de SPA (Tabla 41), los inhalantes fueron el tipo de sustancia cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de personalidad antisocial, seguido en su orden por el nivel de consumo de cocaína, de alcohol, de marihuana y por último de pepas.

Y finalmente, respecto a la relación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas psicóticos en niños, niñas y adolescentes en situación de calle en Bogotá, como se observa en la Tabla 41, se encontró que: 1) la presencia de este tipo de síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo casi todas las SPA, excepto con el basuco, con la cual no tiene una correlación significativa, 2) los síntomas de psicosis, en este caso, están correlacionados positivamente tanto con el factor alcohol y otras drogas, como con

el factor marihuana y basuco; y 3) este tipo de síntoma, también está correlacionado positivamente con el índice de consumo de SPA.

Por otro lado, el índice de consumo de SPA fue la variable de consumo de SPA que tuvo la mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de psicosis (Tabla 41). O sea que en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, las prácticas de consumo de SPA que incluyen una gran variedad de drogas y altos niveles de consumo, están más fuertemente asociadas a la presencia de síntomas de psicosis que otros tipos de prácticas de consumo de SPA. Teniendo en cuenta la correlación con cada sustancia por separado, se observa que la marihuana es el tipo de SPA cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de psicosis, seguido en su orden por el nivel de consumo de pepas, de inhalantes, de cocaína y finalmente de alcohol.

Ahora bien, hay que señalar que la fuerza de todas estas correlaciones es baja ya que el  $r$  de Pearson estuvo entre el rango de 0.1 y 0.3, no obstante son correlaciones significativas, es decir que hay bajas probabilidades de que los patrones de correlación encontrado se deban al erro muestral (Dancey & Reidy, 2006).

Tabla 41

*Correlaciones entre Variables de Consumo de SPA y Variables de Síntomas de Enfermedad Mental en Niños, Niñas y Adolescentes Habitantes de Calle de Bogotá.*

Variable de consumo SPA	Estadístico	Variables de síntomas de enfermedad mental reportado			
		Problema cognitivo	Trastorno estado de ánimo	Trastorno antisocial	Trastorno psicótico
Nivel consumo alcohol	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.126** .006 476	.033 .474 476	.159** .001 476	.117* .010 475
Nivel consumo marihuana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.101* .027 476	.091* .048 476	.142** .002 476	.186** .000 475
Nivel consumo inhalantes	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.179** .000 477	.085 .063 477	.221** .000 477	.137** .003 476
Nivel consumo basuco	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.025 .591 473	.041 .372 473	.018 .691 473	.078 .093 472
Nivel consumo cocaína	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.161** .000 477	.083 .071 477	.174** .000 477	.133** .004 476
Nivel consumo pepas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.160** .000 477	.121** .008 477	.125** .006 477	.160** .000 476
Puntaje en Factor alcohol y otras ilícitas	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.235** .000 471	.115* .012 471	.238** .000 471	.187** .000 470
Puntaje en Factor marihuana y basuco	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.007 .887 471	.067 .147 471	.050 .283 471	.132** .004 470
Índice de consumo de SPA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.175** .000 471	.112* .015 471	.206** .000 471	.207** .000 470

\*\* . Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral) \*Significativa al nivel 0,05 (bilateral)

#### *4.2 Correlación entre Consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Adultos Habitantes de Calle*

El número total de adultos habitantes de calle cuyos datos fueron utilizados en los análisis de correlación entre consumo de SPA y la presencia de síntomas de trastornos mentales fue de 6275. De ellos 736 eran mujeres (12%) y 5539 hombres (88%), con edades entre 18 y 59 años ( $M = 35.66$ ,  $DS = 10.78$ ). El nivel educativo promedio de esta muestra fue grado sexto o primero de educación básica secundaria ( $M = 6.13$ ,  $DS = 3.53$ ).

Las correlaciones observadas en esta población (Tabla 42) tienen patrones similares a las observadas en síntomas de problemas cognitivos en niños, niñas y adolescentes (Tabla 41). Efectivamente, en adultos habitantes de calle también se observa que: 1) la presencia de este tipo síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo de casi todas las SPA, excepto con el basuco, sustancia con la cual no tiene una correlación significativa, ni con la marihuana, cuya fuerza de correlación es casi nula; 2) la presencia de síntomas de problemas cognitivos está correlacionada positivamente con el factor alcohol y otras drogas, y no está correlacionada con el factor marihuana y basuco; y 3) la presencia de síntomas de problemas cognitivos está correlacionada positivamente con el índice de consumo de SPA.

El Factor de consumo de Alcohol y otras drogas, al igual que en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, fue la variable de consumo de SPA que tuvo el más alto nivel (fuerza) de correlación con la presencia de síntomas de problemas cognitivos en adultos en situación de calle en Bogotá (Tabla 42). Es decir que en esta población los patrones de consumo de SPA que incluyen altos niveles de alcohol, inhalantes, cocaína y pepas, son los que parecen estar más fuertemente asociados a la presencia de síntomas de problemas cognitivos. Cuando se compararon las correlaciones de la presencia de síntomas de problemas cognitivos con cada tipo de droga, los inhalantes fueron el tipo de SPA cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de problemas cognitivos, seguido en su orden por el nivel de consumo de pepas, de cocaína, y finalmente de alcohol (Tabla 42).

Sobre la relación existente entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas del estado del ánimo en adultos habitantes de calle de Bogotá se encontró que: 1) la presencia de este tipo de síntomas mentales se correlaciona positivamente con el nivel de consumo de inhalantes y con el nivel de consumo de pepas, mientras que con el nivel de consumo de alcohol y marihuana aunque significativas, presenta correlaciones muy débiles ya que están por debajo de 0.1 incluso al ser redondeados a un solo decimal; 2) este tipo de síntoma también está correlacionado positivamente con el factor alcohol y otras drogas, y no

está correlacionado con el factor marihuana y basuco; y 3) este tipo síntoma está correlacionado positivamente con el índice de consumo de SPA.

Respecto a la relación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas de la personalidad antisocial en adultos habitantes de calle de Bogotá, se encontró que: 1) la presencia de este tipo síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo de casi todas las SPA, excepto con el basuco, sustancia con la cual tiene una correlación significativa, pero con una fuerza de correlación muy baja, es decir inferior a 0.1 al dejarla con un solo decimal; 2) este tipo síntoma también está correlacionado positivamente con el factor alcohol y otras drogas así como con el factor marihuana y basuco; y 3) este tipo de síntoma está correlacionado positivamente con el Índice de consumo de SPA.

El Factor de consumo de Alcohol y otras drogas fue, nuevamente, la variable de consumo de SPA que tuvo el más alto nivel (fuerza) de correlación con la presencia de síntomas de personalidad antisocial o limítrofe en adultos habitantes de la calle. O sea que en adultos habitantes de calle, las prácticas de consumo de SPA que incluyen altos niveles de alcohol, inhalante, cocaína y pepas, son las que estarían más fuertemente asociadas a la presencia de síntomas de personalidad antisocial. Al observar por separado cada tipo de SPA (Tabla 42), las pepas fueron la de sustancia cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de personalidad antisocial, seguida en su orden por el nivel de consumo de inhalantes, de cocaína, de marihuana y por último de alcohol.

Y finalmente, respecto a la relación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas psicóticos en adultos habitantes de calle en Bogotá, como se observa en la Tabla 42, se encontró que: 1) la presencia de este tipo síntomas está correlacionada positivamente con el nivel de consumo de pepas, inhalantes y cocaína, mientras que con las demás drogas tienen correlaciones muy bajas o no significativas; 2) los síntomas de psicosis están correlacionado positivamente tanto con el factor alcohol y otras drogas, mientras que con el factor marihuana y basuco tiene correlación significativa pero casi nula; y 3) la presencia de este tipo de síntoma, también está correlacionado positivamente con el índice de consumo de SPA.

Por otro lado, el factor alcohol y otras drogas fue la variable de consumo de SPA que tuvo la mayor fuerza de correlación con la presencia de síntomas de psicosis (Tabla 42). Es decir que, en adultos habitantes de calle de Bogotá, las prácticas de consumo de SPA que incluyen altos niveles de alcohol, inhalante, cocaína y pepas, son las que estarían más fuertemente asociadas a la presencia de síntomas de psicosis que otros tipos de prácticas de consumo de SPA. Teniendo en cuenta la correlación con cada sustancia por separado, se observa que las pepas es el tipo de SPA cuyo nivel de consumo tuvo una mayor fuerza de

correlación con la presencia de síntomas psicóticos, seguido en su orden por el nivel de consumo de inhalantes y de cocaína.

Nuevamente hay que señalar que la fuerza de todas estas correlaciones es baja ya que el  $r$  de Pearson estuvo entre el rango de 0.1 y 0.3, sin embargo son correlaciones significativas, es decir que es poco probable que los patrones de correlación encontrados se deban al error muestral (Dancey & Reidy, 2006).

Tabla 42

*Correlaciones entre Tipo de SPA y Síntomas de Enfermedad Mental en Adultos Habitantes de Calle de Bogotá*

Variable de consumo SPA	Estadístico	Variables de síntomas de enfermedad mental reportado			
		Problema cognitivo	Trastorno estado de ánimo	Trastorno antisocial	Trastorno psicótico
Nivel Consumo Alcohol	Correlación de Pearson	.053**	.026*	.081**	.025
	Sig. (bilateral)	.000	.046	.000	.050
	N	6051	6045	6046	6043
Nivel Consumo Marihuana	Correlación de Pearson	.027*	.032*	.093**	.028*
	Sig. (bilateral)	.033	.014	.000	.030
	N	6047	6041	6042	6039
Nivel Consumo Inhalantes	Correlación de Pearson	.090**	.053**	.115**	.067**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	6063	6057	6058	6055
Nivel Consumo Basuco	Correlación de Pearson	-.017	.011	.046**	.040**
	Sig. (bilateral)	.187	.378	.000	.002
	N	6041	6035	6036	6033
Nivel Consumo Cocaína	Correlación de Pearson	.055**	.010	.094**	.055**
	Sig. (bilateral)	.000	.426	.000	.000
	N	6058	6052	6053	6050
Nivel Consumo Pepas	Correlación de Pearson	.069**	.052**	.150**	.083**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	6059	6053	6054	6051
Puntaje en Factor Alcohol y otras ilícitas	Correlación de Pearson	.111**	.055**	.172**	.088**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	6005	5999	6000	5997
Puntaje en Factor marihuana y basuco	Correlación de Pearson	-.012	.019	.065**	.032*
	Sig. (bilateral)	.334	.149	.000	.013
	N	6005	5999	6000	5997
Índice de consumo de SPA	Correlación de Pearson	.077**	.054**	.170**	.083**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	6005	5999	6000	5997

\*\* . Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral) \*Significativa al nivel 0,05 (bilateral)

### 4.3 Correlación entre consumo de SPA y Presencia de Síntomas de Trastornos Mentales en Ancianos Habitantes de Calle

El número total de participantes ancianos en situación de calle, cuyos datos fueron utilizados para el siguiente análisis fue de 228, de ellos 18 eran mujeres (8%) y 210 hombres (92%), con edades entre 60 y 92 años ( $M = 65.28$ ,  $DS = 5.39$ ). El nivel educativo promedio de esta muestra fue grado quinto de educación básica primaria ( $M = 4.68$ ,  $DS = 3.7$ ).

No se encontraron correlaciones significativas entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas cognitivos o síntomas psicóticos en ancianos habitantes de la calle de Bogotá. Respecto a síntomas de humor, se encontró una correlación positiva baja entre el consumo de cocaína y la presencia de síntomas de problemas del estado del ánimo o del humor,  $r(208) = .185$ ,  $p = .007$ . Igualmente se encontró una correlación positiva baja entre el factor alcohol y otras drogas y la presencia de síntomas de problemas del estado del ánimo o del humor,  $r(208) = .202$ ,  $p = .003$ .

Sobre la relación entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de trastornos de la personalidad antisocial en ancianos habitantes de calle de Bogotá, se encontró una correlación positiva baja entre el nivel de consumo de pepas y la presencia de síntomas de trastornos antisociales,  $r(208) = .201$ ,  $p = .003$ , así como entre el nivel de consumo de basuco y la presencia de síntomas de trastornos antisociales,  $r(208) = .161$ ,  $p = .019$ . No se encontraron más correlaciones significativas entre el consumo de SPA y la presencia de síntomas de problemas mentales en la muestra de ancianos habitantes de la calle de Bogotá.

Al comparar las correlaciones entre las tres etapas de la vida, en términos generales se observó que existen los mismos patrones de correlación entre las dos primeras etapas de la vida: infancia-adolescencia y adultez. En estos dos grupos se observa que todos los síntomas de problemas mentales se correlacionan positivamente con el índice de consumo de SPA. Las correlaciones son un poco más fuertes en la infancia y la adolescencia, se van haciendo un poco más débiles en la adultez y finalmente, en la vejez, hay menos correlaciones significativas entre el consumo de SPA y síntomas de problemas mentales.

Para determinar si existía asociación entre el sexo de los habitantes de la calle y la presencia de síntomas de enfermedades mentales, se realizaron pruebas de asociación estadística  $\chi^2$  2 (mujer, hombre) por 2 (reporta síntoma, no reporta síntoma) para cada tipo de síntoma de problemas mentales. Adicionalmente se realizaron pruebas estadísticas de medidas efecto para tests de asociación entre 2x2,  $V$  de Cramer. Esta prueba estadística corresponde a un coeficiente de correlación para medidas nominales que se interpreta de la misma forma el  $r$  de Pearson (Dancey & Reidy, 2006). Estos análisis se realizaron para cada etapa de la vida.



#### 4.4 Asociación entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle

Las pruebas  $X^2$  mostraron que existe una relación entre el sexo del niños, niñas y adolescentes en situación de calle y tener síntomas de problemas cognitivos, ya que el porcentaje de mujeres con problemas cognitivos (53%) fue significativamente mayor que el de los hombres (39%),  $\chi^2$  (1 gl,  $N = 478$  recuento total) = 8.18,  $p = .004$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.13 ( $p = .004$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que las mujeres tienen un poco más de probabilidad de tener síntomas de problemas cognitivos que los hombres. También se encontró una asociación entre el sexo del niños, niñas y adolescentes en situación de calle y tener síntomas de comportamiento antisocial. Nuevamente el porcentaje de mujeres con problemas de comportamiento antisocial (43%) fue significativamente mayor que el de los hombres (29%),  $\chi^2$  (1,  $N = 478$ ) = 9.57,  $p = .002$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.14 ( $p = .002$ ), por lo que se trata de una asociación débil, pero nuevamente significativa, lo que deja a las mujeres con un poco más de probabilidad de tener síntomas de problemas de comportamiento antisocial que los hombres. No se encontró una relación entre la presencia de síntomas de problemas del estado de ánimo y el sexo de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle,  $\chi^2$  (1,  $N = 478$ ) = 2.02,  $p = .15$ , ni entre la presencia de síntomas psicóticos y el sexo,  $\chi^2$  (1,  $N = 477$ ) = .42,  $p = .52$ .

#### 4.5 Asociación entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en Adultos Habitantes de Calle

En los adultos habitantes de la calle de Bogotá también se encontró una asociación entre el sexo y la presencia de síntomas de problemas cognitivos. El porcentaje de las mujeres que reportaron síntomas de problemas cognitivos fue mayor (47%) que el de los hombres (36%),  $\chi^2$  (1,  $N = 6076$ ) = 34.64,  $p < .001$ . El  $V$  de Cramer ( $V = 0.1$ ,  $p < .001$ ) indica que la asociación entre ser mujer y tener síntomas de problemas cognitivos es débil, pero significativa, o sea que es poco probable que el grado de asociación encontrado se deba a error muestral.

En esta etapa de la vida también se encontró una asociación entre el sexo y la presencia de síntomas de trastorno antisocial. El porcentaje de las mujeres que reportaron síntomas de comportamiento antisocial fue mayor (31%) que el de los hombres (25%),  $\chi^2$  (1,  $N = 6071$ ) = 13.59,  $p < .001$ . El  $V$  de Cramer ( $V = 0.05$ ,  $p < .001$ ) indica que habría una asociación significativa entre ser mujer y tener este tipo síntomas, aunque esta asociación es demasiado débil.

También se encontró una asociación entre sexo y presencia de síntomas psicóticos. El porcentaje de mujeres que reportaron síntomas psicóticos (27%) fue levemente mayor que el

de los hombres (23%),  $\chi^2(1, N = 6071) = 13.59, p < .001$ . El V de Cramer ( $V = 0.03, p = .033$ ) indica que se trata de una asociación muy débil, casi nula. Por otro lado no se encontró una asociación significativa entre sexo y presencia de síntomas de problemas de estado de ánimo,  $\chi^2(1, N = 6070) = 2.51, p = .113$ .

#### *4.6 Asociación Entre Sexo y Síntomas de Salud Mental en Ancianos Habitantes de Calle*

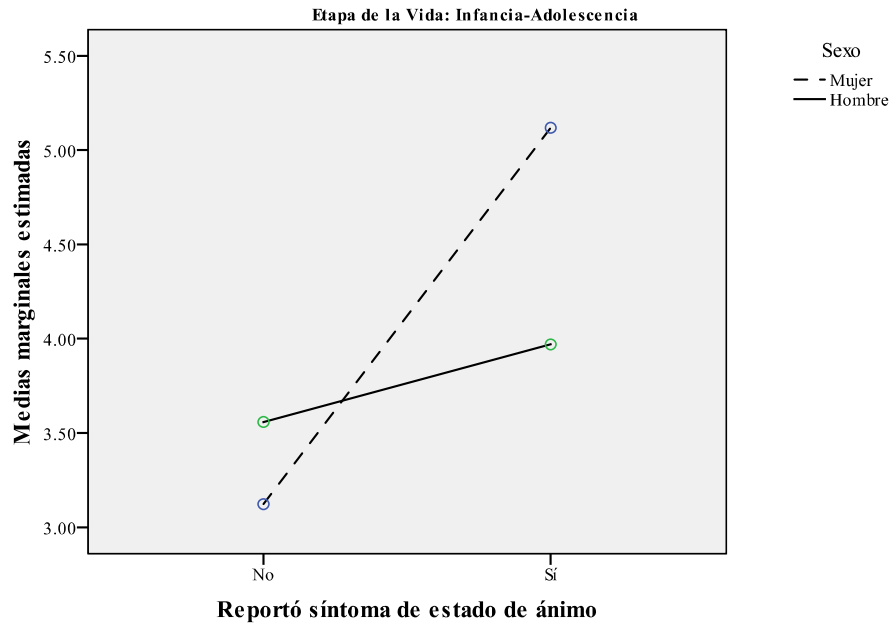
En ancianos habitantes de calle de Bogotá únicamente se encontró una asociación entre la presencia de síntomas de problemas cognitivos y el sexo,  $\chi^2(1, N = 215) = 4.45, p = .035$ . El estadístico V de Cramer ( $V = 0.03, p = .033$ ) indica que se trata de una asociación débil, y que por lo tanto las mujeres tendrían un poco más de probabilidades de tener este tipo de síntomas. No se encontraron asociaciones significativas entre sexo y los demás síntomas de problemas mentales en ancianos habitantes de la calle en Bogotá.

#### *4.7 Efecto Controlado de las Variables Sexo y Síntomas de Problemas Mentales Sobre el Índice de Consumo SPA en Habitantes de Calle*

Para determinar si había un efecto diferenciado para cada sexo, de la presencia de síntomas de salud mental sobre el nivel de consumo de drogas, se realizaron pruebas de ANOVA 2 (mujer, hombre) por 2 (reporta síntoma mental, no reporta síntoma mental) de cada tipo de síntoma mental, y según cada etapa de la vida.

Solo una ANOVA presentó este tipo de interacción diferenciada, se trata de la interacción entre nivel de consumo de SPA, sexo y presencia de síntomas de estado del ánimo en infancia-adolescencia,  $F(1, 467) = 3.89, p = .049$ . Como se puede observar en la Figura 10, y como fue comprobado posteriormente con pruebas  $t$  de diferencia de medias, la presencia de síntomas de estado de ánimo está asociada con un aumento significativo del índice de consumo de SPA en las mujeres,  $t(131) = -2.33, p = .02$ , mientras que en los hombres no tuvo ningún efecto significativo  $t(336) = -1.09, p = .277$ .

### Medias marginales estimadas de Índice de consumo de SPA Ilícitas y Alcohol (0-18)



*Figura 10.* Gráfico de índice de consumo de SPA en habitantes de calle en la infancia y adolescencia según sexo y según presencia de síntomas de estado de ánimo

En términos generales, respecto a la asociación entre el sexo de los habitantes de la calle y la presencia de síntomas de trastornos mentales, se encontró que el ser mujer está un poco más asociado con la presencia de síntomas cognitivos y de trastornos de personalidad antisocial. Igualmente se encontró que las asociaciones encontradas fueron un poco más fuerte en la infancia y adolescencia, en la adultez son más débiles, mientras que en la vejez son casi nulas. Finalmente se encontró que presentar síntomas de problemas de estado de ánimo tiene el efecto de aumentar el nivel de consumo de SPA, durante la infancia y adolescencia, solo cuando se es mujer.

## CAPÍTULO V

### ESTUDIO I – PREDICTORES DE NIVEL DE CONSUMO DE SPA EN TRES ETAPAS DE LA VIDA EN HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ

Teniendo en cuenta que se contaba con una variable escalar que mide el índice de consumo de SPA ilícitos y alcohol en habitantes de la calle, se decidió realizar un Análisis de Regresión Lineal Múltiple (ARLM) para detectar los mejores predictores de dicho índice, haciendo uso de las demás variables disponibles a partir de los datos del V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (VCHCB). Siguiendo una perspectiva del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, se dividió la muestra en tres grupos según la etapa de la vida: 1) infancia-adolescencia, 2) adultez, y 3) vejez. Las características del ARLM y sus respectivos resultados, para cada etapa de la vida, se reportan a continuación.

#### *5.1 Predictores de Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en Bogotá*

Para identificar los mejores predictores del nivel de consumo de SPA en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, haciendo uso de las variables incluidas en el VCHCB, se decidió realizar un ARLM. Este tipo de análisis estadístico, que identifica el nivel de asociación entre múltiples variables, es utilizado para predecir el valor de una variable criterio o variable explicada cuantitativa a partir de varias variables predictoras. Usualmente se espera que las variables predictoras sean cuantitativas y estén dadas en un nivel escalar o intervalar. No obstante son aceptadas variables *dummy*, que usualmente corresponden a variables categóricas con códigos numéricos (0 a 1) que indican la presencia (1) o ausencia (0) de una característica.

También se utilizó un método de análisis jerárquico, el cual permite introducir las variables en un orden determinado de grupos o bloques de variables, para de esta forma controlar el efecto dentro de la predicción de una manera jerarquía. El método de inclusión de variables seleccionado fue el método hacia atrás (*backward*). En éste método primero entran todas las variables y posteriormente se van retirando las que tiene menos capacidad explicativa dentro del modelo, es decir las que poseen coeficientes de regresión parcial poco significativos.

El criterio de exclusión de casos por datos perdidos fue el *pairwise*, el cual toma en cuenta, en cada paso del análisis, únicamente los datos perdidos de las variables envueltas en dicho paso del análisis. Por lo tanto, si a un habitante de calle sólo le faltó por responder una

pregunta, no se pierde de antemano todo el caso, sólo se excluye dicho caso cuando la variable que tiene el dato perdido está siendo analizada con otras variables.

El número total de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, cuyos datos fueron utilizados en el ARLM, fue de 486, de ellos 138 eran mujeres (28%) y 348 hombres (72%), con edades entre 8 y 17 años ( $M = 14.76$ ,  $SD = 2.24$ ). El nivel educativo promedio de esta muestra fue quinto de primaria ( $M = 4.77$ ,  $DS = 2.61$ ) y el promedio de años de desfase educativo fue de 3.06 ( $DS = 2.55$ ). Tanto las edades como la cantidad de hombres y mujeres son representativas de esta población, puesto que así se distribuye, según el VCHCB, la población en situación de calle en estas edades: hay más hombres que mujeres y el número total de casos aumente conforme aumenta la edad (Ramos et al, 2009).

Teniendo en cuenta que se escogió un modelo de ARLM jerárquico, las variables fueron introducidas creando bloques o grupos de variables. Los grupos de variables fueron creados siguiendo el modelo PPCT de Bronfenbrenner (2005). En el bloque 1, que se denominó *Características biológicas de las personas*, se incluyeron las variables sexo y edad. En el bloque 2, denominado *Características psicológicas de la persona*, se introdujeron las 4 variables correspondientes a los puntajes en cada uno de los 4 factores de salud mental (problemas cognitivos, trastornos de estado de ánimo, trastorno antisocial y trastornos psicóticos), y las variables intento de suicidio y nivel de consumo de cigarrillo. En el bloque 3, denominado *Microsistema familia*, se integraron las variables nivel de apoyo familiar, puntaje factor familia nuclear, razón expulsora sociofamiliar y razón expulsora salud. En el bloque 4, denominado *Microsistema ciudad-convivencia*, se incluyeron las variables nivel de apoyo recibido de entidades, índice de violencia y delincuencia cometida y el índice de violencia y delincuencia recibida. Y finalmente en el Bloque 5, denominado *Contexto físico*, se introdujo la variable calidad de lugar donde durmió.

No se incluyeron la variable nivel educativo porque esta variable dependía de la edad. Tampoco se incluyó desfase educativo, factor familia reconstituida, ni nivel de apoyo recibido de no parientes, porque estas variables tuvieron coeficientes de regresión poco significativos en análisis tentativos previos. Tampoco se incluyeron las variables de tiempo en calle, edad de inicio en calle y porcentaje de la vida la vida en calle, ya que tenían más casos perdidos con respecto las demás variables.

El ARLM jerárquico propuesto arrojó un modelo final con 6 variables predictoras de 16 introducidas inicialmente para este análisis (Tabla 43). Las variables predictoras seleccionadas en el modelo final lograron explicar una porción significativa de la variación en el índice de consumo de SPA ilícito y alcohol en niños, niñas y adolescentes en situación de calle,  $R^2$  corregido = .49,  $F(1, 417) = 58.64$ ,  $p < .001$ . Como lo señala el valor del  $R^2$

*corregido*, el modelo propuesto logró explicar 49% de la varianza del índice de consumo de SPA.

En la Tabla 43 también se pueden observar los coeficientes B (no estandarizado) y *Beta* (estandarizado) de cada variable incluida en el modelo final, así como su estadístico *t* y los niveles críticos (Sig. o *p*) obtenidos al contrastar la hipótesis de que el coeficiente de regresión parcial de dicha variable vale cero en la población estudiada. Con los valores del coeficiente B se puede construir la ecuación de regresión mínimo-cuadrática del modelo, a partir de la cual es posible predecir la variable criterio o variable explicada. Los coeficientes B indican cuantas unidades aumenta la variable criterio o explicada cuando se aumenta una unidad en la variable predictora correspondiente, mientras el resto de las variables predictoras se mantienen constantes. En este caso, por ejemplo, al aumentar una unidad al nivel de consumo de cigarrillo, aumentará en 1.355 el índice de consumo de SPA, si las demás variables predictoras no varían.

Siguiendo la ecuación de regresión mínimo-cuadrática, se puede construir la siguiente ecuación de predicción del Índice de consumo de SPA de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, donde *E* corresponde a los residuos, o sea todo lo que las variables predictoras no explican:  $\text{Índice de SPA pronosticado} = 2.241 - (0.727 \cdot \text{Sexo}) + (0.416 \cdot \text{Puntaje factor psicosis}) + (1.355 \cdot \text{Nivel consumo cigarrillo}) - (1.079 \cdot \text{Razón expulsora sociofamiliar}) + (0.115 \cdot \text{Índice de violencia y delincuencia recibida}) + (0.287 \cdot \text{Índice de violencia y delincuencia cometida}) - (0.270 \cdot \text{Nivel de apoyo recibido de entidades}) + E$ .

Por otro lado el símbolo de los coeficientes B de cada variable predictora, incluida en la regresión propuesta, señala el sentido en que se correlaciona cada variable predictora con la variable criterio o variable explicada. Así los símbolos positivos corresponden a correlaciones positivas y los símbolos negativos a correlaciones negativas. Por otro lado, los coeficientes *Beta* corresponden a los coeficientes estandarizados de cada variable, por lo que son comparables entre sí y permiten identificar el peso (importancia) aproximado de cada variable en la ecuación de regresión.

Los coeficientes *Beta* de las variables incluidas en el modelo final (Tabla 43) sugieren que las variables con mayor peso estadístico en la ecuación, en su orden, son: 1) nivel de consumo de cigarrillo, el signo positivo indica que cuando aumenta el nivel de consumo de cigarrillo aumenta el índice de SPA; 2) índice de violencia y delincuencia cometida, también tiene signo positivo, o sea que cuando aumenta el índice de violencia aumenta el índice de consumo de SPA; 3) razón expulsora sociofamiliar, que tiene signo negativo en esta ecuación, o sea que cuando la razón expulsora principal es sociofamiliar, disminuye el índice de SPA, o que la presencia de las otras razón expulsora (salud y subjetivas-intencionales) están

positivamente asociadas al aumento índice de SPA; 4) índice de violencia y delincuencia recibida que también tiene signo positivo, o sea que su aumento incrementa el índice de SPA; 5) puntaje factor mental trastorno de psicosis, también positivo, o sea que puntajes altos en este factor aumentan el índice de SPA; 6) nivel de apoyo recibido de entidades, también con signo positivo, lo que indica que mayor nivel de apoyo de entidades está asociado a mayor puntaje en el índice de SPA y finalmente; 7) sexo, que está asociado negativamente con el índice de SPA, es decir que ser niña o adolescente de sexo femenino aumenta la probabilidad de tener mayor índice de consumo SPA. Como los valores  $p$  de cada variable estuvieron por debajo de 0.05, se puede afirmar que todas las variables contribuyeron significativamente a mejorar el ajuste del modelo.

Tabla 43

*Coefficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Infantes y Adolescentes Habitantes de Calle de Bogotá Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple*

Variables en modelo final	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	
(Constante)	2.241	.483		4.641	.000
Sexo	-.727	.315	-.084	-2.308	.021
Puntaje factor mental esquizofrenia o psicosis	.416	.148	.100	2.818	.005
Nivel consumo cigarrillo	1.355	.139	.380	9.714	.000
Razón expulsora sociofamiliar	-1.079	.299	-.131	-3.603	.000
Índice de violencia y delincuencia recibida	.115	.035	.129	3.277	.001
Índice de violencia y delincuencia cometida	.287	.037	.305	7.713	.000
Nivel de apoyo recibido de entidades como habitante de calle	-.270	.102	-.095	-2.641	.009

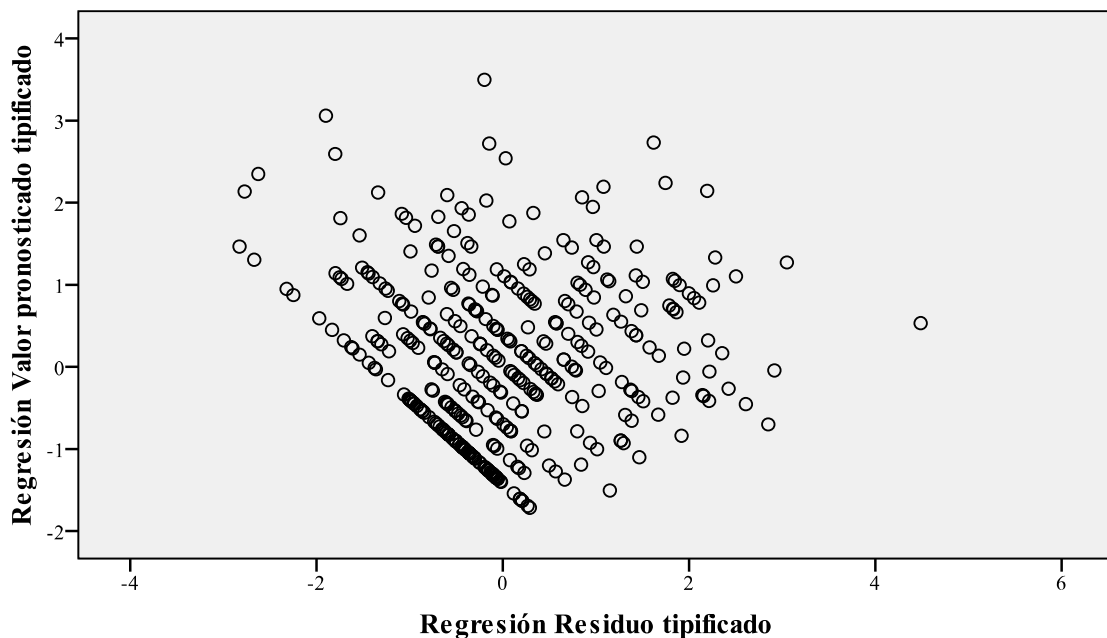
Adicionalmente se realizó un análisis de los residuos con el fin de determinar el cumplimiento de varios supuestos del modelo de regresión: independencia, homocedasticidad, y normalidad. En este caso los residuos corresponden a las diferencias que hay entre el valor obtenido por los niños, niñas y adolescentes en el índice de consumo de SPA y el valor pronosticado por el modelo haciendo uso de los valores reportados en las variables

predictoras. El estadístico *Durbin-Watson* fue de 1.81. Cuando éste estadístico está entre 1.5 y 2.5 indica que hay un alto grado de independencia entre los residuos. El valor 2 indica que los residuos son totalmente independientes entre sí, es decir que constituyen una variable aleatoria. En nuestro caso el valor obtenido estuvo entre el rango de independencia, y se cumple con esta condición.

Para determinar el grado de homocedasticidad y normalidad de los residuos, se generaron gráficos de dispersión y de normalidad de los residuos. En la Figura 11 se observa una nube de puntos dispersos. Haciendo uso de este método visual, se puede considerar que el residuo no se correlaciona con ninguna de las variables predictoras, lo que indica que la varianza de los residuos es constante y que en este caso se cumple con el presupuesto de homocedasticidad de los residuos. En la Figura 12 se observa que la distribución de los residuos estandarizados se aproxima a la curva normal, con  $M = 0$  y  $DS = 1.002$  ( $N = 414$ ), por lo que se asume como cumplido el presupuesto de normalidad de los residuos.

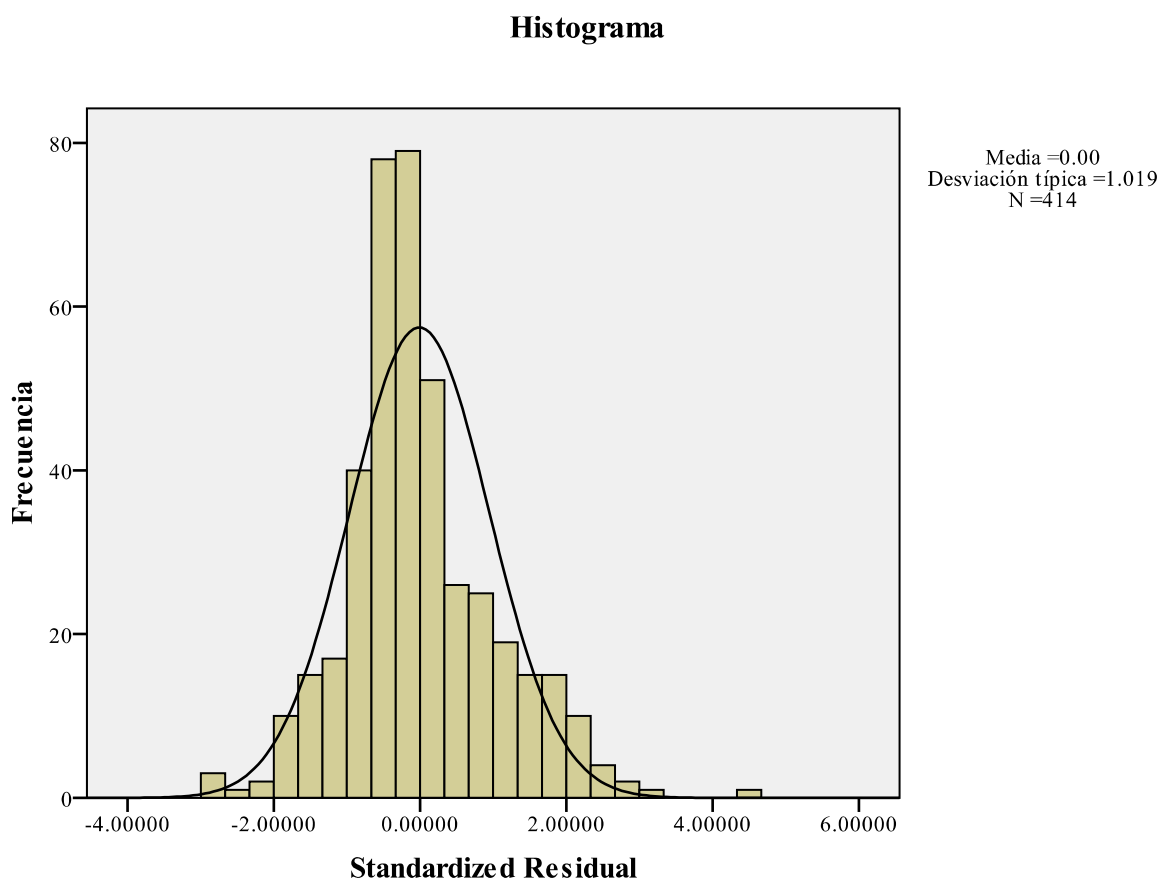
### Gráfico de dispersión

**Variable dependiente: Índice de consumo de SPA Ilícitas y Alcohol (0-18)**



*Figura 11.* Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, del análisis de regresión lineal del índice de consumo de SPA en infantes y adolescentes habitantes de calle





*Figura 12.* Histograma de la distribución de residuos estandarizados de la regresión del índice de consumo de SPA en infantes y adolescentes habitantes de calle

Finalmente, respecto al cumplimiento de los presupuestos de no colinealidad, se observó que los valores de los Factores de Inflación de la Varianza (FIV) de cada variable en el modelo final estuvieron entre 1 y 1.3. Cuando los valores de FIV son superiores a 10 se considera que hay colinealidad de esa variable, es decir que puede ser explicada por una combinación lineal de las variables restantes (Ruiz & Pardo, 2002). Siguiendo este criterio, en este caso se puede asumir como cumplido el criterio de no colinealidad.

### *5.2 Predictores del Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Adultos en Situación de Calle en Bogotá*

Para identificar las mejores variables explicativas dentro de un modelo predictor del nivel de consumo de SPA en adultos en situación de calle, haciendo uso de las variables incluidas en el VCHCB, nuevamente se realizó un ARLM siguiendo el método de análisis jerárquico. Este método se caracteriza porque se introducen las variables en grupos o bloques de variables, siguiendo un orden o secuencia. Con este orden se intenta controlar el efecto

dentro de la predicción de una manera jerarquía. La forma de inclusión de variables seleccionada fue el método hacia atrás (*backward*), en el cual primero entran todas las variables y posteriormente se van retirando las que tienen menos capacidad explicativa dentro del modelo, es decir las que poseen coeficientes de regresión parcial poco significativos.

Como algunas de las variables tenían datos perdidos, se buscó no excluir completamente un caso del análisis por un dato perdido, por lo que se utilizó el criterio de exclusión de casos *pairwise*. Este criterio excluye, en cada paso del análisis, únicamente los datos perdidos de las variables envueltas en dicho análisis.

El número total de adultos en situación de calle, cuyos datos fueron utilizados en el ARLM, fue de 6275, de ellos 736 eran mujeres (12%) y 5539 hombres (88%), con edades entre 18 y 59 años ( $M = 35.66$ ,  $DS = 10.78$ ). Tanto las edades como la cantidad de hombres y mujeres son representativas de esta población, puesto que así se distribuye, según el VCHCB (Ramos et al, 2009), la población en situación de calle en estas edades. El nivel educativo promedio de esta muestra fue grado sexto o primero de educación básica secundaria ( $M = 6.13$ ,  $DS = 3.53$ ).

Como se trataba de realizar un ARLM jerárquico, las variables fueron introducidas creando bloques o grupos de variables. Los grupos de variables se crearon siguiendo el modelo PPCT de Bronfenbrenner (2005). En el bloque 1, que se denominó *Características biológicas de las personas*, se incluyeron las variables sexo y edad. En el bloque 2, denominado *Características psicológicas de la persona*, se introdujeron las 4 variables correspondientes a los puntajes en cada uno de los 4 factores de salud mental (problemas cognitivos, trastornos de estado de ánimo, trastorno antisocial y trastornos psicóticos), y las variables intento de suicidio y nivel de consumo de cigarrillo. En el bloque 3, denominado *Microsistema familia*, se incluyeron las variables nivel de apoyo familiar, puntaje factor familia reconstituida, y razón expulsora salud. En el bloque 4, denominado *Microsistema escuela*, se incluyó la variable nivel educativo. En el bloque 5, denominado *Microsistema ciudad-convivencia*, se incluyeron las variables nivel de apoyo recibido de entidades, índice de violencia y delincuencia cometida, el índice de violencia y delincuencia recibida, y actividad económica delinquir. En el Bloque 6, denominado *Contexto físico*, se introdujo la variable calidad de lugar donde durmió. Y finalmente en el Bloque 7, denominado *Tiempo en Calle*, se incluyó la variable porcentaje de la vida en calle el tiempo de experiencia de vida en calle.

El ARLM jerárquico propuesto arrojó un modelo final con 14 variables predictoras de 18 introducidas inicialmente para este análisis (Tabla 44). Las variables predictoras seleccionadas en el modelo final lograron explicar una porción significativa de la variación en

el índice de consumo de SPA ilícito y alcohol en adultos en situación de calle,  $R^2 \text{ corregido} = .25$ ,  $F(1, 4799) = 117.48$ ,  $p < .001$ . Como lo señala en valor del  $R^2 \text{ corregido}$ , el modelo propuesto logró explicar el 25% de la varianza del índice de consumo de SPA.

En la Tabla 44 también se pueden observar los coeficientes B (no estandarizados) y *Beta* (estandarizados) de cada variable incluida en el modelo final, así como su estadístico *t* y los niveles críticos (Sig. o *p*) obtenidos al contrastar la hipótesis de que el coeficiente de regresión parcial de dicha variable vale cero en la población estudiada. A partir de los valores del coeficiente B se puede construir la ecuación de regresión mínimo-cuadrática del modelo, con la que es posible predecir la variable criterio o variable explicada. Los coeficientes B indican cuantas unidades aumenta la variable criterio o variable explicada cuando se aumenta una unidad en la variable predictora correspondiente, mientras el resto de las variables predictoras se mantienen constantes. En este caso, por ejemplo, al aumentar una unidad en el nivel de consumo de cigarrillo, aumentará en 0.59 el índice de consumo de SPA, si las demás variables predictoras no varían.

Siguiendo la ecuación de regresión mínimo-cuadrática, se puede construir la siguiente ecuación de predicción de Índice de consumo de SPA en adultos en situación de calle en Bogotá, donde *E* corresponde a los residuos, o sea todo lo que las variables predictoras no explican:  $\text{Índice de SPA pronosticado} = 2.811 - (0.043.\text{Edad}) + (0.491.\text{Sexo}) + (0.083.\text{Puntaje factor problemas cognitivo}) + (0.169.\text{Puntaje factor trastorno antisocial}) + (0.590.\text{Nivel consumo de cigarrillo}) + (0.221.\text{Intento de suicidio}) + (0.418.\text{Razón expulsora salud}) + (0.054.\text{Nivel educativo}) + (0.056.\text{Índice de violencia y delincuencia recibida}) + (0.134.\text{Índice de violencia y delincuencia cometida}) + (0.306.\text{Nivel de apoyo recibido de entidades}) + (1.505.\text{Delinquir como actividad económica principal}) - (0.126.\text{Calidad del lugar donde durmió}) + (0.011.\text{Porcentaje de vida en calle}) + E$ .

Los coeficientes *Beta* de las variables incluidas en el modelo final (Tabla 44), sugieren que las tres variables con mayor peso estadístico en la ecuación de regresión, en su orden, fueron: 1) índice de violencia y delincuencia cometida, cuyo signo positivo en B indica que cuando el índice de violencia y delincuencia cometida aumenta, el índice de consumo de SPA también aumenta; 2) nivel de consumo de cigarrillo, nuevamente el signo positivo en B indica que cuando aumenta el nivel de consumo de cigarrillo aumenta el índice de consumo de SPA; y 3) edad, con signo negativo en B, o sea que a menor edad, mayor índice de consumo de SPA.

Por otro lado, las dos variables de los puntajes en los factores de salud mental (cognitivo y antisocial), la razón expulsora salud, el nivel educativo, el índice de violencia y delincuencia recibida, el nivel de apoyo recibido de entidades, y el porcentaje de la vida en

calle, también ingresaron en el modelo final con signo positivo en B. Este signo positivo indica que al aumentar el valor en estas variables aumenta la probabilidad de tener un índice de consumo de SPA superior. De igual forma, las variables razón expulsora salud y delinquir como actividad económica principal tuvieron signo positivo en B, lo que indica que tener como razón expulsora problemas de salud o delinquir como actividad económica (frente a las otras opciones) aumentan la probabilidad de tener un índice de consumo de SPA superior. Mientras que la variable calidad del lugar donde durmió tuvo un B con signo negativo, lo que estaría señalando que entre menor calidad del lugar donde duerme, mayores índices de consumo de SPA. Como todos los valores  $p$  de cada variable estuvieron por debajo de 0.05, se puede afirmar que todas las variables contribuyeron significativamente a mejorar el ajuste del modelo.

Tabla 44

*Coefficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Adultos, Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple*

Variables en modelo final	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	2.811	.235		11.943	.000
Edad	-.043	.004	-.144	-11.053	.000
Sexo	.491	.127	.050	3.855	.000
Puntaje factor problemas cognitivo	.083	.041	.026	2.045	.041
Puntaje factor trastorno antisocial	.169	.041	.053	4.098	.000
Nivel consumo cigarrillo	.590	.038	.200	15.572	.000
Intento de suicidio (indiferente del consumo de SPA)	.221	.090	.032	2.446	.014
Razón expulsora salud	.418	.088	.062	4.773	.000
Nivel educativo	.054	.012	.060	4.449	.000
Índice de violencia y delincuencia recibida	.056	.010	.073	5.292	.000
Índice de violencia y delincuencia cometida	.134	.009	.210	14.774	.000
Nivel de apoyo recibido de entidades	.306	.033	.117	9.136	.000
Delinquir como actividad económica principal	1.505	.173	.113	8.680	.000
Calidad del lugar donde durmió	-.126	.048	-.033	-2.610	.009
Porcentaje de vida en calle	.011	.002	.085	6.174	.000

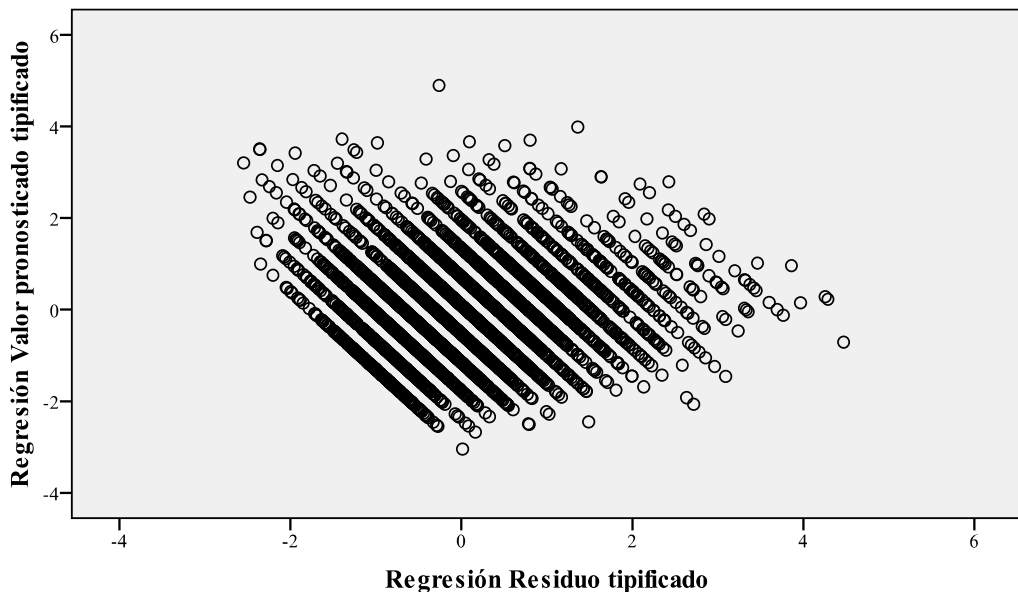
Adicionalmente se realizó un análisis de los residuos con el fin de determinar el cumplimiento los siguientes supuestos del modelo de regresión: independencia, homocedasticidad y normalidad. En este caso los residuos corresponden a las diferencias que hay entre el valor obtenido por los adultos en situación de calle en el Índice de consumo de SPA y el valor pronosticado por el modelo haciendo uso de los valores reportados en las

variables predictoras. El estadístico *Durbin-Watson* fue de 1.93. En nuestro caso el valor obtenido estuvo entre el rango de independencia (entre 1.5 y 2.5) y por lo tanto se cumple con este presupuesto.

Para determinar visualmente el grado de homocedasticidad y normalidad de los residuos, se utilizaron los gráficos de dispersión y de normalidad de residuos. En la Figura 13 se observa una nube de puntos dispersos, por lo que se puede considerar que el residuo no se correlaciona con ninguna de las variables predictoras, lo que indica que la varianza de los residuos es constante y que en este caso se cumple con el presupuesto de homocedasticidad de los residuos. En la Figura 14 se observa que la distribución de los residuos estandarizados se aproxima a la curva normal, con una media próxima a 0 y un desvío estándar próximo a 1, por lo que se asume como cumplida la condición de normalidad de los residuos.

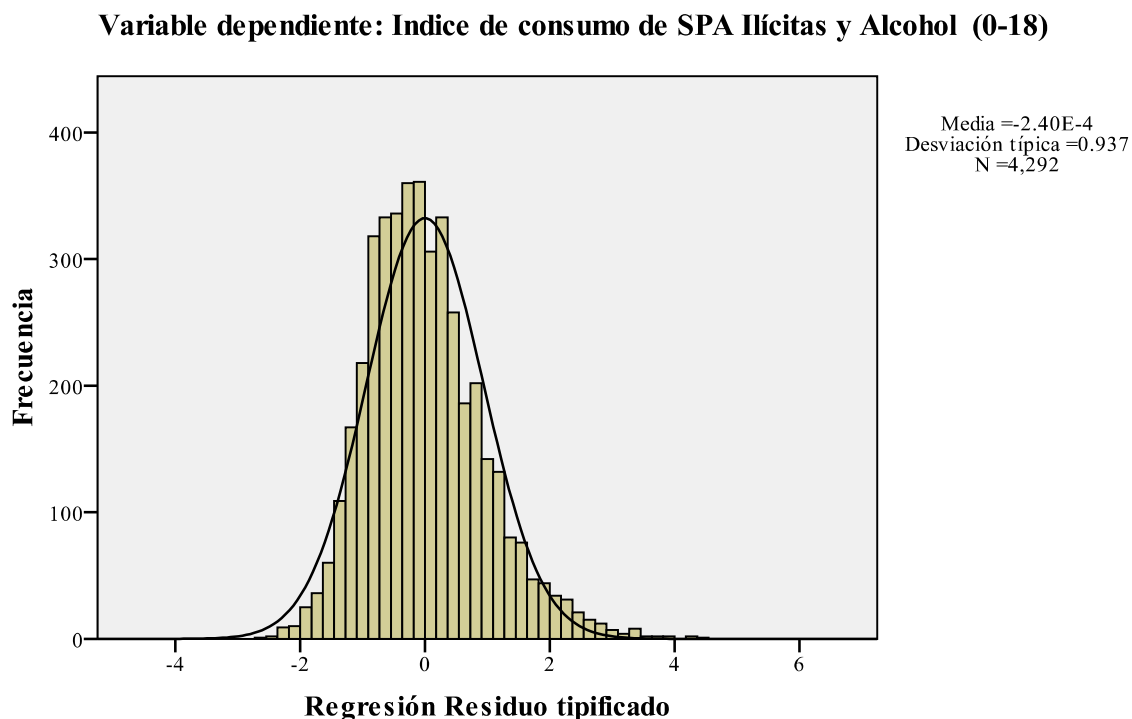
#### Gráfico de dispersión

Variable dependiente: Índice de consumo de SPA Ilícitas y Alcohol (0-18)



*Figura 13.* Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle adultos

## Histograma



*Figura 14.* Histograma de la distribución de los residuos estandarizados de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle adultos

Finalmente, respecto al presupuesto de no colinealidad, se observó que los valores de los Factores de Inflación de la Varianza (FIV) de cada variable en el modelo final estuvieron entre 1 y 1.3. Cuando los valores de FIV son superiores a 10 se considera que hay colinealidad de esa variable, es decir que puede ser explicada por una combinación lineal de las variables restantes (Ruiz & Pardo, 2002). Siguiendo este criterio, en este caso se puede asumir como cumplido el criterio de no colinealidad.

### *5.3 Predictores del Índice de Consumo de SPA Ilícito y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Ancianos*

Para identificar las mejores variables predictoras del nivel de consumo de SPA en ancianos en situación de calle, haciendo uso de las variables incluidas en el VCHCB, nuevamente se realizó un ARLM siguiendo el método de análisis jerárquico. Este método se caracteriza porque se introducen las variables en grupos o bloques de variables, siguiendo un orden o secuencia. Con este orden se intenta controlar el efecto dentro de la predicción de una

manera jerarquía. La forma de inclusión de variables seleccionada fue el método hacia a tras (*backward*), en el cual primero entran todas las variables y posteriormente se van retirando las que tiene menos capacidad explicativa dentro del modelo, es decir las que poseen coeficientes de regresión parcial poco significativos.

Como algunas de las variables tenían datos perdidos, se buscó no excluir completamente un caso del análisis por un dato perdido, por lo que se utilizó el criterio de exclusión de casos *pairwise*. Este criterio excluye, en cada paso del análisis, únicamente los datos perdidos de las variables envueltas en dicho análisis.

El número total de participantes ancianos en situación de calle, cuyos datos fueron utilizados en el ARLM, fue de 228, de ellos 18 eran mujeres (8%) y 210 hombres (92%), con edades entre 60 y 92 años ( $M = 65.28$ ,  $DS = 5.39$ ). El nivel educativo promedio de esta muestra fue grado quinto de educación básica primaria ( $M = 4.68$ ,  $DS = 3.7$ ). Tanto las edades como la cantidad de hombres y mujeres son representativas de esta población, puesto que así se distribuye, según el VCHCB (Ramos et al, 2009), la población en situación de calle en estas edades.

Tratándose de un ARLM jerárquico, las variables fueron introducidas en bloques o grupos de variables. Estos boques fueron creados siguiendo el modelo PPCT de Bronfenbrenner (2005). En el bloque 1, que se denominó *Características biológicas de las personas*, se incluyeron las variables sexo y edad. En el bloque 2, denominado *Características psicológicas de la persona*, se introdujeron las 4 variables correspondientes a los puntajes en cada uno de los 4 factores de salud mental (problemas cognitivos, trastornos de estado de ánimo, trastorno antisocial y trastornos psicóticos), y las variables intento de suicidio y nivel de consumo de cigarrillo. En el bloque 3, denominado *Microsistema familia*, se incluyeron las variables nivel de apoyo familiar, puntaje factor familia reconstituida, y razón expulsora salud. En el bloque 4, denominado *Microsistema escuela*, se incluyó la variable nivel educativo. En el bloque 5, denominado *Microsistema ciudad-convivencia*, se incluyeron las variables nivel de apoyo recibido de entidades, índice de violencia y delincuencia cometida, el índice de violencia y delincuencia recibida, y actividad económica delinquir. En el Bloque 6, denominado *Contexto físico*, se introdujo la variable calidad de lugar donde durmió. Y finalmente en el Bloque 7, denominado *Tiempo en Calle*, se incluyó la variable porcentaje de la vida en calle.

El ARLM jerárquico propuesto arrojó un modelo final con seis variables predictoras de 10 introducidas inicialmente para este análisis (Tabla 45). Las variables predictoras seleccionadas en el modelo final lograron explicar una porción significativa de la variación en el Índice de consumo de SPA ilícito y alcohol en ancianos en situación de calle,  $R^2$  *corregido*



= .31,  $F(1, 156) = 12.97$ ,  $p < .001$ . Como lo señala en valor del  $R^2$  corregido, el modelo propuesto logró explicar el 31% de la varianza del Índice de consumo de SPA.

En la Tabla 45 también se pueden observar los coeficientes B (no estandarizados) y *Beta* (estandarizados) de cada variable incluida en el modelo final, así como su estadístico *t* y los niveles críticos (Sig. o *p*) obtenidos al contrastar la hipótesis de que el coeficiente de regresión parcial de dicha variable vale cero en la población estudiada. A partir de los valores del coeficiente B se puede construir la ecuación de regresión mínimo-cuadrática del modelo, con la que es posible predecir la variable criterio o variable explicada. Los coeficientes B indican cuantas unidades aumenta la variable criterio o variable explicada cuando se aumenta una unidad en la variable predictora correspondiente, mientras el resto de las variables predictoras se mantienen constantes. En este caso, por ejemplo, al aumentar una unidad en el nivel de consumo de cigarrillo, aumentará en 0.35 el Índice de consumo de SPA, si las demás variables predictoras no varían.

Siguiendo la ecuación de regresión mínimo-cuadrática, se puede construir la siguiente ecuación de predicción de Índice de consumo de SPA en ancianos en situación de calle en Bogotá, donde *E* corresponde a los residuos, o sea todo lo que las variables predictoras no explican: *Índice de SPA pronosticado* =  $5.393 - (0.077 \cdot \text{Edad}) + (0.355 \cdot \text{Nivel consumo de cigarrillo}) + (0.885 \cdot \text{Razón expulsora salud}) + (0.243 \cdot \text{Índice de violencia y delincuencia cometida}) + (0.471 \cdot \text{Nivel de apoyo recibido de entidades}) + (0.011 \cdot \text{Porcentaje de vida en calle}) + E$ .

Los coeficientes *Beta* de las variables incluidas en el modelo final (Tabla 45), sugieren que el orden de las variables que entraron en la ecuación de regresión, según su peso estadístico, fueron: 1) índice de violencia y delincuencia cometida, cuyo signo positivo en B indica que cuando el índice de violencia y delincuencia cometida aumenta, el índice de consumo de SPA también aumenta; 2) nivel de apoyo recibido de entidades, nuevamente el signo positivo en B indica que cuando aumenta el nivel de apoyo recibido de entidades aumenta el índice de consumo de SPA; 3) edad, con signo negativo en B, o sea que a menor edad, mayor índice de consumo de SPA; 4) nivel consumo de cigarrillo, el signo positivo indica que cuando aumenta el nivel de consumo de cigarrillo aumentar el índice de spa; 5) porcentaje de vida en calle, con signo positivo en B, o sea que a mayor porcentaje de vida en calle, mayor índice de consumo de SPA; 6) razón expulsora salud con signo positivo, indicando que los mayores índices de consumo de SPA están asociados con razón expulsora relacionada con la salud. La variable razón expulsora salud obtuvo un  $p = 0.057$ , muy cerca del nivel de significancia de 0.05, por debajo del cual estuvieron los valores *p* de las otras

variables en el modelo final; por lo anterior se puede afirmar que todas las variables contribuyeron a mejorar el ajuste del modelo.

Tabla 45

*Coefficientes de Variables Predictoras de Índice de Consumo de SPA Ilícitas y Alcohol en Habitantes de Calle de Bogotá Ancianos, Resultado del Análisis de Regresión Lineal Múltiple*

Variables en modelo final	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	5.393	2.045		2.637	.009
Edad	-.077	.030	-.167	-2.533	.012
Nivel consumo cigarrillo	.355	.152	.159	2.338	.021
Razón expulsora salud	.885	.462	.126	1.915	.057
Índice de violencia y delincuencia cometida	.243	.050	.338	4.901	.000
Nivel de apoyo recibido de entidades	.471	.161	.199	2.930	.004
Porcentaje de vida en calle	.011	.006	.132	1.983	.049

Adicionalmente se realizó un análisis de los residuos con el fin de determinar el cumplimiento los siguientes supuestos del modelo de regresión: independencia, homocedasticidad, y normalidad. En este caso los residuos corresponden a las diferencias que hay entre el valor obtenido por los ancianos en situación de calle en el Índice de consumo de SPA y el valor pronosticado por el modelo haciendo uso de los valores reportados en las variables predictoras. El estadístico *Durbin-Watson* fue de 0.53. En este caso el valor obtenido no estuvo dentro del rango de independencia (entre 1.5 y 2.5) y por lo tanto no se cumple con este presupuesto y los resultados deben ser asumidos con cautela.

Para determinar visualmente el grado de homocedasticidad y normalidad de los residuos, se utilizaron los gráficos de dispersión y de normalidad de residuos. En la Figura 15 se observa una nube de puntos dispersos, por lo que se puede considerar que el residuo no se correlaciona con ninguna de las variables predictoras, lo que indica que la varianza de los residuos es constante y que en este caso se cumple con el presupuesto de homocedasticidad de los residuos. En la Figura 16 se observa que la distribución de los residuos estandarizados se aproxima a la curva normal, con una media próxima a 0 y un desvío estándar próximo a 1, por lo que se asume como cumplida la condición de normalidad de los residuos.

## Gráfico de dispersión

Variable dependiente: Índice de consumo de SPA Ilícitas y Alcohol (0-18)

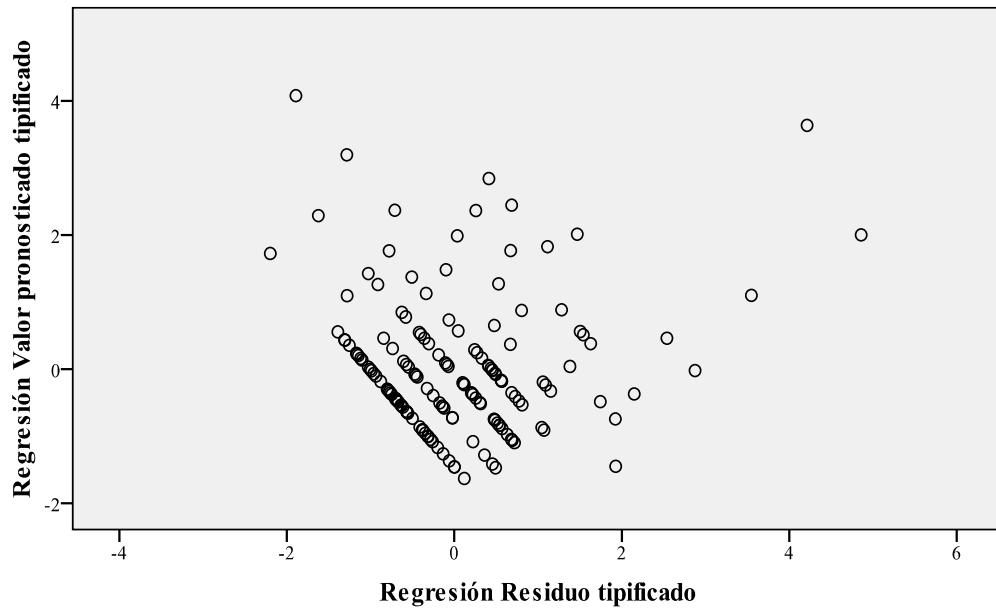


Figura 15. Diagrama de dispersión de pronósticos estandarizados (tipificado) por residuos estandarizados, de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle ancianos

## Histograma

Variable dependiente: Índice de consumo de SPA Ilícitas y Alcohol (0-18)

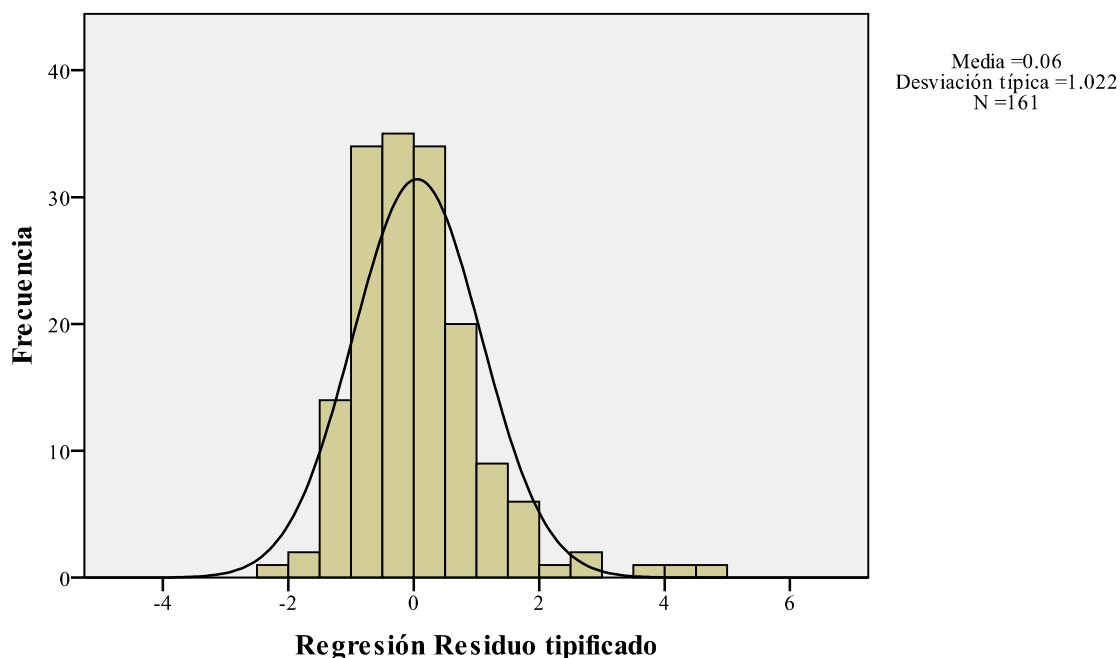


Figura 16. Histograma de la distribución de los residuos estandarizados de la regresión lineal del índice de consumo de SPA en habitantes de calle ancianos

Finalmente, respecto al presupuesto de no colinealidad, se observó que los valores de los Factores de Inflación de la Varianza (FIV) de cada variable en el modelo final estuvieron entre 1 y 1.1. Cuando los valores de FIV son superiores a 10 se considera que hay colinealidad de esa variable, es decir que puede ser explicada por una combinación lineal de las variables restantes (Ruiz & Pardo, 2002). Siguiendo este criterio, en este caso se puede asumir como cumplido el criterio de no colinealidad.

### 5.4 Conclusiones Generales sobre Predictores de Consumo de SPA a lo Largo del Ciclo Vital.

En términos generales, una vez obtenidas los diferentes modelos de pronóstico del índice de consumo de SPA en habitantes de la calle de Bogotá para cada etapa de la vida, se pueden destacar los siguientes hallazgos:

1) El modelo que logró explicar un mayor porcentaje de la variancia en el índice de consumo de SPA fue el modelo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Esto

quiere decir que en esta etapa de la vida, las variables de investigación están más clara y fuertemente asociadas con los niveles de consumo de SPA. Mientras que el modelo con el menor porcentaje de la variancia explicada fue el de adultos, lo que podría estar señalando que en esta etapa de la vida hay mayor variabilidad y heterogeneidad en los factores que están asociados a niveles de consumo de SPA, lo cual también explicaría en parte porque en adultos se tuvo una mayor cantidad de variables predictoras dentro del modelo.

2) El índice de violencia y delincuencia cometida parece ser la variable que tiene mayor capacidad de predicción de niveles de consumo de SPA en habitantes de la calle de todas las edades en Bogotá. La segunda variable con mayor capacidad de predicción dentro de los modelos propuestos sería el nivel de consumo de cigarrillo.

3) La edad tiene un efecto inverso en niños, niñas y adolescentes al que tienen en los ancianos, ya que los modelos pronostican que en infantes tener más edad es predictor de mayores niveles de consumo SPA, mientras que en ancianos a mayor edad menor consumo de SPA. Esto estaría indicando que los altos niveles de consumo están asociados particularmente con el periodo de la vida de la adultez.

4) El nivel de apoyo recibido por entidades está relacionado de forma inversa en niños, niñas y adolescentes con respecto a los adultos y ancianos. En niños, niñas y adolescentes a menor apoyo de entidades mayor índice de consumo, o sea que quienes reciben apoyo tienen niveles más bajos en sus prácticas de consumo. Mientras que en los adultos y los ancianos a mayor apoyo de entidades mayor índice de consumo.

5) El sexo está relacionado con el índice de consumo de drogas de forma inversa en niños, niñas y adolescentes con respecto a los adultos. En los menores de 18 años ser mujer entró dentro del modelo asociado con mayor índice de consumo de drogas, mientras que en adultos es ser hombre entró en el modelo predictivo asociado con mayores índices de consumo.

6) Los modelos arrojados por los análisis estadísticos incluyeron tanto las variables propias de las características de las personas (biológicas y psicológicas) como de las características del contexto físico y social de los habitantes de la calle. Por lo tanto, para comprender mejor los factores que influyen en el nivel de consumo de SPA de esta población, es aconsejable hacer uso de un modelo bioecológico que tome en cuenta la interacción de factores personales junto con factores contextuales.

### *5.5 Discusión del Estudio I*

Los primero análisis del VCHCB ya mostraban que la prevalencia del consumo de drogas era alta en todos los grupos etarios de la población habitante de calle de Bogotá. Se

había encontrado, por ejemplo, que cerca del 85% había consumido por lo menos un tipo de sustancia psicoactiva ilegal en el último año (Ramos et al., 2009). No obstante, no se tenían predictores del consumo de drogas sobre esta población en Bogotá, y no se había estudiado la asociación entre consumo de drogas y los síntomas de problemas de salud mental en habitantes de la calle de Colombia. Los resultados en el Estudio I son muchos y son variados, discutir cada uno de ellos tomaría demasiado espacio, por ello solo se discutirán algunos elementos que resultaron evidentes y de interés general en este campo.

Primero que todo hay que señalar que no se encontraron estudios específicos que indagaran sobre la asociación entre la presencia de tipos de síntomas de salud mental y el uso de cada tipo de droga consumida dentro esta población, los cuales permitirían comparar los análisis de correlación y las ANOVA realizados en el Estudio I. Seguramente porque resulta dispendioso hacer evaluaciones exactas y simultáneas sobre el uso de drogas específicas y cuadros psiquiátricos diferenciados. Muchos de los estudios que se encontraron sobre salud mental en habitantes de la calle utilizaron criterios diagnósticos de las últimas versiones del DSM, lo cual representa un trabajo diagnóstico extenso y tal vez por ello se tiene que usar instrumentos más resumidos para evaluar al consumo de drogas. Por el contrario, en el VCHCB las cuestiones sobre el consumo de drogas incluyeron preguntas sobre cantidad y frecuencia del uso específico para cada droga, mientras que las variables de síntomas de salud mental fueron pocas y limitadas, y hacían referencia a su presencia en el transcurso de la vida. Estas últimas estuvieron orientadas por una o dos preguntas sobre la autopercepción de la presencia o ausencia de un síntoma central asociado a un tipo de cuadro de desorden del comportamiento, dentro de los desordenes que parecían característicos de esta población. Por lo tanto, estas asociaciones deben ser asumidas con mucho cautela, y solo deben ser consideradas como índices preliminares de una posible asociación entre consumo de drogas y algún posible presencia de trastornos de enfermedad mental en habitantes de la calle.

Teniendo en cuenta la salvedad anterior, se encontraron asociaciones débiles, pero interesantes que concuerdan, en cierta forma, con lo reportado por otros investigadores. Por ejemplo, los resultados encontrados en el Estudio I, mostraron que la presencia de síntomas de problemas cognitivos, de trastornos del estado de ánimo, de trastorno antisocial o límite, y de trastorno psicótico, están correlacionadas positivamente con el índice de consumo de drogas, es decir, con el mayor nivel de consumo de drogas teniendo en cuenta cantidad, tipos de drogas y frecuencia del consumo, tanto en la infancia y adolescencia como en la adultez (Tabla 41, 42 y 43). Estos resultados concuerdan con lo que señalan varios estudios previos, realizados en diferentes países, sobre el diagnóstico doble, los cuales suelen coincidir en que, entre los habitantes de calle, el consumo de drogas estaría asociado a la presencia de otros

síntomas mentales, tanto en adultos (Lincoln et al., 2009; Regier et al., 1990; Woody, 1996), como en población infantil y adolescente (Johnson et al, 2005; Parks et al, 2007).

En lo referente a los problemas cognitivos en la infancia y adolescencia, los resultados concuerdan con lo reportado por Parks et al (2007) en su revisión de la literatura a este respecto. Estos autores habían encontrado que existiría una relación entre la presencia de problemas cognitivos y la situación de calle en la población infantil, y que quienes reportan este tipo de trastornos mentales en esta población, también señalan que estos emergen en el contexto propio del consumo de drogas.

Por otro lado, en el análisis de regresión, la variable puntaje factor mental esquizofrenia o psicosis fue la única variable de salud mental que ingresó en el grupo de las variables que mejor predicen el índice de consumo de drogas en esta etapa de la vida. También fue el tipo de síntoma de enfermedad mental que más fuertemente se correlacionó con el índice de consumo de drogas (Tabla 41). El DSM-IV-RV señala que los síntomas de esquizofrenia o psicosis suelen aparecer entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, y que es raro el inicio anterior a la adolescencia, no obstante, agrega que se han reseñado casos de inicio a la edad de 4 o 5 años. En el caso de los niños de la calle, es posible que se esté presentando una emergencia temprana de este tipo de trastorno psiquiátrico, y que ella esta emergencia precoz esté asociada con el consumo de drogas.

Ahora bien, en el DSM-IV-RV también se incluye un cuadro particular de la psicosis denominado trastorno psicótico inducido por sustancias. En dicho caso, se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico, y según este manual, no se incluirían las alucinaciones que son provocadas por una sustancia, ya que éstas se diagnosticarían como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas. En el Instrumento censal se especificó que las experiencias de ver, oír o sentir cosas que otros no, debía presentarse por fuera del efecto propio e inmediato de alguna droga, cuando era registrada su existencia. En todo caso, es posible que los síntomas de psicosis reportados por los participantes estuvieran relacionados con una abstinencia muy reciente, y que por lo tanto se trate de la emergencia de síntomas de abstinencia.

También hay que señalar que en esta investigación no se comparó la presencia de síntomas de enfermedad mental de la población infantil y adolescente habitante de calle con la población domiciliada. No obstante las prevalencias y los índices de consumo de drogas fueron altos en la población estudiada, y dado que varios estudios señalan que hay una correlación entre consumo de drogas y enfermedad mental (Lincoln et al., 2009; Regier et al., 1990; Woody, 1996), pues se esperaría que en la actual población infantil, habitante de calle

de Bogotá, sí haya más problemas de salud mental frente a la población domiciliada. Esto representaría una situación contraria a lo encontrado por Aptekar en 1989, quien reportó que en su muestra de 56 niños y niñas de la calle de Colombia no había, en general, un mal estado de salud mental. Es posible que la población haya cambiado o que, como también lo señala Aptekar, las características de su muestra no fueron efectivamente lo suficientemente representativas de esta población, ya que en su gran mayoría se trataba de niños que aun vivían con sus padres.

Por otro lado, respecto a la población infantil y adolescente en situación de calle de Bogotá, los resultados sobre los predictores de consumo de drogas del Estudio I, variaron con respecto al estudio previo y exploratorio que se había realizado haciendo uso de información de la misma base de datos (Nieto et al., 2011). En dicho estudio previo, se habían incluido menos variables, y aun no se había reducido y sintetizado toda la información recogida por las variables de apoyo y las de violencia y delincuencia. La variable dependiente era dicotómica y separaba al grupo de quienes, en el último año, habían consumido al menos una droga ilícita o alcohol, de quienes no las habían consumido. El análisis consistía, entonces, en identificar predictores del consumo de al menos una drogas en el último año. Los resultados indicaron que había más probabilidades de que niños y jóvenes de sexo masculino hubieran consumido por lo menos una de las drogas estudiadas, mientras que en la regresión lineal múltiple, realizada en el Estudio I de la presente disertación, se encontró que ser mujer estaba asociado con mayores índices de consumo de drogas en el modelo final.

En principio, la diferencia en el sentido que toma la variable independiente sexo en los dos estudios tendría que ver con la diferencia en la forma en que se configuró la variable dependiente a ser estudiada. Esta diferencia estaría indicando que el porcentaje de niñas y adolescentes mujeres que consumen alguna droga es significativamente inferior al de los niños y adolescentes hombres. Pero también indicaría que cuando las mujeres consumen drogas lo hacen de manera intensa, es decir con alta frecuencia, mas tipos de drogas o mayor cantidad de unidades controlando el efecto de las demás variables.

Ahora bien, en los análisis de prevalencia del VCHCB apareció que la cantidad de mujeres en situación de calle en los primeros años de vida es similar a la cantidad de hombres, pero a partir de los 11 años la cantidad de hombres empieza a superar progresivamente a la cantidad de las mujeres (Ramos et al., 2009). Este fenómeno parece ser el mismo en todos los países que tienen reportan habitantes de la calle. No obstante, no hay un estudio que, con un modelo longitudinal sistemático, da cuenta de estas variaciones en la cantidad de hombres y mujeres, que a partir de los 11 años se hacen progresivamente más evidentes. Varios investigadores concuerdan en que esta situación podría estar relacionada con el hecho de que



las niñas, por lo menos en los países en vía de desarrollo, son reclutadas para el trabajo domestico, o para la explotación sexual por medio del ejercicio de la prostitución (Rizzini & Lusk, 1995). Igualmente, se ha señalado que la vida en calle es muy agresiva (Gaetz, 2004; Maniglio, 2009; Tyler & Beal, 2010), y por lo tanto las mujeres tendrían menos chance de sobrellevar esa agresividad, y especialmente las mujeres menores de edad, dado que por sus características biológicas estarían dotadas de menos fuerza para intimidar o para defenderse en un enfrentamiento físico. Por ejemplo, son más los estudios que señalan que en habitantes de calle niñas, adolescentes o jóvenes mujeres, hay mayor prevalencia de violencia sexual que en la población masculina (Gaetz, 2004; Nada & Suliman 2010; Ramos et al., 2005), en comparación con los que no encontraron diferencias de género a este respecto (Ahmadkhaniha et al., 2007), y teniendo en cuenta que ningún estudio reporta una prevalencia superiores en varones.

Esta diferencia de género, que señala que las mujeres habitantes de calle serían más vulnerables a la violencia, también estaría asociada con el hecho de que niñas y adolescentes mujeres tengan índices de consumo de drogas levemente superiores, a pesar que el promedio de las consumidores sean inferior en el grupo de las mujeres con respecto al grupo de los hombres. Como ya ha sido señalado, las prácticas de consumo de drogas en niños y niñas de la calle (Goncalves et al, 2010) y los contextos de violencia y delincuencia (Ramos, 2010), en cierto grado, están espacialmente determinados. Hay contextos espaciales de mayor consumo de drogas y contextos espaciales de mayor violencia y delincuencia. De hecho, un estudio reciente encontró que los centros de la criminalidad y los centros de la venta y consumo de drogas de Bogotá están integrados, y los más importantes son justamente aquellos con mayor presencia de habitantes de calle (Ávila & Pérez, 2011). Las niñas y adolescentes mujeres que habitan en zonas de consumo estarían enfrentadas a contextos agresivos y delictivos más intensos que las no consumidoras. Para sobrellevar la agresividad en estos contextos, podrían consumir más drogas, ya que ser víctima de violencia está asociado con mayores niveles en su consumo, como se muestra en los análisis de regresión del Estudio I, y como se ha reportado en otros estudios realizados en otros contextos con población habitante de calle (Johnson et al., 2005; Maniglio, 2009; Tadele, 2009). Finalmente, esta tesis concuerda con los resultados reportados por Nyamathi, Leake y Gelberg, (2000), quienes compararon mujeres habitantes de calle que vivían en albergues con las que vivían en la calle, y encontraron que las últimas tenían más probabilidad de ser víctimas de asaltos sexuales y de consumir alcohol y drogas no inyectables con respecto a las primeras.

Otro hallazgo sobre diferencias de genero que deben ser considerados son la diferencia entre la presencia de síntomas de enfermedad mental en este mismo segmento de la población.

Por ejemplo, las comparaciones  $X^2$  del Estudio I mostraron que las niñas y adolescentes mujeres en situación de calle tenían más probabilidades de tener problemas de comportamiento antisocial o límite, lo que indicaría que ellas enfrentan la calle con mayor impulsividad, o que las que permanecen en calle son las que tienen comportamientos más impulsivos o delictivos, los cuales están asociados, a su vez, con mayor consumo de drogas según lo reportado en el estudio de Maniglio (2009). Así mismo, en el Estudio I, se encontró que la presencia de síntomas de estado de ánimo está asociada con un aumento significativo del índice de consumo de SPA en las mujeres menores de 18 años, pero no así en los hombres. Este resultado concuerda, en cierta forma, con lo reportado por Kirst et al. (2009), quienes encontraron que haber tenido diagnóstico psiquiátrico en la vida era predictor de mayor cantidad de drogas usadas en las mujeres jóvenes habitantes de calle, pero no en los hombres. También coincidirían con los reportados por Beijer y Andreasson, (2009), quienes encontraron que en su muestra las mujeres habitantes de calle más jóvenes tenían más riesgo de tener enfermedades mentales, y que en ellas los desordenes por consumo de drogas ilícitas fueron mayores. Estos resultados podrían indicar, entonces, que los problemas mentales, aunque afecten con prevalencia variada a hombres y mujeres en situación de calle, en las niñas y adolescentes tiene un efecto particular de incrementar el consumo de drogas que tal vez no es tan fuerte o significativo en los hombres. No obstante se requieren mayores estudios para dar claridad a estos hallazgos.

Por otro lado, respecto a predictores del nivel de consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá, en el Estudio I se encontró que dentro de las mejores variables predictoras estudiadas estaba la razón expulsora que agrupaba los motivos para estar en calle relacionados con problemas sociofamiliares. Como esta variable entró en la ecuación predictora con valor negativo, estaría indicando que las razones expulsoras diferentes a las sociofamiliares, en este caso las razones de salud (entre ellas problemas de consumo de drogas) y las variables subjetivas (entre ellas la voluntad propia). Estas últimas razones estarían mucho más lógicamente asociadas con altos niveles de consumo de drogas, y además no se excluye que quienes adujeron estas razones también hayan sido víctimas de problemas sociofamiliares, solo que según lo reportado, no fueron las principales razones para salir a la calle.

Finalmente, el índice de violencia y delincuencia recibida y el índice de violencia y delincuencia cometida, fueron otro de los predictores de niveles de consumo de drogas en la población infantil. Nuevamente, estas variables estarían mostrando que los contextos de violencia y delincuencia son los que estarían asociados más con los mayores niveles de consumo.

Respecto a la población adulta, se encontró que los predictores de consumo de drogas fueron 14 de las 18 variables investigadas. Es decir, que casi todas las variables tuvieron un papel predictor significativo y particular (no compartido con otras variables). Esto estaría indicando que en los habitantes de calle adultos el fenómeno del consumo de drogas es complejo, y estaría determinado por múltiples factores que interactúan entre sí. En este análisis se destaca la variable el índice de violencia y delincuencia cometida, que fue la variable con mayor peso estadístico predictor del índice de consumo de drogas, y estaría relacionada con otras de las variables predictoras encontradas, como el índice de violencia y delincuencia recibida, y la variable delinquir como actividad económica principal. La forma en que estas variables se asocian con el índice de consumo de drogas tendría que ver con la tesis que se viene discutiendo respecto a la asociación que habría entre vivir en, o frecuentar, contextos de violencia y delincuencia con el consumo de drogas en esta población.

Gaetz (2004) estudió, y discutió a profundidad, el problema de la victimización en habitantes de calle jóvenes. Este autor señala que al explicar por qué algunas personas son más propensas a ser víctimas de la delincuencia, las investigaciones en criminológica suelen tomar dos posturas, la primera sería más diacrónica, ya que le da mayor importancia a las variables historia de vida previa de las víctimas (por ejemplo los efectos de la victimización previa), y otras más sincrónica, ya que se apoya en teorías sobre estilo de vida y actividades rutinarias. Los sincrónicos se centran en la importancia de los factores ecológicos y contextuales, y desde esta perspectiva se sugiere que si la gente frecuenta regularmente lugares peligrosos o se involucra en conductas de riesgo, su proximidad con delincuentes los pone en riesgo de victimización. No obstante, señala Gaetz, estos enfoques no consiguen explicar cómo y por qué los jóvenes acaban en estos contextos. Para este investigador la clave está en el concepto de exclusión social, ya que esta situación permite dar sentido a las condiciones que dan lugar a la victimización. Es decir, que la experiencia de la habitabilidad en calle, las limitadas oportunidades de empleo, el capital social frágil, y el acceso restringido a los espacios públicos tendría un impacto en la capacidad de los habitantes de calle para protegerse a sí mismos y a sus pocos bienes. A lo cual se sumaría el limitado acceso que tiene esta población a las medidas y estrategias de seguridad, tanto públicas como privadas (tales como la protección de la policía), que la mayoría de la gente considera como un derecho de la ciudadanía.

En la misma línea del pensamiento de Gaetz, se podría argumentar que debido a que el consumo de drogas en espacios públicos es una actividad no permitida por la ley, y dado que el grado de marginalidad de los habitantes de calle no les deja otra opción que consumir en la calle, los contextos de consumo serían de por sí contextos donde pierden posibilidades de ser

defendido, aumentado así su vulnerabilidad. Por otro lado, los efectos del consumo los hacen más vulnerables dado que muchas de las drogas usadas afectan seriamente la capacidad de atención, la percepción e incluso la actividad motriz. Por otro lado, introducirse una actividad ilegal, como lo es el comercio de drogas, los podría conducir a una pérdida paulatina del respeto por la ley y a un distanciamiento de los mínimos contratos sociales, lo que haría que fuera más tolerable moralmente el asumir actividades delictivas. Esta hipótesis concuerda con lo reportado por Kirst, et al., (2009), quienes encontraron que, tanto en hombres como en mujeres habitantes de calle, uno de los mejores predictores de la cantidad de drogas usadas fueron haber vendido drogas en el último año.

Un estudio cualitativo exploratorio, con una muestra de 45 habitantes de calle de la ciudad de Bogotá, reportó que a las actividades delictivas realizadas por esta población, como el robo, pueden dejar una ganancia diaria promedio de \$40000 en la modada local (el equivalente a 17 dólares americanos) mientras que la del reciclaje dejan una ganancia de \$20000 y la del pedir limosna \$15000 (Gonzales & Lerma, 2007). En el contexto de las adiciones a las drogas, los habitantes de la calle asumirían un riesgo mayor en una actividad que puede representar más dinero, que les permitirían rápidamente suplir sus necesidades de consumo.

Ahora bien, en ancianos habitantes de calle los predictores de niveles de consumo de drogas fueron menos que en los adultos, pero las variables seleccionadas en el modelo final tuvieron el mismo sentido que en los adultos. La edad, por ejemplo, en estas dos etapas de la vida se correlacionó de forma inversa con el nivel de consumo de drogas, lo que indicaría que el consumo disminuya en la medida en que aumenta la edad, y que la población con niveles más altos de consumo se encuentran entre el final de la adolescencia y la adultez temprana. El índice de violencia y delincuencia cometida nuevamente fue la variable de mayor peso a la hora de predecir niveles de consumo de droga en ancianos. Igualmente, la variable porcentaje de la vida en calle entró en el modelo predictor tanto de adultos como de ancianos, y se asoció positivamente con el índice de consumo de drogas, lo que concuerda con lo señalado por otras investigaciones (Lincoln et al., 2009; Stein et al., 2008; Thompson et al., 2010).

El modelo predictor en ancianos, arrojado por el análisis de regresión del Estudio I, concuerda en algunas variables con el propuesto por Dietz (2009) para predecir de problemas por consumo drogas en adultos y ancianos de más de 50 años en Estados Unidos, siendo que el modelo propuesto para Bogotá tuvo un mayor porcentaje de varianza explicada (31% vs 25%). Tanto el modelo de estados Unidos, como el de Bogotá, las variables edad (ser más joven) y consumir drogas legales (alcohol en estados Unidos o cigarrillo en Bogotá) fueron predictores problemas de consumo de drogas ilegales.

Finalmente, respecto a la relación de la variable recibir apoyo de entidades con el índice de consumo de drogas, se observó que en niños, niñas y adolescentes el apoyo de entidades era un factor protector frente al consumo de drogas, mientras que en los adultos y en los ancianos recibir ayuda de entidades está asociado con mayores índices de consumo de drogas. Esta diferencia estaría relacionada, fundamentalmente, con la naturaleza y los objetivos diferenciados en las instituciones de apoyo de adultos con las de los menores de edad. Las instituciones de menores de edad pueden, en determinado momento, asumir la responsabilidad legal de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, por lo que suelen prestar servicios de internado durante 24 horas. Aunque estas instituciones no suelen prohibir el consumo de drogas en los recién vinculados, sí cuentan con mecanismos de control y cierto grado de autoridad para sistemáticamente reducir su consumo. Mientras que para la población adulta existen instituciones que solo brindan servicios de morada nocturna, por lo que los habitantes de la calle pueden ir solo para dormir, y para pasar una temporada corta mientras evaden algún problema temporal en la calle, como lo señala el estudio cualitativo de Gonzales & Lerma, (2007).

Esta situación también estaría relacionada con las prácticas económicas de esta población, ya que algunos habitantes de calle cuando consiguen dinero y sienten hambre, prefieren pedir la comida a comprarla, para así guardar el dinero para comprar drogas (Gonzales & Lerma, 2007), ya que al contrario de la comida, las drogas nunca son regaladas, y mucho menos por instituciones de intervención. Como la principal tipo de ayuda que recibían de las instituciones respondía a la satisfacción de las necesidades más fundamentales, es decir, alimentación, vestuario y alojamiento (Ramos et al., 2009), seguramente lo hacían para ahorrar el poco dinero que conseguían para conseguir drogas. Ahora bien, si bien es cierto que las instituciones de adultos y ancianos no están cumpliendo una función de protección frente al riesgo que representa los altos niveles de consumo de drogas, si hay que reconocer que prestan servicios fundamentales como la alimentación, la salud, el vestuario y el alojamiento.

Esta asociación entre los altos niveles de consumo y el recibir apoyo de entidades, también tendría que ver con el hecho de que en esta población, tanto en adultos como ancianos, la razón expulsora que mejor predijo el índice de consumo de drogas fue la asociada con problemas de salud. En muchos habitantes de calle estos problemas eran el consumo de drogas y la enfermedad mental (Ramos et al., 2009). Entonces es posible que los que tienen problemas para controlar el consumo, tanto así que el consumo los llevó a la calle, son los que más buscan la ayuda de las entidades para solucionar las otras necesidades que para ellos son secundarias. Esta hipótesis concuerda con lo encontrado por en el censo de Vancouver de 2005 (Goldberg, 2005), donde se reportó los habitantes de calle, que vivían literalmente en la

calle, reportaron como motivos para estar en dicha situación principalmente la falta de ingresos, mientras que los que vivían en abrigos adujeron principalmente razones de salud y adicciones.

## CAPÍTULO VII

### ESTUDIO II – COMPARACIÓN DE CONSUMO DE SPA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE DE BOGOTÁ Y 13 DE LAS PRINCIPALES CIUDADES CAPITALES DE BRASIL

El objetivo de este estudio fue comparar los índices de consumo de drogas en niños, niñas y adolescente habitantes de la calle de Bogotá y las ciudades capitales de Brasil, con el fin de intentar determinar si existen diferencias estadísticamente significativas de consumo entre estas dos poblaciones.

#### MÉTODO

##### *7.1 Participantes*

La muestra inicial de este estudio fue de 1.338 niños, niñas y adolescentes en situación de calle, con edades entre los 10 y los 18 años. De este total, 574 eran de Bogotá y fueron entrevistados para el VCHCB, y 766 eran de las 27 capitales de Brasil y fueron entrevistados dentro del V Levantamiento Nacional de Uso de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en 27 Capitales Brasileñas. De la muestra inicial de participantes 1.025 eran hombres (77%) y 313 eran mujeres (23%). Después de realizada una selección y apareamiento por sexo y edad, la muestra final fue de 784 participantes con edades entre 10 y 18 años, 50% de Bogotá y 50% de 13 de las principales capitales de Brasil, 166 mujeres (21%) y 618 hombres (79%), 448 (57%) dormían principalmente en la calle y 336 (43%) dormían en instituciones.

##### *7.2 Instrumentos*

Para la muestra de Bogotá, fueron usadas las respuestas codificadas y obtenidas en el VCHCB (Ramos et al, 2009) a través del Instrumento Censal, que ya ha sido referenciado (Anexo A y B). Específicamente se utilizaron las respuestas de los apartados sobre información sociodemográfica, habitabilidad en calle y consumo de drogas.

El instrumento de investigación principal aplicado en el Levantamiento Nacional Sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Brasil (Noto et al, 2004), es una adaptación brasilera, modificada y ampliada, de un instrumento desarrollado por la *World Health Organization*, el cual ha sido utilizado en los levantamientos sobre consumo de drogas en niños y jóvenes en situación de calle anteriores al de 2003 (ver

Anexo C). Este instrumento, además de incluir preguntas sobre datos biosociodemográficos básicos, indaga sobre formas de permanencia en calle, tipos de violencia sufrida, formas de adquisición de dinero, y desde luego consumo de drogas. Respecto al consumo de drogas, indaga sobre el tipo de drogas consumidas, así como su uso en la vida, en el año, en el mes y la frecuencia de consumo. También incluye pregunta sobre los efectos producidos por el consumo de drogas, los factores asociados al efecto, y las tentativas para detener o disminuir el consumo. Y adicionalmente, incluye preguntas sobre algunos factores de riesgo y protección como la experiencia de tentativas de suicidio, expectativas futuras, conocimientos sobre derechos y sobre las instancias gubernamentales encargadas de garantizarlos.

Para el presente estudio fueron utilizadas las variables sociodemográficas incluidas en los dos instrumentos (Anexo A, B y C) como sexo, edad, y educación. También las variables de habitabilidad en calle incluidas en los dos instrumentos, como dónde duerme y haber sufrido agresiones. Y finalmente, variables de consumo de las drogas cigarrillo, alcohol, cocaína, inhalantes, medicinas y derivados de la cocaína (crack, merla y basuco). Las variables de consumo a ser tenidas en cuenta fueron las de consumo en el último año, frecuencia de consumo y cantidad de consumo.

### *7.3 Procedimientos de Búsqueda y Recolección de Datos*

El V Censo de Habitantes de la Calle de Bogotá tenía como objetivo la identificación, cuantificación y caracterización de la totalidad de la población habitante de calle de la ciudad, y durante los seis meses en que se realizó dicha investigación. Algunas características sobre la metodología de búsqueda y entrevistas ya han sido referenciadas en la descripción de la metodología del Estudio I de la presente disertación.

El Levantamiento Nacional Sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle, realizado en el segundo semestre del año 2003 por el CEBRID (Noto et al, 2004), incluyó por primera vez las 27 capitales de estado brasileras y tuvo como objetivo principal, la construcción de una visión panorámica sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas en esta población. Este levantamiento de información se realizó en varias etapas: 1) mapeo y selección de instituciones; 2) conformación de equipos regionales; 3) adaptación de la metodología a las diferentes formas de intervención de las entidades seleccionadas; 3) selección de la muestra; 3) realización de entrevistas, y 4) procedimientos de crítica, procesamiento y análisis de datos (Noto et al, 2004).

El mapeo de las instituciones que trabajaban con niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Brasil se realizó haciendo uso de la técnica de Bola de nieve. Partieron de una base de datos previa, realizada para los levantamientos anteriores, y del contacto con



organismos gubernamentales y ONGs, quienes a su vez dieron referencias de nuevas instituciones no incluidas en la lista inicial. Posteriormente, a cada nueva institución contactada se le pedía referencias de otras instituciones conocidas y que aun no estaban incluidas en la lista, y así sucesivamente, hasta llegar a un punto de saturación de información en el que no aparecieron nuevas instituciones. A las instituciones contactadas se les solicitó participar en la investigación por medio de una carta de invitación y pidiéndoles firmar un termino de consentimiento libre y esclarecido. En total se visitaron 94 instituciones y una de ellas no acepto participar de la investigación (Noto et al, 2004).

Se conformaron equipos de investigación regionales para cada ciudad compuestos por un supervisor, un coordinador de campo y varios entrevistadores. El equipo fue entrenado y orientado periódicamente durante la ejecución de la investigación. Se trabajó en reuniones colectivas con los 27 coordinadores donde se evaluaron las particularidades de cada ciudad y se procedió a adaptar las metodologías, en especial la de muestreo, a cada contexto. Dicha evaluación los condujo a decidir trabajar con instituciones con sede, frente a las instituciones que trabajaban con abordaje en calle, salvo cuando fuera necesario. Fueron realizadas entrevistas en calle en las ciudades de Boa Vista, Florianópolis, Natal, Palmas, Rio Branco, Salvador, São Luís, Aracaju, Teresina e Vitória (Noto et al, 2004).

Las instituciones fueron visitadas durante una semana (ventana temporal), y en ellas se invitó a participar del estudio a los niños, niñas y adolescentes con edades entre 10 y 18 años que se encontraban en situación de calle. Se controló la repetición de entrevistas haciendo uso de una “lista de base”. Los criterios de exclusión fueron la presencia de disturbios comportamentales evidentes, problemas cognitivos, auditivos o verbales.

## CAPÍTULO VIII

### ESTUDIO II – PROCEDIMIENTOS DE UNIFICACIÓN DE BASES DE DATOS, ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para alcanzar el objetivo planteado en este estudio se realizaron los siguientes procedimientos: 1) Análisis y homologación de la definición de niño, niña y adolescente en situación de calle que orientó cada una de las investigaciones que recolectaron los datos que serán comparados, haciendo uso de las variables comunes que sirvieron de selección y caracterización de los sujetos entrevistados; específicamente edad, tiempo en horas de permanencia en calle, y haber reportado dormir en calle recientemente; 2) Selección, en cada base de datos, de los casos que cumplieran con la definición de niño, niña y adolescente en situación de calle homologada; 3) Homologación de las variables biosociodemográficas, de habitabilidad en calle y de consumo de drogas a ser comparadas; 4) Pareamiento de las muestras según sexo, edad y el lugar donde duermen; 5) Unificación de las muestras seleccionadas y homologadas en una única base de datos; 6) Comparación de las dos muestras seleccionadas

#### *8.1 Análisis, Homologación de la Definición de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle, y Selección de Casos.*

Como ya fue señalado en el primer capítulo del presente texto, el término habitante de calle varía significativamente en la literatura científica. Esta variación no corresponde únicamente a la forma en que los habitantes de calle son nombrados (habitantes de calle, sin techo, marginales, indigentes, sin domicilio, en el idioma español, por ejemplo), sino que además existen diferentes formas de determinar aquello que sería lo característico de una persona en situación de calle. En Europa y América del Norte casi todas las definiciones concuerdan en que un habitante de calle es aquel que, no teniendo donde morar, se ve obligado a vivir en la intemperie, en sitios que no están condicionados para ser vivienda humana, o en instituciones de protección social que dan albergue, e incluso comida, por periodos de tiempo cortos. Otras definiciones más incluyentes adicionan a los que viven con familiares, en instituciones que dan albergue a largo plazo, en viviendas tomadas o en *squats*, e incluso en barrios pobres o marginales (Brousse, 2004). Hay que agregar, además, que en ningún caso se hace referencia a características biosociodemográficas como edad, raza o aspectos físicos. Por lo tanto estas definiciones abarcarían tanto niños como adultos.

Sin embargo, como también ya ha sido señalado, en Latinoamérica, para el caso de los habitantes de calle menores de 18 años, se han utilizado dos definiciones para caracterizar dos formas de habitar la calle: 1) niños “en” calle y 2) niños “de” calle. Los primeros serían aquellos niños y niñas que pasan buena parte del tiempo en la calle sin supervisión familiar y que usualmente retornan de noche a su hogar. En esta categoría se suelen incluir a niños y niñas que trabajan en calle pero que tienen una vivienda a donde suelen regresar a dormir. Los segundos corresponderían a niños y niñas que pasan las 24 horas del día en la calle, o sea que suelen dormir allí, ya que no cuentan con un hogar donde regresar. Como Paludo y Koller (2008) lo han discutido, esta separación tiene sus problemas ya que existen niños, niñas y adolescentes que pasan 24 horas en la calle y aun así cuentan con un hogar a donde podrían regresar, e incluso mantienen algún tipo de lazo con su familia.

Por su parte, Brousse (2004) también ha señalado que bien sea que se trate de adultos o menores de 18 años, es aconsejable que las diferentes investigaciones con esta población construyan o seleccionen con precisión la definición que van a trabajar. Así mismo, esta definición debería ser incluida en todas las publicaciones derivadas de dichos estudios para facilitar futuras comparaciones, para replicar los estudios en otras ciudades o países, o simplemente para que los lectores tengan una idea clara de cómo se concibió este fenómeno en dicha investigación.

Como en el presente estudio se va a comprar dos poblaciones de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, esto a partir de la unificación de dos bases de datos fruto de dos investigaciones diferentes, resulta conveniente homologar dicha definición. Es decir, verificar si la definición está incluyendo a personas con las mismas características y que están en la misma situación, y si no es el caso, tratar de seleccionar a los participantes de las dos investigaciones que cumplen con las mismas características y se encuentran en situaciones similares de habitabilidad en calle. Para ello es necesario retomar las definiciones que orientaron las dos investigaciones cuyas bases de datos serán utilizadas en el presente estudio.

En Bogotá, para el V Censo de Habitantes de la Calle realizado en 2007 (VCHCB), la definición de habitante de calle que sirvió como criterio para seleccionar la población a ser censada fue la siguiente: “toda persona viviendo en la ciudad y que no reside en una vivienda prototípica (casa, apartamento o cuarto) de manera permanente (al menos 30 días continuos) y estable (al menos 60 días en la misma unidad de vivienda) en un momento dado; así como toda persona que reside en un lugar especial de alojamiento como recurso o estrategia para evitar, suspender o terminar con la residencia en viviendas no prototípicas o en calle” (Ramos et al., 2009, p. 9).

En Brasil, durante el Levantamiento Nacional de Uso de Drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en las 27 Capitales Brasileñas de 2003 se utilizó el término de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. La situación de calle fue caracterizada “en función de la periodicidad y de la cantidad de horas de permanencia en la calle (al menos medio periodo del día), así como del contexto de actividades desarrolladas en la calle (distante de lugar donde vive y sin supervisión de familiares o de otro adulto responsable).” (Noto et al., 2004, pg. 15)

Lo primero que hay que señalar es que la muestra de Bogotá incluyó personas de todas las edades, ya que el objetivo de esta investigación era el de identificar y entrevistar a todos los posibles habitantes de calle siguiendo una definición que no excluía ningún rango etario. Mientras que en Brasil la población objetivo se limitaba exclusivamente a niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años. Por esta razón el primer procedimiento realizado sobre la base de datos de Bogotá fue el de seleccionar participantes con los rangos etarios utilizados en Brasil. No obstante, hay que señalar que el VCHCB encontró niños y niñas de menores de 10 años, así como consumidores de drogas con hasta 8 años de edad (Ramos et al., 2009). Igualmente, tanto en las capitales brasileñas como en Bogotá, se encontraron niños, niñas y adolescentes que reportaron edades de inicio de consumo de alguna droga inferiores a los 10 años. Por lo tanto, esta edad no corresponde ni a la edad de inicio de la situación de calle, ni mucho menos a la edad de inicio del consumo de drogas dentro de esta población. Este rango de edad, en el presente estudio, fue escogido básicamente por conveniencia, teniendo en cuenta los datos disponibles.

Ahora bien, es evidente que la definición de habitante de calle utilizada en el censo de Bogotá, indiferente de la edad, no corresponde totalmente con la definición de infante en situación de calle utilizada en el levantamiento de las capitales brasileñas. En la investigación de Bogotá, la definición está determinada principalmente por el lugar donde duermen, bien sea que se trate de la calle o de una institución para este tipo de población. Mientras que en Brasil, la definición utilizada está determinada por la permanencia en calle por largos periodos del día, así como por la ausencia de la supervisión por parte de adultos cuidadores en dichos momentos. No obstante los dos fenómenos estudiados se cruzan, ya que en Brasil fueron encontrados niños, niñas y adolescentes que dormían en la calle, así como quienes lo hacían en instituciones para este tipo de población.

Por lo anterior, para el presente estudio, se procedió a seleccionar niños, niñas y adolescentes de la base de datos del estudio de Brasil que reportaron dormir en la calle y en instituciones, según lo respondido en la pregunta número 9 del instrumento utilizado en dicha investigación (Anexo A y B). Esta pregunta hacía referencia al lugar donde suele dormir

durante el mes inmediatamente anterior al momento de la entrevista, y por lo tanto se puede homologar con los criterios de selección del censo de Bogotá, que también consideraba el mes inmediatamente anterior como rango de tiempo para incluir a los habitantes de la ciudad dentro de la población objetivo.

Sin embargo, la pregunta número 9 del formulario brasilero permitía más de una respuesta, lo que indica que los entrevistados podían haber dormido durante el último mes en diferentes tipos de lugares (calle, casa de parientes o amigos, instituciones, y otros). Y tal vez, quienes reportaron la calle como una más de varias opciones, habían pasado pocos días en calle, mientras que el criterio de Bogotá era haber dormido en calle, o en instituciones para habitantes de calle, por 30 días consecutivos. Por esta razón se decidió seleccionar, de la base de datos de Brasil, aquellos participantes que reportaron exclusivamente haber dormido en el último mes en instituciones o en calle, descartando a quienes habían reportado casas de parientes o amigos, u otros lugares, ya que en esta última opción (otros lugares) se registraron sobre todo casas de conocidos. Finalmente la definición de niño, niña y adolescente en situación de calle, en la muestra del presente estudio, sería semejante a la utilizada en el censo de habitantes de calle de Bogotá, es decir correspondería a los casos infantiles que durmieron en la calle, o en instituciones para este tipo de población, durante los 30 días que antecedieron al día de la entrevista. Nuevamente, en este caso se trata de una elección por conveniencia, ya que esta era la mejor homologación posible.

## *8.2 Homologación y Adecuación de las Variables de Comparación.*

Como se puede observar en los instrumentos utilizados, las dos investigaciones tenían intereses y focos diferentes. Mientras que en el censo de habitantes de calle se indagaron temas generales de la habitabilidad en calle, la investigación de Brasil profundizó en las prácticas de consumo de drogas. Por lo anterior se procedió a seleccionar, homologar y adecuar las variables de las dos investigaciones a ser comparadas o utilizadas para el presente estudio.

### *8.2.1 Homologación y adecuación de variables sociodemográficas*

Para este estudio se seleccionaron las variables sociodemográficas sexo, edad y educación de las dos investigaciones. Se descartó trabajar las variables de composición del hogar de origen, ya que habían sido formuladas de manera diferente. En Bogotá se preguntó por los miembros de la familia de origen, con los que vivió e interactuó hasta los 12 años. Mientras que en Brasil se preguntó por los familiares con quienes moraba antes de ir a calle, independiente de la edad, y con quienes moraba en la época de la entrevista.

Las variables de edad, en ambas investigaciones, correspondían a los años cumplidos. Aunque se contaba con la fecha de nacimiento, no se trabajó con edad en meses, ya que no todos los participantes sabían exactamente el mes de su nacimiento, y ya que a partir de los 10 años las diferencias en meses no representan variaciones significativas, como si acontece con bebés y en la primera infancia en general.

La variable sexo correspondía al sexo del entrevistado y no al género o la identidad sexual con la cual él se identificaba. Por esta razón, en ambas investigaciones, se tenía solo dos opciones: hombre o mujer. Esta variable fue codificada de forma diferente en cada investigación. Para este estudio, en ambos casos, fue modificada asignando el valor 1 para sexo hombre y el valor 0 para sexo mujer.

La variable sobre educación fue diseñada y codificada según las particularidades del sistema educativo de cada país. En Colombia la educación está regida por la Ley n. 115 de 1994 o Ley General de Educación. La educación formal tiene cuatro niveles: 1) educación preescolar (opcional), 2) básica (primaria y secundaria o bachillerato), 3) media vocacional y 4) educación superior. No obstante el gobierno se compromete a garantizar solamente la educación básica primaria y secundaria. La educación básica primaria consta de cinco grados, cada uno con un año de duración, los cuales son nombrados de primero a quinto grado. La educación básica secundaria consta de cuatro grados, cada uno corresponde a un año de duración, y son nombrados de sexto a noveno grado. Y finalmente la educación media vocacional consta de dos grados: décimo y undécimo.

En Brasil, actualmente la educación formal está regida por la Ley n. 11/114 del 16 de Mayo de 2005. La educación formal o escolar, tiene tres niveles: 1) educación preescolar (opcional), 2) educación secundaria o enseñanza fundamental (primer y segundo ciclo), y 3) educación superior. Al igual que en Colombia, el gobierno brasilero se comprometa a garantizar exclusivamente la educación hasta el nivel de secundaria. La educación secundaria corresponde a 9 años, nombrados de 1º a 9º. No obstante, antes de la ley de 2005 este nivel educativo constaba de 8 años, y se nombraban de 1ª a 8ª serie. Según esta nueva ley, la clase de alfabetización (CA), que antecedió a la 1ª serie, fue incluida dentro de este nivel correspondiendo ahora a 1º año, y con matrícula obligatoria a partir de los 6 años de edad.

Como la recolección de datos de la investigación de Brasil fue realizada en 2003, se codificó en el sistema anterior. Por otro lado, en dicha investigación, a quienes se encontraban vinculados al sistema escolar se les preguntó por el año que cursaban en el momento de la entrevista, mientras que a quienes se encontraban desvinculados del sistema educativo se les preguntó por el último año cursado. Por lo tanto, se tenían dos variables según se tratase de estudiantes activos o desvinculados. Estas variables se unificaron en una nueva variable. A

quienes abandonaron el sistema educativo se les dejó con el último año cursado, y a quienes se encontraban estudiando se les restó un año para que el máximo nivel alcanzado correspondiera al último curso finalizado. Finalmente, para hacer corresponder la formación reportada por los entrevistados en Brasil con el nuevo sistema de este país, se recodificó dicha variable con los valores de acuerdo a la escala propuesta en la ley de 2005.

Como se puede observar en los dos sistemas educativos, ambos coinciden en que la educación obligatoria corresponde a 9 años de formación. Por esta razón se unificó las variables educación dentro de una nueva variable denominada “máximo nivel educativo alcanzado”, que correspondería a la cantidad de años satisfactoriamente completados dentro de la educación formal obligatoria. En ambos casos irían de 1 a 9 años. En el caso de Bogotá podrían ir incluso hasta 11, incluyendo los dos años de educación media vocacional.

### *8.2.2 Homologación y Adecuación de Variables de Condiciones de Habitabilidad en Calle y Violencia Recibida*

Sobre las condiciones de habitabilidad en calle, se seleccionó la variable “tiempo en calle”, que fue indagada de forma similar en las investigaciones de Bogotá y de Brasil. En el instrumento de Brasil corresponde a la pregunta 18 y en el instrumento de Bogotá corresponde a la preguntas 15 y 16 (Anexos A, B y C). En la base de datos de Bogotá se contaba con una variable que totalizaba la cantidad de meses en situación de calle. En la base de datos de Brasil se registró en una pregunta de opción múltiple con única respuesta, en la cual se incluía las siguientes opciones: a) no recuerda, b) hasta 6 meses, c) más de 6 meses y hasta un año, d) más de un año y hasta dos años, e) más de dos años y hasta 5 años, f) más de 5 años y g) no frecuenta la calle. Según la selección realizada en la muestra de Brasil para homologar la definición de habitante de calle del presente estudio comparativo, no se incluían participantes que respondieron con la opción “g”.

Para unificar la variable tiempo en calle de las dos muestras, se procedió a agrupar la variable “número de meses en calle” de la base de datos de Bogotá según las categorías utilizadas en Brasil. Y en la base de datos de Brasil la opción “a) no recuerda” fue recodificada como dato perdido. Finalmente, para las dos bases de datos la opción “b) hasta 6 meses” fue codificada con el valor 1, la opción “c) más de 6 meses y hasta un año” fue codificada con el valor 2, y así sucesivamente para crear una variable escalar ascendente con un rango de 1 hasta 5.

Otras preguntas que fueron incluidas en las dos investigaciones, y que pudieron ser comparadas fueron las de ser víctima de algún tipo de agresión o violencia en su situación de calle. En el instrumento de Bogotá correspondía a la pregunta 31, y en el de Brasil a la

pregunta 24 (Anexos A, B y C). Las preguntas fueron formuladas de forma similar, ya que en ambos casos se hacía referencia a ser víctima de agresiones mientras se encontraban en situación de calle. No obstante, en cada investigación se preguntó por diferentes tipos de actos violentos o agresivos.

Los actos indagados de forma similar en las dos entrevistas, y homologados para el presente estudio, fueron los siguientes: 1) ser víctima de violación, que en la entrevista de Bogotá correspondía a haber sido violado, y en la de Brasil a haber sido víctima de una relación sexual forzada; 2) ser víctima de golpes, que en la entrevista de Bogotá correspondía a recibir golpizas, y en la de Brasil a recibir bofetadas, puñetazos o empujones, o a ser agredido con un objeto, dos variables de la entrevista de Brasil que para este estudio fueron agrupadas en una sola; 3) ser víctima de heridas de graves, que en la entrevista de Bogotá correspondía a heridas de gravedad, en la de Brasil a ser víctima de agresiones con armas; y 4) ser víctima de amenazas, que en la entrevista de Bogotá correspondía a haber sido amenazado, y en la de Brasil a ser amenazado con una arma. Hay que aclarar que en el caso de Bogotá, durante los entrenamientos a los entrevistadores, se les indicó que había que aclarar que una “amenazada” correspondía a un acto grave que era evaluado como un verdadero peligro, y no solo a una afirmación esporádica, por eso se homologó con la amenaza con un arma. Cada una de estas variables fue identificada en cada base de datos y se codificó con 0 si no reportó ser víctima y con 1 si reportó ser víctima.

### *8.2.3 Homologación y Adecuación de Variables de Consumo de Drogas*

Finalmente se homologaron las variables de consumo de drogas de la siguiente manera. En la entrevista de la investigación de Brasil se indagó sobre el consumo en la vida, en el último año y en el último mes de una serie de drogas. En Bogotá sólo se indagó sobre el consumo en el último año. No obstante la forma en que se clasificaron los tipos de drogas es fácilmente homologable. Las drogas sobre las cuales se indagó en las dos investigaciones fueron: 1) cigarrillo, 2) alcohol, 3) marihuana, 4) inhalantes (Bogotá) o solventes e inhalantes (Brasil), 5) cocaína, 6) derivados de la cocaína (bazuco en Bogotá, merla y crack en Brasil) y 7) medicamentos (conocidos en Colombia como pepas). En Brasil se indagó separadamente por el consumo, sin fines medicinales, de tres tipos de medicamentos: Rohypnol<sup>R</sup> (Rocha), Artane<sup>R</sup> (Aranha), Benflogin<sup>R</sup>. Mientras que en Bogotá se indagó sobre los diferentes medicamentos o pepas, consumidas sin indicación médica y sin fines medicinales, dentro de una única categoría, la categoría pepas.

Las variables de consumo seleccionadas para ser unificadas y comparadas, para este estudio, fueron el consumo en el último año de cada uno de los tipos de drogas y las variables



de frecuencia de consumo. Por lo tanto, en la base de datos de la muestra de Brasil, las variables que registraban el consumo en el último año de los tres tipos de medicamentos indagados fueron unificadas en una única variable denominada “consumo de medicamentos”. Para tal efecto, haber consumido al menos uno de estos medicamentos fue codificado como “sí consumió medicamentos en el último año”, asignándosele el valor 1, mientras que quienes no consumieron ninguno de estos medicamentos fueron codificados como “no consumió medicamentos en el último año”, y se les asignó el valor 0. De esta forma fue homologado el consumo de pepas o medicamentos en las bases de datos de Bogotá y Brasil. El consumo de los demás tipos de drogas en el último año fue unificado dejando el valor 1 para sí consumió y el valor 0 para no consumió.

Respecto a la frecuencia de consumo, en la entrevista realizada en Bogotá, se utilizaron cuatro categorías para identificar la frecuencia de consumo en el último año: a) todos los días, b) tres veces a la semana, c) tres veces al mes, y d) menos de una vez al mes. En la entrevista realizada en Brasil, por su parte, se utilizaron tres categorías para identificar la frecuencia de consumo en el último mes: a) todos los días o casi todos los días (20 días o más), b) algunos días (4 a 19 días) y c) pocos días (1 a 3 días).

Como se puede observar, las frecuencias de consumo utilizadas en las dos investigaciones no son iguales. No obstante estas variables son de interés para dimensionar los niveles de consumo de cada droga, por lo que se procedió a realizar una homologación aproximada que permitiera comparar los niveles de consumo de cada tipo de droga indagada. Ya que en ambos casos se tenía la categoría “todos los días”, se procedió a unificar esta opción asignándole, en las dos bases de datos, y para cada tipo de droga, el valor 3, el cual correspondería a una frecuencia de consumo “alta”. Las categorías “b. tres veces a la semana” y “c. tres veces al mes”, utilizadas en la entrevista de Bogotá, fueron unificadas con la opción “b. algunos días (4 a 19 días)” de la entrevista de Brasil. A esta categoría unificada se le asignó el valor 2 en cada tipo de droga y se codificó como frecuencia de consumo “media”. La categoría de consumo “d. menos de una vez al mes” de la entrevista de Bogotá se unificó con la categoría “c. pocos días (1 a 3 días)” de la entrevista de Brasil. A esta categoría se le asignó el valor 1 en cada tipo de droga y se codificó como frecuencia de consumo “baja”. Y finalmente, a quienes no consumieron la droga correspondiente durante el último se les asignó el valor 0 y dicha categoría se codificó como frecuencia de consumo “nula”.

En la entrevista de Bogotá, la frecuencia de consumo de pepas fue indagada en una sola pregunta, mientras que en la entrevista de Brasil se indagó por la frecuencia de tres tipos de medicamentos de forma separada. Por esta razón se procedió a unificar, en la base de datos de Brasil, la frecuencia de consumo de medicamentos en una sola variable, denominada

“frecuencia de consumo de medicamentos”, de la siguiente forma. Quienes habían reportado consumir por lo menos un medicamento con frecuencia de “a. todos los días”, se le asignó el valor 3 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de medicamentos “alta”. Quienes no habían reportado consumir algún medicamento con una frecuencia “a. todos los días”, pero sí reportaron al menos un medicamento con una frecuencia “b. algunos días (4 a 19 días)”, se le asignó el valor 2 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de medicamentos “media”. Quienes habían reportado consumir medicamentos únicamente con frecuencia “c. pocos días (1 a 3 días)” se le asignó el valor 1 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de medicamentos “baja”. Y finalmente, quienes no reportaron consumir ningún medicamento en el último año se les asignó el valor 0 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de medicamentos “nula”.

Por otro lado, en la entrevista de Brasil se indagó por la frecuencia de consumo de la cocaína y sus derivados (merla y crack) dentro de una misma pregunta, mientras que en Bogotá se había indagado por la frecuencia de cocaína y por la frecuencia de basuco de forma separada. Por esta razón fue necesario unificar, en la base de datos de Bogotá, las frecuencias de consumo de cocaína y de basuco en una nueva variable, denominada “frecuencia de consumo de cocaína y derivados”, de la siguiente forma. Quienes habían reportado consumir ya sea cocaína o basuco “todos los días”, se le asignó el valor 3 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de cocaína y derivados “alta”. Quienes no habían reportado consumir ni cocaína ni basuco “todos los días”, pero sí reportaron consumir alguna de estas drogas con frecuencia “b. tres veces a la semana” o “c. tres veces al mes”, se le asignó el valor 2 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de cocaína y derivados “media”. Quienes habían reportado consumir cocaína o basuco únicamente con frecuencia “d. menos de una vez al mes” se le asignó el valor 1 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de cocaína y derivados “baja”. Y finalmente, quienes no reportaron consumir ni cocaína ni basuco en el último año se les asignó el valor 0 en esta nueva variable, es decir, frecuencia de consumo de cocaína y derivados “nula”.

También se seleccionó la variable que registraba la cantidad de cigarrillos consumidos en un día promedio entre quienes consumieron esta droga en el último año. Esta pregunta fue indagada de forma idéntica en las dos investigaciones, por lo que fue fácilmente homologada.

Adicionalmente, en las dos bases de datos se creó una variable que contabilizaba la cantidad de tipos de droga que cada entrevistado reportó consumir en el último año. Esta nueva variable se denominó “cantidad de tipos de drogas consumidas en el último año”, y tenía opciones de 0 a 7, donde 0 corresponde a no consumir ningún tipo de droga.

Finalmente, se consideró necesario reducir la muestra de Brasil seleccionando ciudades que se parecieran en tamaño a la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta que en Estados Unidos se reportó que vivir en zonas más urbanas (menos rurales) está asociado con mayor prevalencia de enfermedades mentales y mayores niveles de consumo de SPA en habitantes de calle (National Alliance to End Homelessness, 2007). Aunque este podría no ser el caso en los países latinoamericanos, sí resultaba conveniente comparar contextos urbanos similares. Por esta razón se seleccionaron las muestras de ciudades capitales de Brasil que tuvieran una población superior a un millón de habitantes según el censo de 2010 de este país.

Igualmente, dentro de las ciudades capitales más pobladas de Brasil, se excluyeron las muestras de niños, niñas y adolescentes en situación de calle que tuvieran menos de 20 entrevistas, ya que una muestra pequeña podría ser menos representativa de una ciudad con más de un millón de habitantes. En la Tabla 46 se puede observar las ciudades que fueron incluidas en la muestra de ciudades capitales de Brasil para el presente estudio.

Tabla 46

*Ciudades Capitales de Estado de Brasil Incluidas en el Estudio Comparativo, según Total de Habitantes, Número y Porcentaje de Participantes en la Muestra*

Ciudades capitales incluidas	Habitantes según Censo IBGE 2010 <sup>a</sup>	Frecuencia muestra homologada	% muestra homologada
Belém	1'392.031	20	3.2
Belo Horizonte	2'375.444	58	9.3
Brasilia	2'469.489	70	11.3
Curitiba	1'746.896	43	6.9
Fortaleza	2'447.409	31	5.0
Goiânia	1'256.514	23	3.7
Manaus	1'802.525	41	6.6
Porto Alegre	1'409.939	64	10.3
Recife	1'536.934	39	6.3
Rio de Janeiro	6'323.037	109	17.6
Salvador	2'676.606	42	6.8
São Luiz	1'011.943	43	6.9
São Paulo	10'659.386	38	6.1
Total		621	100.0

Notas: <sup>a</sup> Datos tomados del Censo 2010 del *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) disponibles en <http://www.ibge.gov.br>

### *7.3 Pareamiento de las Muestras según Sexo, Edad y el Lugar Donde Duermen*

Ya que se quería tener dos muestras lo más parecidas en cuanto a datos sociodemográficos y tipos de habitabilidad en calle, se decidió parear las muestras de las dos investigaciones según edad, sexo e incluso según el lugar donde duermen. Para realizar este pareamiento se procedió a identificar las cantidades máximas de entrevistados que se podrían conseguir, para cada país, según dichas variables.

Como se puede observar en la Tabla 47, en la muestra de las ciudades brasileñas, la cantidad de niñas y adolescentes mujeres en situación de calle que dormían en la calle ( $n = 95$ ) era superior a la cantidad de la muestra de Bogotá ( $n = 52$ ). Mientras que la cantidad de niñas y adolescentes mujeres en situación de calle que dormían en instituciones en la muestra de ciudades brasileñas ( $n = 31$ ) era inferior a la cantidad de la muestra de Bogotá ( $n = 91$ ).

Con respecto a los hombres, en la Tabla 48 se puede observar que en la muestra de las ciudades brasileñas la cantidad de niños y adolescentes hombres en situación de calle que

dormían en la calle ( $n = 339$ ) también era superior a la cantidad de la muestra de Bogotá ( $n = 247$ ). Mientras que la cantidad de niños y adolescentes hombres en situación de calle que dormían en instituciones, en la muestra de ciudades brasileras, ( $n = 156$ ) era inferior a la muestra a la cantidad de la muestra de Bogotá ( $n = 184$ ).

Tabla 47

*Frecuencia de Niñas y Adolescentes Mujeres en Situación de Calle según Edad, Origen de la Muestra y Lugar Donde Duermen antes del Pareamiento de Muestras*

Edad	Principales Ciudades Capitales de Brasil			Bogotá-Colombia		
	Lugar donde duerme			Lugar donde duerme		
	Calle	Institución	Total	Calle	Institución	Total
10	1	3	4	1	6	7
11	2	4	6	2	7	9
12	6	3	9	1	6	7
13	14	4	18	1	9	10
14	14	2	16	5	10	15
15	19	6	25	7	22	29
16	16	6	22	16	11	27
17	13	3	16	11	13	24
18	10	0	10	8	7	15
Total	95	31	126	52	91	143

Tabla 48

*Frecuencia de Niños y Adolescentes Hombres en Situación de Calle según Edad, Origen de la Muestra y Lugar Donde Duermen antes del Pareamiento de Muestras*

Edad	Principales Ciudades Capitales de Brasil			Bogotá Colombia		
	Lugar donde duerme			Lugar donde duerme		
	Calle	Institución	Total	Calle	Institución	Total
10	9	2	11	2	5	7
11	15	3	18	4	6	10
12	28	9	37	0	12	12
13	48	17	65	11	24	35
14	52	20	72	18	21	39
15	72	23	95	26	32	58
16	53	40	93	49	30	79
17	48	41	89	67	32	99
18	14	1	15	70	22	92
Total	339	156	495	247	184	431

Para parear las muestras para cada sexo según la edad se decidió dejar la cifra de la muestra que tuviese la cantidad inferior de cada edad y para cada tipo de habitabilidad en calle. Por ejemplo, en el caso de las mujeres de 10 años de edad que duermen en calle, ambas muestras tenían solamente una entrevista, por lo tanto se dejó cada muestra con una entrevista. Mientras que en el caso de las mujeres de 10 años de edad que duermen en instituciones, se contaba con 3 caso en la muestra de las ciudades de Brasil y 6 casos en la muestra de Bogotá, por lo tanto se decidió que cada muestra debería ser de 3 casos, que era la cantidad máxima que se podía tener. Por lo tanto había que seleccionar 3 de los 6 casos de la muestra de Bogotá.

Todas las selecciones de casos que fue necesario realizar se hicieron aleatoriamente utilizando la opción “selección randómica de muestras” de SPSS 17. La muestra final de cada país según edad, sexo y lugar donde duerme se puede observar en la Tabla 49.

Tabla 49

*Muestra Pareada según Edad, Sexo y Lugar Donde Duermen para cada País de Origen de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle del Estudio Comparativo*

Edad	Niñas y adolescentes mujeres			Niños y adolescentes hombres			Muestra total para el estudio <sup>a</sup>
	Lugar donde duerme			Lugar donde duerme			
	Calle	Institución	Total A	Calle	Institución	Total B	
10	1	3	4	2	2	4	16
11	2	4	6	4	3	7	26
12	1	3	4	0	9	9	26
13	1	4	5	11	17	28	66
14	5	2	7	18	20	38	90
15	7	6	13	26	23	49	124
16	16	6	22	49	30	79	202
17	11	3	14	48	32	80	188
18	8	0	8	14	1	15	46
Total	52	31	83	172	137	309	784

Notas: <sup>a</sup>Total A + Total B por dos (Bogotá y ciudades de Brasil)

#### 7.4 Unificación de las Muestras Seleccionadas y Homologadas

Una vez se seleccionaron, homologaron e igualaron las variables a ser utilizadas en las dos muestras, y después de parear las muestra según sexo, edad y lugar donde duerme, se procedió a unificar las dos muestras en una sola base de datos. La base de datos creada incluyó una nueva variable con dos opciones que indicaba el origen la muestra: se asignó 1 para las ciudades de Brasil y 2 para Bogotá.

#### 7.5 Comparaciones de Consumo de Drogas y Características de Habitabilidad en Calle entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Bogotá y 13 de las Principales Ciudades Capitales de Brasil

Inicialmente se compararon las dos muestras respecto al nivel educativo, el tiempo en calle, y haber sido víctima de violencia mientras han estado en situación de calle. Después se quiso identificar si había una relación entre pertenecer a una de las muestras de los dos países y haber consumido cada una de las drogas en el último año. Posteriormente se buscó identificar diferencias en la frecuencia de consumo de cada una de las drogas entre las dos

muestras. Finalmente se buscó determinar si había diferencias entre las dos muestras en la cantidad de drogas consumidas en el último año, tratando de identificar efectos según sexo y lugar donde duermen. Los resultados de estas comparaciones se presentan a continuación.

### 7.5.1 Comparación de nivel educativo, tiempo en calle y violencia recibida

Antes de comparar las variables de consumo de drogas, se compararon algunas características propias de la habitabilidad en calle, como el máximo nivel educativo alcanzado, el tiempo en calle, y ciertos tipos de violencia de las que fueron víctimas mientras se encontraban en las calles. Respecto a la educación, como la variable de nivel educativo homologada para las dos muestras era una variable escalar, se realizó una comparación de medias del tipo  $t$  de *Student*. Esta prueba estadística mostró que el promedio del nivel educativo de la muestra de 13 de las principales ciudades capitales brasileras ( $M = 3.40$ ,  $DS = 2.01$ ) fue inferior al promedio de la muestra de Bogotá ( $M = 4.82$ ,  $DS = 2.65$ ), [ $t(724.73) = -8.33$ ,  $p < .001$ ].

Sobre el tiempo en calle, según la escala homologada (1 = hasta 6 meses, 2 = de 6 a 12 meses, 3 = de 1 a 2 años, 4 = de 2 a 5 años, y 5 = más de 5 años), también se realizó una comparación de medias  $t$  de *student* para las dos muestras. Los resultados de esta prueba estadística mostraron no hay una diferencia significativa en el promedio de tiempo en calle entre los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la muestra de las ciudades brasileras ( $M = 3.62$ ,  $DS = 1.35$ ) y la muestra de Bogotá ( $M = 3.74$ ,  $DS = 1.25$ ), [ $t(686.18) = -1.17$ ,  $p = .24$ ].

Respecto a las preguntas sobre actos de violencia de los que fue víctima mientras estaba en calle, se realizaron pruebas  $X^2$  2 (Ciudades de Brasil, Bogotá) por 2 (reportó ser víctima, no reportó ser víctima), para determinar si había una asociación entre pertenecer a algunas de las muestras y ser víctima de cada uno de los actos de violencia homologados. Adicionalmente se realizaron pruebas estadísticas de medidas efecto para testes de asociación 2x2,  $V$  de Cramer. Esta prueba estadística corresponde a un coeficiente de correlación para medidas nominales que se interpreta de la misma forma el  $r$  de Pearson (Dancey & Reidy, 2006).

Los resultados de estas pruebas estadísticas mostraron que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la muestra de las ciudades de Brasil que reportaron ser víctimas de amenazas (26%) fue inferior al porcentaje de Bogotá que también lo reportaron (38%),  $X^2(1, N = 780) = 11.57$ ,  $p = .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.12 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá tienen un



poco más de probabilidades de ser víctimas de amenazas que los de las principales ciudades capitales de Brasil.

Sobre ser víctima de golpizas, los análisis mostraron que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la muestra de las ciudades de Brasil que reportaron ser víctimas de golpizas (71%) fue levemente superior al porcentaje de Bogotá que también lo reportaron (63%),  $X^2(1, N = 780) = 6.43, p = .011$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.09 ( $p = .011$ ), lo que indica que se trata de una asociación muy débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil tienen un poco más de probabilidades de ser víctimas de golpizas que los de Bogotá.

Con relación a la pregunta sobre si ha sido víctima de heridas de gravedad, los análisis mostraron que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la muestra de las ciudades de Brasil que reportaron ser víctimas de heridas de gravedad (15%) fue inferior al porcentaje de quienes lo reportaron en Bogotá (26%),  $X^2(1, N = 780) = 14.30, p < .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.13 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá tienen un poco más de probabilidades de ser víctimas de heridas de gravedad que los de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil.

Finalmente, respecto a ser víctima de una violación o una relación sexual forzada, los análisis mostraron que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de la muestra de las ciudades de Brasil que reportaron ser víctimas de este tipo de violencia sexual (3%) fue inferior al porcentaje de quienes lo reportaron en Bogotá (10%),  $X^2(1, N = 780) = 15.60, p < .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.14 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá tienen un poco más de probabilidades de ser víctimas de violaciones que los de las principales ciudades capitales de Brasil. En ambos casos las mujeres fueron más víctimas de este tipo de violencia: en Brasil el 8% de las mujeres fueron víctimas frente a un 2% de los hombres, mientras que en Bogotá 35% de las mujeres fueron víctimas frente a un 3% de los hombres. Aunque quienes fueron víctimas de violación consumían en promedio la misma cantidad de tipos de drogas que los que no fueron víctimas, en la muestra de Bogotá, al usar la variable de índice de consumo de drogas, este indicador de consumo si fue superior entre quienes fueron víctimas (5.5) frente a los que no (3.4),  $[t(61.57) = -3.235, p = .002]$ .

#### *7.5.2 Comparación de consumo de diferentes tipos de SPA en el último año*

Para determinar si existía asociación entre pertenecer a una de las muestras de los dos países y haber consumido cada una de las drogas indagadas por lo menos una vez en el último año, se realizaron pruebas de asociación estadística  $X^2$  2 (Ciudades de Brasil, Bogotá) por 2 (reporta consumir drogas en el último año, no reporta consumo en el último año) para cada tipo de droga homologadas. Adicionalmente se realizaron pruebas estadísticas de medidas efecto para testes de asociación 2x2,  $V$  de Cramer.

**Cigarrillo:** Las pruebas  $X^2$  mostraron que existe una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haber consumido cigarrillo en el último año, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí consumieron cigarrillo (84%) fue mayor que el de la muestra de Bogotá que también lo consumió (73%),  $X^2(1, N = 779) = 16.18, p < .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.14 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil tiene un poco más de probabilidad de consumir cigarrillo que los que habitan en Bogotá.

**Alcohol:** Respecto al consumo de alcohol, las pruebas  $\chi^2$  también mostraron que existe una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haberlo consumido en el último año, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí consumieron alcohol (76%) fue mayor que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también lo consumió (37%),  $X^2(1, N = 779) = 121.33, p < .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.40 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación intermedia, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil tiene más probabilidad de consumir alcohol que los que habitan en Bogotá.

**Marihuana:** Sobre el consumo de marihuana, las pruebas  $X^2$  mostraron que no existiría una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haber consumido esta sustancia en el último año, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí la consumió (64%) fue solo un poco mayor que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también la consumió (59%),  $X^2(1, N = 779) = 1.94, p = .16$ . Por lo anterior, se podría afirmar no hay diferencia significativa entre la muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Brasil y la de Bogotá respecto a haber consumido marihuana en el último año.

**Inhalantes:** Respecto al consumo de inhalantes en el último año, las pruebas  $\chi^2$  mostraron que existe una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haberlo consumido en dicho periodo de tiempo, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí lo consumieron (73%) fue mayor que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también lo consumió (37%),  $X^2(1, N = 781) = 103.37, p < .001$ .

El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.37 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación intermedia, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil tiene más probabilidad de consumir inhalantes que los que habitan en Bogotá.

Derivados de la cocaína (merla, crack, basuco): Sobre el consumo de los derivados de la cocaína en el último año, específicamente merla y crack en Brasil y basuco en Colombia, las pruebas  $\chi^2$  mostraron que no existiría una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haber consumido estas sustancias en el último año, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí las consumió (36%) fue solo un poco menor que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también las consumió (40%),  $X^2(1, N = 776) = 1.08, p = .30$ . Por lo anterior, se podría afirmar no hay diferencia significativa entre la muestra de las ciudades de Brasil y la muestra de Bogotá de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, respecto a haber consumido derivados de la cocaína durante el último año.

Cocaína: Respecto al consumo de cocaína en el último año, las pruebas  $\chi^2$  mostraron que existe una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haberla consumido en dicho periodo de tiempo, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí lo consumieron (26%) fue mayor que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también lo consumió (12%),  $X^2(1, N = 780) = 27.03, p < .001$ . El estadístico  $V$  de Cramer fue de 0.19 ( $p < .001$ ), lo que indica que se trata de una asociación débil pero significativa, por lo que se puede afirmar que los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de 13 de las principales ciudades capitales de Brasil tiene un poco más probabilidad de consumir cocaína que los que habitan en Bogotá.

Pepas o medicamentos: Sobre el consumo de pepas o medicamentos, las pruebas  $\chi^2$  mostraron que no existiría una relación entre el origen de la muestra de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle y haber consumido esta sustancia en el último año, ya que el porcentaje de participantes de Brasil que sí la consumió (18%) fue casi igual que el porcentaje de la muestra de Bogotá que también la consumió (16%),  $X^2(1, N = 780) = 0.49, p = .48$ . Por lo anterior, se podría afirmar no hay diferencia significativa entre la muestra de niños, niñas y adolescentes en situación de calle de las ciudades Brasil y los de Bogotá, respecto a haber consumido pepas o medicamentos en el último año.

### 7.5.3 Comparación de la frecuencia de consumo de diferentes tipos de SPA

Para determinar si existe una diferencia significativa en la frecuencia de consumo de cada tipo de drogas entre niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Bogotá y 13 de

las principales ciudades capitales de Brasil, se compararon las medias de la frecuencia de consumo, para cada tipo de droga, en las dos muestras. La escala utilizada fue la siguiente: 0 = frecuencia nula, 1 = frecuencia baja, 2 = frecuencia media, 3 = frecuencia alta. En la Tabla 4 se observa las medias de consumo de cada tipo de droga, así como la desviación estándar y el  $n$  válido, para cada muestra. Se evidencia que en la muestra de Bogotá el  $n$ , es decir la cantidad de casos incluidos, fue inferior a la muestra de las ciudades brasileras, lo que indica que en Bogotá algunos entrevistados no respondieron a la pregunta sobre la frecuencia de consumo. No obstante la diferencia es mínima y no tendría que afectar el análisis.

Como se puede observar en la Tabla 50, y a partir de la comparación de medias realizada con las pruebas  $t$  de *student*, se puede afirmar lo siguiente respecto a la frecuencia de consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes en situación de calle: 1) la frecuencia promedio de consumo de cigarrillo de la muestra de 13 de las principales capitales de Brasil es significativamente mayor a la de la muestra de Bogotá, [ $t(778) = 2.492, p = .013$ ], 2) la frecuencia promedio de consumo alcohol de la muestra de 13 las principales capitales de Brasil es mayor a la de la muestra de Bogotá, [ $t(768.83) = 2.673, p = .008$ ], 3) la frecuencia promedio de consumo de marihuana de la muestra de Bogotá es mayor a la de 13 de las principales capitales de Brasil, [ $t(773.35) = -2.974, p = .003$ ], 4) la frecuencia promedio de consumo de inhalantes de la muestra de 13 de las principales capitales de Brasil es mayor a la de la muestra de Bogotá, [ $t(775.55) = 6.684, p < .001$ ], 5) la frecuencia promedio de consumo de cocaína y derivados (basuco/merla/crack) de la muestra de Bogotá es mayor a la de 13 de las principales capitales de Brasil, [ $t(651.61) = -8.106, p < .001$ ], 6) no hay una diferencia significativa entre la frecuencia promedio de consumo pepas o medicinas entre la muestra de 13 de las principales capitales de Brasil y la muestra de Bogotá, [ $t(761.50) = -1.738, p = .083$ ].

Adicionalmente, se quiso identificar si existían diferencias en la cantidad de cigarrillos consumidos en un día promedio entre quienes reportaron consumir esta sustancia dentro de las dos muestras, ya que esta fue la única SPA con la cual se podía hacer este tipo de comparación con este grado de precisión. Para tal efecto se realizó una comparación de medias del tipo  $t$  de *student*, la cual mostró que el promedio de cigarrillos consumidos por día en la muestra de niños, niñas y adolescentes de la calle de las ciudades de Brasil ( $M = 14.12, DS = 12.82$ ) era significativamente superior a los de la ciudad de Bogotá ( $M = 11.18, DS = 12.77$ ), [ $t(582) = 2.774, p = .006$ ].

Tabla 50

*Frecuencia de Consumo de Diferentes Tipos de SPA en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Bogotá y 13 de las Principales Ciudades Capitales de Brasil*

Tipo de SPA	Origen de la Muestra	N	Media <sup>a</sup>	SD
<i>Cigarrillo</i>	Ciudades de Brasil	392	2.18	1.240
	Bogotá-Colombia	388	1.95	1.282
<i>Alcohol</i>	Ciudades de Brasil	392	.96	.960
	Bogotá-Colombia	388	.77	1.060
<i>Marihuana</i>	Ciudades de Brasil	392	1.27	1.288
	Bogotá-Colombia	387	1.55	1.362
<i>Inhalantes</i>	Ciudades de Brasil	392	1.50	1.334
	Bogotá-Colombia	389	.89	1.238
<i>Cocaína y derivados (Basuco/Merla/Crack)</i>	Ciudades de Brasil	392	.54	.890
	Bogotá-Colombia	385	1.22	1.390
<i>Pepas/medicamentos</i>	Ciudades de Brasil	392	.24	.691
	Bogotá-Colombia	388	.33	.794

Notas: <sup>a</sup> Escala de frecuencia de consumo de 0-3 (consumo nulo, bajo, medio, alto)

#### 7.5.4 Comparación de cantidad de tipos de SPA consumida en el último año

Para realizar estas comparaciones se utilizó la variable que contabilizaba la cantidad de tipos de drogas que los entrevistados afirmaron haber consumido durante el último año. Como se trataba de una variable numérica, se realizó una comparación de medias con el estadístico *t* de *Student*. Los resultados de este análisis mostraron que el promedio de tipos de drogas consumidas por los niños, niñas y adolescentes en situación de calle de Brasil ( $M = 3.79$ ,  $DS = 1.81$ ) fue superior al promedio de la muestra de Bogotá ( $M = 2.74$ ,  $DS = 1.87$ ), [ $t(771) = 2.77$ ,  $p < .001$ ].

#### 7.5.5 Efectos de sexo, lugar donde duermen y país de origen sobre la cantidad de SPA consumidas en el último año

Por otro lado, para determinar si había un efecto del sexo, del lugar donde duermen y del país de origen, sobre la variable criterio o variable explicada cantidad de tipos de drogas consumidas en el último año, en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, se realizó una ANOVA 2 (hombre, mujer) por 2 (calle, institución) por 2 (Ciudad de Brasil, Bogotá-Colombia). Los resultados de esta prueba estadística mostraron efectos principales de la variable sexo [ $F(1, 765) = 9.68$ ,  $p = .002$ ], lugar donde duerme [ $F(1, 765) = 42.23$ ,  $p < .001$ ] y país de origen [ $F(1, 765) = 29.46$ ,  $p < .001$ ]. Igualmente se encontró una interacción

significativa entre las variables sexo y lugar donde duerme [ $F(1, 765) = 4.53, p = .034$ ], entre las variables lugar donde duerme y país de origen [ $F(1, 765) = 5.57, p = .018$ ], y entre las tres variables sexo, lugar donde duerme y país de origen [ $F(1, 765) = 13.74, p < .001$ ]. No hubo una interacción significativa entre sexo y país de origen [ $F(1, 765) = 2.48, p = .116$ ].

Pruebas *a posteriori* permitieron ver el sentido de dichos efectos. Al juntar las dos muestras, los hombres consumen más tipos de drogas que las mujeres, [ $t(226.12) = -1.95, p = .052$ ], y quienes duermen en calle consumen más tipos de drogas que quienes duermen en instituciones, [ $t(678.24) = 5.98, p < .001$ ]. Pero al separar las muestras, los hombres consumen más tipos de drogas que las mujeres en las ciudades de Brasil, [ $t(112.95) = -1.92, p = .058$ ], mientras que hombres y mujeres de Bogotá consumen casi la misma cantidad de tipos de drogas [ $t(108.15) = -.92, p = .361$ ], tal como se puede observar en la Figura 17. Igualmente, hombres y mujeres que duermen en la calle consumen la misma cantidad de tipos de drogas [ $t(142.10) = -.66, p = .513$ ], mientras que los hombres que duermen en instituciones consumen más tipos de drogas que las mujeres que duermen en instituciones [ $t(331) = -3.10, p = .002$ ], como se puede observar en la Figura 18.

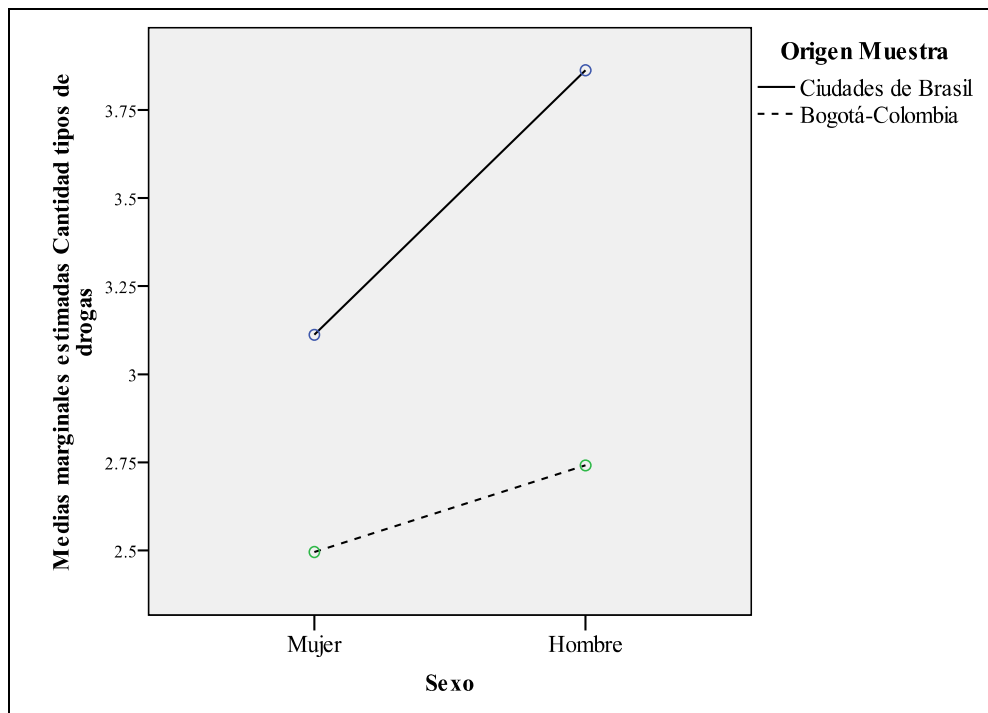


Figura 17. Cantidad de Tipos de Drogas Consumidas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle según Sexo y Origen de la Muestra

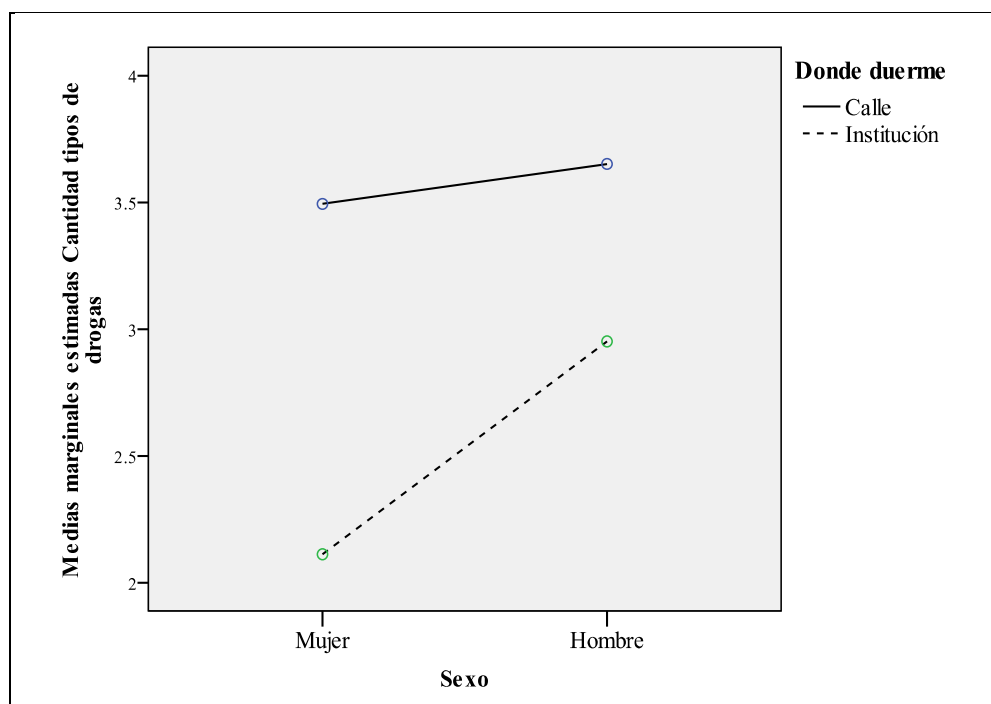


Figura 18. Cantidad de Tipos de Drogas Consumidas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle según Sexo y Lugar Donde Duermen

#### 7.6 Principales Conclusiones del Estudio Comparativo

Una vez realizados los procedimientos de homologación, pareamiento, unificación y comparación de las muestras, se puede afirmar que sí es posible realizar comparación estadísticas entre bases de datos de estudios similares que han sido realizados de forma independiente. Para tal efecto es conveniente conocer a profundidad los instrumentos y la forma en que fueron sistematizados. La homologación y unificación de bases de datos resultó ser un trabajo arduo que exige procedimientos sistemáticos cuidadosos que deben ser documentados paso a paso.

Como se puede observar a lo largo de este capítulo, a pesar de contarse con pocas variables susceptibles de comparación, este estudio arrojó una buena cantidad de hallazgos dentro de los que se destacan los siguientes:

1) Los participantes de la muestra de Bogotá tenían mayor nivel educativo que los participantes de la muestra de las ciudades de Brasil.

2) No hay diferencias en las dos muestras respecto a la cantidad de tiempo en calle, ya que tanto en Bogotá como en las ciudades de Brasil, los niños, niñas y adolescentes entrevistados reportaron llevar en promedio de entre 2 y 5 años de vida en calle. Esto estaría dando muestras de que la homologación fue efectiva y que las dos muestras están compuestas por participantes que han tenido en promedio la misma intensidad de contacto con la calle.

3) Respecto a la violencia sufrida en su condición de calle, la muestra de Bogotá reportó haber sido más afectada por amenazas, heridas de gravedad y violaciones, en comparación con la muestra de Brasil, siendo la violencia sexual la que mostró la diferencia más fuerte y por varias razones, la más preocupante.

4) Se encontró que la muestra de Brasil tuvo un mayor porcentaje promedio de cantidad de tipos de drogas consumidas por lo menos una vez durante el último año.

5) No se encontró diferencia entre las dos muestras respecto al promedio de consumidores de marihuana en el último año, no obstante al comparar la frecuencia de consumo, la muestra de Bogotá reportó frecuencias superiores en el consumo de esta droga.

6) El consumo de inhalantes, de alcohol y de cigarrillo fue superior en la muestra de Brasil al comparar tanto el promedio de quienes las consumieron en el último año, como al comparar la frecuencia de su consumo, así como la cantidad promedio de cigarrillos consumidos en un día.

7) El promedio de consumidores de derivados de la cocaína en el último año fue igual entre las dos muestras, mientras que el promedio de consumidores de cocaína en dicho periodo de tiempo fue superior en la muestra de Brasil. No obstante, al comparar las frecuencias de consumo unificadas de cocaína y sus derivados, la muestra de Bogotá tuvo promedios de consumo superiores.

7) No se encontró diferencias entre las dos muestras respecto al promedio de consumidores de pepas o medicamentos durante el último año, ni respecto a su frecuencia de consumo.

8) Hay un efecto del sexo sobre la cantidad de tipos de drogas consumidas en el último año en esta población en general, es decir al unificar las 13 Ciudades de Brasil y Bogotá, siendo que los hombres tenderían a consumir más tipos de drogas que las mujeres. No obstante este efecto no sería significativo si se vive en Bogotá o si se duerme en la calle.



## CAPÍTULO IX

### ESTUDIO II - DISCUSIÓN

Inicialmente hay que recordar que existen diferencias entre las ciudades incluidas en la muestra de Brasil. A pesar de que todas las ciudades tienen en común el hecho de ser ciudades capitales, entre ellas hay diferencias sociales, económicas, e incluso de hábitat y de prácticas sociales. Por lo tanto ellas representan la heterogeneidad de contextos urbanos de Brasil, pero no un prototipo de ciudad específico. En todo caso, como se propuso tener muestras homologadas en tamaño, características biodemográficas y experiencia de calle, recurrir a una unificación de ciudades fue una opción válida. De esa forma se podía contar con una muestra semejante de otro contexto político, e incluso de una época aproximada, para identificar el posible efecto que tendría estos contextos y sus correspondientes momentos históricos, sobre las prácticas de consumo.

Lo primero que habría que señalar sobre los resultados del Estudio II es que existirían diferencias y semejanzas en las prácticas de consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes de los dos contextos sociopolíticos. Respecto a las diferencias, en Brasil el consumo de inhalantes, de alcohol y de cigarrillo fue más frecuente al comparar tanto el promedio de quienes consumieron estas sustancias en el último año, como al comparar la frecuencia de su consumo, con respecto a la población de Bogotá. La razón para esta diferencia podría deberse a que estas tres sustancias son de venta legal para adultos (si se asume que el principal inhalante consumido es el pegamento), y tal vez en Brasil habría menos controles respecto a la venta de estas sustancias a menores de 18 años de edad.

Otra posible explicación se encontraría en la diferencia en el año en que se recogieron las dos muestras, ya que en un estudio más reciente Neiva-Silva (2010) indica que habría una variación del consumo de drogas de la población de niños y niñas en situación de calle, por lo menos de Porto Alegre, ya que de 2003 a 2009 se estaría presentando un incremento del consumo de drogas como la marihuana y el crack, que dejarían a un lado a los inhales. Por otro lado, en la década del 2000 la tendencia mundial fue de incremento en el consumo de drogas como la marihuana (UN, 2008), y es posible que la muestra de 2007 de Bogotá ya estuviera dando cuenta de esa tendencia consolidada, mientras que la muestra de 2003 de Brasil solo empezaba a asumir esa tendencia. Igualmente el tiempo pudo haber influenciado las prácticas de ventas a menores de 18 años de las drogas legales para adultos, como alcohol, cigarrillo y pegantes. Seguramente en los últimos años se han incrementado las campañas para impedir su consumo en esta población en todo el mundo, inclusive en Brasil.

Respecto a la cantidad de consumidores en el último año de marihuana y derivados de cocaína (basuco en Bogotá, crack y merla en Brasil), Brasil y Bogotá no tuvieron diferencias, no obstante las frecuencias de consumo fueron más altas en Bogotá. Esto indicaría que en el 2003 la muestra de Brasil consumía crack y marihuana más esporádicamente, pero posiblemente la frecuencia de consumo y el promedio de consumidores al año pudo haber subido en los años siguientes, tal como ha sido reportado en Porto Alegre (Neiva-Silva, 2010). Paradójicamente en la muestra de las ciudades de Brasil, la cocaína fue consumida por más participantes, por lo menos una vez en el último año. En Bogotá la cocaína pura no es de interés de esta población, siendo más frecuente el basuco, el cual se suele consumir con mayor frecuencia. El promedio diario de consumo entre los usuarios de esta droga, habitantes de calle de esta ciudad, es de 15 dosis. Los promedios de consumo de dosis de crack y merla en Brasil, dentro de los consumidores en situación de calle pueden ser levemente inferiores a los de consumo de basuco en Bogotá. No obstante en ambos casos se trata de drogas que se consumen compulsivamente, que tienen efectos intensos pero rápidos, generando sensaciones muy parecidas. No obstante, se recomienda estudiar a profundidad los efectos de estas drogas en el organismo, y especialmente en el cerebro, ya que aunque se trata de drogas comparables (así se asumió en este estudio y en otras comparaciones internacionales), no son idénticas, y sería interesante ponderar los posibles efectos de estas diferencias.

Por otro lado, en el Estudio II se observa que las mujeres menores de 19 años, en situación de calle de Bogotá y de las 13 ciudades de Brasil estudiadas, fueron más víctimas de violencia sexual que los hombres, lo que refuerza la idea de que los contextos de habitabilidad en calle son más agresivos con el sexo femenino en la infancia y la adolescencia. Estos resultados de violencia sexual parecería no concordar con lo reportado por Ahmadkhaniha et al. (2007), quien en una muestra de 87 niños y niñas “en” la calle de Teherán, según la definición y diferenciación propuesta por UNICEF, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas respecto ser víctima de abuso sexual en sentido amplio. No obstante, en el caso de Teherán la definición de niños y niñas de la calle indicaría que efectivamente se trata de una población con menos exposición a la vida de calle, y por otro lado estudiaron todo tipo de agresión sexual y no específicamente la violación o estupro. Desde luego estos hallazgos deben ser confirmados con más estudios que acompañen y evalúen más de cerca las diferencias de género en habitantes de calle respecto a la violencia sexual, ya que está claro que reportar la violencia sexual no es un asunto sencillo y las preguntas retrospectivas pueden no ser las más precisas. Por otro lado sólo se estudió el estupro en las dos muestras. Es importante estudiar otras formas de violencia sexual, así como comportamientos sexuales de riesgo en muestras probabilísticas de la población de habitantes

de calle de Bogotá. En todo caso se utilizó sólo dos preguntas, y se requiere de otros estudios más profundos y con instrumentos más específicos para investigar el tema, que permitan describir y comprender mejor el fenómeno. Algunos autores sugieren técnicas de aproximación y evaluación de las situaciones de violencia sexual más dispendiosas y con metodologías particulares para ello (Walsh, Jamieson, MacMillan, & Trocmé, 2004, Habinzag et al., 2008).

Ahora bien, ser víctima de violencia estaría asociado con la habitabilidad en calle así como con el consumo de drogas, pero aun así no son claras las razones por las cuales el contexto de Bogotá resultó ser más violento con los niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Bogotá estuvo por encima en cantidad de participantes que reportaron violaciones, amenazas y heridas de gravedad, mientras Brasil estuvo por encima en el número de participantes de que reportaron golpizas. Es posible que en golpizas no estén tan separados, ya que al homologar este tipo de violencia se juntaron dos preguntas del instrumento de Brasil, y estas dos preguntas tenían varias opciones, algunas poco impactantes y muy comunes como los empujones. Entonces, podría estar sobrevaloradas las golpizas en la muestra de Brasil en comparación con la de Bogotá, e incluso en este tipo de violencia Bogotá podría estar por encima al caso de Brasil.

Sabemos que la violencia en Colombia está más generalizada que en Brasil. Por ejemplo las estadísticas sobre causas de muertes, disponibles en el sitio de internet de la WHO (<http://www.who.int/gho/countries/en/index.html>), indican que en 2004 el estimado de muertes causada por la violencia por cada 100.000 habitantes en Colombia fue de 82.6 muertes (sin incluir las causadas por la guerra cuyo estimado fue 19.2), mientras que en Brasil era de sólo 31.1. No obstante, Bogotá tiene índices de violencia inferiores a las principales ciudades del país cantidad de casos reportados por cada 1000 habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (Aguirre, Masullo, & Millan, 2010), en 2009 las ciudades que registraron las cifras de número de casos más altas de homicidios de menores de 18 años fueron: Cali (171), Bogotá (96) y Medellín (79), que corresponden a las tres ciudades más grandes del país, y esto teniendo en cuenta que Bogotá tiene más del doble de la población de la que tiene Cali o Medellín.

Entonces, resulta difícil atribuir las diferencias en la violencia contra niños, niñas y adolescentes de Bogotá y las ciudades de Brasil, al contexto generalizado de la violencia que se vive en Colombia, ya que esta violencia es compleja y tiene lógicas diferentes en cada ciudad. Tal vez sea más indicado buscar posibles explicaciones en las particularidades de la habitabilidad en Calle en Bogotá. Como ya ha sido señalado en la discusión del Estudio II, esta población se concentra en los sectores de la ciudad que son a su vez centros de la

violencia y el crimen (Ávila & Pérez, 2011; Ramos et al., 2010). En estos contextos no hay un control total de la fuerza pública, y allí podría estar ocurriendo buena parte de la violencia sexual reportada por los menores de 18 años, e incluso por los adultos.

Como lo señalan Crawford, Whitbeck y Hoyt (2011) para los Estados Unidos, y como también fue encontrado en el censo de habitantes de calle de Bogotá (Ramos et al., 2009), los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, tienen riesgo de ser tanto víctimas como victimarios de actos de violencia y delincuencia, y habría una relación entre violencia y consumo de drogas. Según Crawford et al. (2010), las estrategias de sobrevivencia como pertenecer a una pandilla, consumir y vender drogas “fuertes”, y permanecer más tiempo en la calle serían factores de riesgo asociados a la emergencia de comportamientos violentos en adolescentes en situación de calle. A estos factores de riesgo sincrónicos se suman factores de riesgo diacrónicos, eventos históricos más antiguos, como por ejemplo ser víctimas de abuso físico y sexual por parte de cuidador en el pasado, o haber tenido alguna historia de abuso de sustancias previa. Se requiere entonces de estudios longitudinales en Bogotá que puedan identificar esos eventos sincrónicos que aumentan el consumo, y simultáneamente indagar sobre prácticas parentales en la infancia, o maltrato en la infancia con instrumentos para eventos de forma retrospectiva.

## CONSIDERACIONES FINALES

En términos generales, los estudios realizados en esta investigación mostraron que los datos sobre habitabilidad en calle, en censos y levantamientos de información, pueden ser útiles para realizar análisis estadísticos inferenciales, que permitan ir más allá de los análisis de prevalencia, en la medida en que sirven, por ejemplo, para encontrar modelos predictores. Las variables utilizadas en el VCHCB tenían varios formatos y eran muy numerosas, no obstante los análisis estadísticos de reducción de variables se desempeñaron muy bien a la hora de reducir dicha información sin perder la extensión y especificidad de la información recolectada.

El consumo de drogas en la población habitante de calle es complejo, obedece a muchos factores, y puede ser evaluado desde diferentes perspectivas. Los análisis mostraron que los resultados son diferentes cuando se evalúa el consumo de drogas en el último año, el consumo de por lo menos una droga, la frecuencia de consumo o la cantidad de drogas consumidas. Reunir todas estas variables entorno a una única variable, que dé cuenta del nivel de consumo total de drogas consumidas, es una tarea dispendiosa y desde luego también puede inducir a errores. No obstante, si es bien ejecutada, resulta una evaluación más precisa del nivel de intoxicación a que se han expuesto los habitantes de calle. En el caso del VCHCB, donde los indicadores de frecuencia de drogas incluyeron cuatro niveles generales (todos los días, más de tres veces por semana, más de tres veces al mes, y menos de una vez al mes), no fueron los más precisos ya que correspondían a una variable cualitativa ordinal, aunque por ser ordinal se pudo transformar en una variable cuantitativa escalar. Por otro lado, son muchas las variables asociadas al consumo de drogas en población de calle, y por lo tanto los modelos multivariable resultas muchos más precisos, ya que ponderan y aíslan el efecto independiente que tiene una variable con respecto al efecto compartido con otra variable. Igualmente, estas variables asociadas al consumo corresponden a las diferentes dimensiones en que se desarrolla el ser humano, y por ello el modelo ecológico resultó de gran utilidad para identificar que peso tiene los factores personales, que peso tiene los factores contextuales y que peso tiene el tiempo de habitabilidad en calle, sobre el nivel de consumo de drogas.

Finalmente, en la presente investigación fue posible hacer comparaciones sobre consumo de drogas en habitantes de calle de dos contextos sociales parecidos pero regidos por constituciones políticas diferentes. Esta comparación es de gran utilidad, ya permite comprobar que controlando la edad, el género y algunas características de la habitabilidad en calle, hay diferencias y semejanzas permitió identificar diferencias y semejanzas entre dos contextos diferenciados. Esta comparación solo fue posible ya que las dos muestras contaban

con una definición de niño, niña y adolescente en situación de calle clara, explícita y que registraba el grado de conexión y permanencia en calle. No obstante, el tiempo en calle no se registró de la misma forma, y cabe la posibilidad de que las diferencias se deban a la definición e incluso a la forma de muestreo, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

Para los próximos censos de habitante de calle se recomienda que las variables de consumo de drogas incluyan preguntas sobre el consumo en la vida, que las frecuencias de consumo se determinen en días y para el último mes, e que se elimine la pregunta por el consumo de pepas, ya que dado su bajo consumo, esta podría ser incluida en la opción otras drogas. Incluso sería aconsejable incluir una pregunta general sobre el impacto físico, comportamental, o de bienestar que está generando el consumo. También sería aconsejable que se diseñara un formulario específico para infancia y adolescencia, y otro para adultez y vejes, teniendo en cuenta las particularidades de estas etapas de la vida en lo referente a síntomas de enfermedad mental o problemas de salud. Igualmente, sería bueno que se diseñara un tipo de muestreo aleatorio durante el censo para aplicar instrumentos estandarizados de enfermedades mentales, bienestar subjetivo o resiliencia que permitan indagar con mayor profundidad sobre estas temáticas asociadas a la habitabilidad en calle.

Para los Levantamientos Nacionales sobre Uso de Drogas entre Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle de Brasil, sería aconsejable que el instrumento de uso de drogas indagara sobre la cantidad en unidades de droga consumidas en una dosis o en un día de consumo, como fue preguntado sobre el cigarrillo. Este dato permitiría tener una estimación de los posibles niveles de intoxicación frente a la droga.

Finalmente es aconsejable que los encargados de generar políticas y programas para esta población tomen en cuenta los datos arrojados por este tipo de investigaciones. Que profundicen sobre los contextos de consumo, sobre las formas de la violencia sexual y que trabajen en el desarrollo de programas de prevención y reducción de daños en consumidores habitantes de calle, teniendo en cuenta sus particularidades.

## REFERENCIAS

- Aguirre, K., Masullo, J., & Millan, S. (2010). Población Infantil y violencia armada: una aproximación al caso colombiano. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Org.). *Colombia Forensis 2009. Datos para la Vida* (1ª ed, pp. 35 -67). Bogotá: Autor.
- Ahmadkhaniha, H. R., Shariat, S. V., Torkaman-nejad, S., Moghadam, M. M. (2007). The Frequency of Sexual Abuse and Depression in a Sample of Street Children of One of Deprived Districts of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 23-35.
- Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaria Distrital de la Integración Social (2010). *El Cartucho: de barrio Santa Inés al callejón de la muerte*. Bogotá: Autor.
- Alvarez, A. M., Alvarenga, A. T., & Fiedler-Ferrara, N. (2004). O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 47-56.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Aptekar, L. (1988). *Street children of Cali*. Durham, NC: Duke University Press.
- Aptekar, L. (1989). Characteristics of the street children of Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 13, 427-437.
- Aptekar, L. (1994). Street Children in the Developing World: A Review of Their Condition. *Cross-Cultural Research*, 28, 195-224.
- Aron, L. Y., & Fitchen, J. M. (1996). Rural homelessness: A synopsis. En J. Baumohl (Ed.), *Homelessness in America* (pp. 81-85). Phoenix: Oryx Press.
- Ávila, A., & Pérez, B. (2011). Mercados de criminalidad en Bogotá. Bogotá: Taller de Edición Rocca.
- Avramov, D. (2001). The changing face of homelessness in Europe. En V. Polakow & C. Guillean (Eds.), *International perspectives on homelessness* (pp. 8-38). Westport: Greenwood Press.
- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 453-464.
- Beer, A., Delfabbro, P., Oakley, S., Verity, F., Natalier, K., Packer, J., & Bass, A. (2005). *Developing models of good practice in meeting the needs of homeless young people in rural areas: Final report*. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute - Southern Research Center.

- Beijer, U., & Andréasson, S. (2009). Gender, hospitalisation, and mental disorders among homeless people compared with the general population: a cohort study. *European Journal of Public Health, 20*, 511-516.
- Beijer, U., Andréasson, A., Agren, G., & Fugelstad, A. (2007). Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 363-368.
- Bonin, J., Fournier, L., & Blais, R. (2009). A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: Towards better planning of mental health services. Administration and Policy. *Mental Health, 36*, 223-235.
- Bourdieu, P. (2003). *Las estructuras sociales de la economía*. Barcelona: Anagrama.
- Bousman, C. A., Blumberg, E. J., Shillington, A. M., Hovell, M. F., Ji, M., Lehman, S., & Clapp, J. (2005). Predictors of substance use among homeless youth in San Diego. *Addictive Behaviors, 30*, 1100-1110.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. Smelser & P. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 10, pp. 6963–6970). New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). The bioecological theory of Human Development. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp.3-15). Thousand Oaks (CA): Sage. (Obra original publicada en 2001)
- Brousse, C. (2004). *The production of data on homelessness and housing deprivation in the European Union: survey and proposals*. Luxembourg: European Communities.
- Burke, T. (1994). *Homelessness in Australia – Causal Factors*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Cabrera, P., Rubio, M. J., & Blasco, J. (2008). *¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo*. Barcelona: Fundación Caixa Catalunya.
- Chamberlain, C. & MacKnezie, D. (2003). *Counting the homelessness 2001*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Chard, G., Faulkner, T., & Chugg, A. (2009). Exploring occupation and its meaning among homeless men. *The British Journal of Occupational Therapy, 72*, 116-124.
- Chung, D., Kennedy, R., O'Brien, B., & Wendt, S. (2000). *Home safe home: The link between domestic and family violence and women's homelessness*. Canberra: Partnerships Against Domestic Violence.



- Cleverley, K., & Kidd, S. A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence, 34*, 1049-1054.
- Cloke, P., Milbourne, P., & Widdowfield, R. C. (2001). Interconnecting housing, homelessness and rurality: Evidence from local authority homelessness officers in England and Wales. *Journal of Rural Studies, 17*(1), 99-111.
- Cloke, P., Milbourne, P., & Widdowfield, R. C. (2002). *Rural homelessness: Issues, experiences and policy responses*. Bristol: The Policy Press.
- Colesa, E., Chana, K., Collins, J., Humphris, G. M., 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*(2), 108-112.
- Connolly, M. (1990). Adrift in the city: A comparative study of street children in Bogota, Colombia, and Guatemala City. *Child and Youth Services, 14*, 129-149.
- Cooper, B. (1995). *Shadow people: the reality of homelessness in the 90's*. [Versión electrónica]. Recuperado de [http://usyd.academia.edu/BrianCooper/Papers/369068/Shadow\\_People](http://usyd.academia.edu/BrianCooper/Papers/369068/Shadow_People)
- Cosgrove, G. (1990). Towards a working definition of street children. *International Social Work, 33*, 185-192.
- Crawford, D. Whitbeck, L., & Hoyt, D. (2011). Propensity for violence among homeless and runaway. *Crime & Delinquency, 57*, 950-968.
- Daiski, I. (2007) Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing, 58*, 273-281.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artes Médicas
- De-Graft, A. A. & Ofori-Atta, A. L. (2007). Homelessness and mental health in Ghana: Everyday experiences of Accra's migrant squatters. *Journal of Health Psychology, 12*, 761-778.
- Derrida, J. (1995). Retóricas de la droga. *Revista Colombiana de Psicología, 4*, 33-44.
- Didenko, E., & Pankratz, N. (2007). Substance Use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life? *Visions: British Columbia's Mental Health and Addictions Journal, 4*(1), 9-10.
- Dietz, T. L. (2009). Drug and Alcohol Use Among Homeless Older Adults. Predictors of Reported Current and Lifetime Substance Misuse Problems in a National Sample. *Journal of Applied Gerontology, 28*(2), 235-255.

- Dumaine, M. L. (2003). Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. *Research on Social Work Practice, 13*, 142-165.
- Edwards, M. E. E., Torgerson, M., & Sattem, J. (2009). Paradoxes of providing rural social services: The case of homeless youth. *Rural Sociology, 74*, 330-355.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine, 5*, 1670-1681.
- Ferguson, K. M., Dortzbach, K., Dyrness, G. R., Dabir, N., & Spruijt-Metz, D. (2008). Faith-based programs and outcomes for street-living youth in Los Angeles, Mumbai and Nairobi: A comparative study. *International Social Work, 51*, 159-177.
- Field, P. A. (2009) *Discovering Statistics Using SPSS (3<sup>a</sup> edition)*. London: Sage publication.
- Frayze-Pereira, J. (1982). *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense.
- Gaetz, S. (2004). Safe streets for whom? Homeless youth, social exclusion, and criminal victimization. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 46*, 423-456.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Leake, B. D. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *American Journal of Psychiatry, 145*, 191-196.
- Giraldo, A., Forero, C., Hurtado, M. A., Ochoa, J. A., Suárez, L., & Valencia, A. (2008). Un viaje que puede controlarse: consumo de drogas en niños en situación de calle. *Revista. Facultad Nacional de Salud Pública, 26*(1), 11-7.
- Goldberg, M. (2005). *On Our Streets and in Our Shelters: Results of the 2005 Greater Vancouver, Homeless Count*. Vancouver: Social Planning and Research Council of BC.
- Gómez, M. L., Sevilla, M. L., & Álvarez, N. (2008). Vulnerabilidad de los Niños de la Calle. *Acta Bioethica, 14*, 219-223.
- Goncalves, Y., van der Meer, Z., & Noto, A. R. (2010). Diversity of Contexts in Drug Use Among Street Adolescents. *Qualitative Health Research, 20*, 1241-1253.
- Gonzalez, C. A., & Lerma, I. A. (2007). Nivel de satisfacción del ciudadano/na habitante de la calle en relación con su forma de vida asumida en una experiencia de habitabilidad de más de 8 años en ella, con edades Comprendidas entre los 30 y los 40 años. Trabajo de grado no publicado, Programa de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2008). Jail incarceration, homelessness and mental health: A national study. *Psychiatric Services, 59*, 170-177.

- Habigzang, L. F., & Koller S. H., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., & Ramos, M. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia, 13*(3), 285-292.
- Henry, J., Boyer, L., Belzeaux, R., Baumstarck-Barrau, K., & Samuelian, J. (2010). Mental Disorders Among Homeless People Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services 61*, 264-271
- Hwang, S. W. (2001a). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal, 164*, 229-233
- Hwang, S. W. (2001b). Mental illness and mortality among homeless people. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(2), 81-82.
- Hwang, S. W., Kirst, M. J., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., & Levinson, L. (2009). Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *Journal of Urban Health, 86*, 791-803.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. (2007). Caracterización Social y Cuantificación de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle. Bogotá: Autor.
- Jacobs, K., Kenny, J., & Manzi, T. (1999). The struggle to define homelessness: a Constructivist approach. En S. Hutson ,& D. Clapham (eds.), *Homelessness: public policies and private troubles* (pp.11-28). London: Cassell.
- Johnson, K. D., Whitbeck, L. B., & Hoyt, D. R. (2005). Substance Abuse Disorders Among Homeless and Runaway Adolescents. *Journal of Drug Issues, 35*, 799-816.
- Kelly, K., & Caputo, T. (2007). Health and street/ homeless youth. *Journal of Health Psychology, 12*, 726-736.
- Kemp, P. A., Neale, J., & Robertson, M. (2006). Homelessness among problem drug users: Prevalence, risk factors and trigger events. *Health and Social Care in the Community, 14*(4), 319-328
- Kidd, S. A. (2006). Factors Precipitating Suicidality among Homeless Youth: A Quantitative Follow-Up. *Youth Society, 37*, 393-422.
- Kirst, M., Erickson, P., & Strike, C. (2009). Poly-Substance Use Among Male and Female Street Youth in Toronto, Canada. *International Journal of Social Inquiry, 2*, 123-139.
- Koehlmoos, T., Uddin, M., Ashraf, A., & Rashid, M. (2009). Homeless in Dhaka: Violence, Sexual Harassment, and Drug-abuse. *Journal of Health, Population, and Nutrition, 27*, 452–461.

- Koller, S. H., & Hutz, C. S. (1996). Meninos e meninas em situação de rua: Dinâmica, diversidade e definição. *Coletâneas da ANPEPP: Aplicações da Psicologia na Melhoria da Qualidade de Vida, 1*, 11-34.
- Lalor, K. J. (1999). Street children: A comparative perspective. *Child Abuse & Neglect, 23*, 759-770.
- Larsen, L., Poortinga, E., & Hurdle, D. E. (2004). Sleeping Rough: Exploring the Differences Between Shelter-Using and Non-Shelter-Using Homeless Individuals. *Environment and Behavior, 36*, 578-591.
- Le Roux, J. (1996). The worldwide phenomenon of street children: conceptual analysis. *Adolescence, 31*, 965-971.
- Lee, B. A., & Schreck, C. J. (2005). Danger on the streets marginality and victimization among homeless people. *American Behavioral Scientist, 48*, 1055-1081.
- Lincoln, A., Plachta-Elliott, S., & Espejo, D. (2009). Coming in: An examination of people with co-occurring substance use and serious mental illness exiting chronic homelessness. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*, 236-243.
- Lusk, M. W. (1989). Street children programs in Latin America. *Journal of Sociology and Social Welfare, 16*, 55-77.
- Lusk, M. W. (1992). Street children of Rio de Janeiro. *International Social Work, 35*, 293-305.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*, 180-191
- McLaren, K., Marquardt, R., & Patterson, H. (2005). *Homelessness System planning: Final report*. Ottawa: Sector planning for newcomers experiencing or at risk of homelessness.
- Morais, N. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: O ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Tesis de Maestría no publicada, Programa de Posgraduación en Psicología, Instituto de Psicología, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Morais, N. (2009). *Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a proteção*. Tesis de Doctorado no publicada, Programa de Posgraduación en Psicología, Instituto de Psicología, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Morais, N. A., Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2010). Crianças e adolescentes em situação de rua: História, caracterização e modo de vida. En: N. Araújo de Moraes, L. Neiva-Silva; S.

- Koller. (Org.). *Endereço desconhecido: crianças e adolescentes em situação de rua* (1ª ed, pp. 35-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morakinyo, J., Odejide A. O. (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), 109-16.
- Morrison, D. S. (2009). Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology* 38, 877-883.
- Nada, K. H., & Suliman, D. A. (2010). Violence, abuse, alcohol and drug use, and sexual behaviors in street children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt. *AIDS*, 24(2), 39-44.
- National Alliance to End Homelessness (2007). *Fact checker: Rural homelessness*. Washington, D.C: autor
- Neiva-Silva, L. (2008). *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: Um estudo longitudinal*. Tesis de doctorado no publicada, Programa de Posgraduación en Psicología, Instituto de Psicología, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Neiva-Silva, L. (2010). *Estudo comportamental com crianças e adolescente em situação de rua em Porto Alegre e Rio Grande: uso da técnica de Respondent Driven Sampling (RDS) para a identificação de comportamentos sexuais de risco e uso de drogas*. (Relatório Técnico Analítico Final de Pesquisa). CEARGS, Cep-Rua-UFRGS & Cep-Rua-FURG.
- Nia, J. K., Wong, D., & Motamedinia, D. (2003). The Visual Acuity and Social Issues of the Homeless Population in Toronto. *University of Toronto Medical Journal*, 80(2), 84-86.
- Nieto, C. J., Ortiz, J. A., & Koller, S. H. (2011, marzo). *Predictors of drug use in street children in Bogotá*. Poster presentado en Biennial Meeting of The Society for Research in Child Development, Montreal, Canadá.
- Noto, A. R., Galduróz, J. C., Nappo, S. A., Fonseca, A. M., Carlini, M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2004). *Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Escola Paulista de Medicina: CEBRID-Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Nyamathi, A., Leake, B., & Gelberg, L. (2000). Sheltered versus nonsheltered homeless women differences in health, behavior, victimization, and utilization of care. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 565-572.
- Nyamathi, A., Longshore, D., Keenan, C., Lesser, J., & Leake, B. D. (2001). Childhood Predictors of Daily Substance Use among Homeless Women of Different Ethnicities. *American Behavioral Scientist*, 45(1), 35-5.

- Nyamathi, A., Marfisee, M., Slagle, A., Greengold, B., Liu, Y., Leake, B. (En prensa). Correlates of Depressive Symptoms Among Homeless Young Adults. *Western Journal of Nursing Research*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Washington: Autor.
- O'Connell, J. J., Roncarati, J. S., Reilly, E. C., Kane, C. A., Morrison, S. K., Swain, S. E., Allen, J. S., & Jones, K. (2004). Old and sleeping rough: elderly homeless persons on the streets of Boston. *Care Management Journals*, 5(2), 101-106.
- Pagare, D., Meena, G. S., Jiloha, R. C., & Singh, M. M. (2004). Sexual Abuse of Street Children Brought to an Observation Home. *Indian Pediatrics*, 42(2), 134-139.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2004). Inserção ecológica no espaço da rua. In S.H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (2a. ed., pp. 219-244). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005a). Quem são as crianças em situação de rua: Vítimas ou vitimizadoras? *Interação*, 9(1), 65-76.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005b). Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187-195.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2008). Toda criança tem família: criança em situação de rua também. *Psicologia e Sociedade*, 20, 42-52.
- Panter-Brick, C. (2002). Street children, human rights and public health: a critique and future directions. *Annual Review of Anthropology*, 31, 147-171.
- Panter-Brick, C. (2004). Street children: Cultural concerns. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Vol. 22, pp.15154-15157). Oxford: Elsevier.
- Parks, R. W., Stevens, R. J., & Spence, S. A. (2007). A systematic review of cognition in homeless children and adolescents. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 100(1), 46-50.
- Perron, B. E., Alexander-Eitzman, B., Gillespie, D. F., & Pollio, D. (2008). Modeling the mental health effects of victimization among homeless persons. *Social Science & Medicine*, 67, 1475-1479.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5, Suplemento), 197-204.
- Pinzón-Rondón, A. M., Hofferth, S., & Briceño, L. (2008). Children working in the streets of Colombian cities: Different pathways to the street lead to different populations. *Children and Youth Services Review*, 30, 1417-1424.

- Pluck, G., Lee, K. H., David R., Macleod, D. C., Spence, S. A., & Parks R. W. (2011). Neurobehavioural and cognitive function is linked to childhood trauma in homeless adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 33-45.
- Raffaelli, M. (1999). Homeless and working: Street youth in Latin America: A developmental review. *Interamerican Journal of Psychology*, 33(2), 7-28.
- Ramos, L. (2004). *Características, dinámicas y condiciones de emergencia de las pandillas en Bogotá*. Bogotá: Idipron.
- Ramos, L. (2009, agosto). *Using Spatial Analysis to Understand Victimiziers: Research Findings on Gangs and Homeless Persons in Bogotá, Colombia. Presentation Notes*. Trabajo presentado en The Tenth Crime Mapping Research Conference: Solving Problems with Geography and Technology for the National Institute of Justice, New Orleans, United States.
- Ramos, L., Ortiz, J. A., & Nieto, C. J. (2008). Conceituação e análise de dados a partir da investigação Quinto Censo de Moradores de Rua da Cidade de Bogotá D.C. – 2007. En F. Henrique & D. Cristina (Eds.), *Livro de casos do Quanti & Quali 2008: Encontro Brasileiro sobre Pesquisa e Análise de Dados Quantitativos e Qualitativos*. Canoas: Sphinx.
- Ramos, L., Ortiz, J. A., & Nieto, C. J. (2009). *V Censo de Habitantes de la Calle en Bogotá, 2007*. Bogotá: CINJD-IDIPRON
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with use. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rizzini, I., & Lusk, M. W. (1995). Children in the Streets: Latin America's Lost Generation. *Children and Youth Services Review*, 17, 391-410.
- Robinson, C. (2008). 'Felt homelessness': the contribution of qualitative approaches to homelessness research. En P. J. Maginn, S. Thompson, & M. Tonts (eds.), *Studies in Qualitative Methodology: Vol. 10. Qualitative Housing Analysis: An International Perspective* (pp. 91-111). United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited.
- Rojas, N. (2008). El reconocimiento en el otro: autoafirmación y acción comunicativa en personas en extrema exclusión. *Revista Polis*, 7(20), 105-132.
- Ruiz, M. A. & Pardo, A. (2002). *SPSS 11, Guia para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Saizar, M. (2002). Homeless en Buenos Aires: Nuevas formas de exclusión social. *Scripta Ethnologica*, 24, 59-80.

- Salavera, C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 275-283.
- Salavera, C., Puyuelo, M., & Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de psicología*, 25, 261-265.
- Salavera, C., Puyuelo, M., Tricas, J., M., & Lucha, O. (2009). Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Universitas Psychologica*, 9, 457-467.
- Sanabria, J. J. (2006). Youth homelessness: prevention and intervention efforts in Psychology. *Universitas Psychologica*, 5(1), 51-67.
- Scanlon, T. J., Tomkins, A., Lynch, M. A., & Scanlon, F. (1998). Street children in Latin America. *British Medical Journal*, 316, 1596-1600.
- Shelton, K. H., Taylor, P. J., Bonner, A., & Van den Bree, M. (2009). Risk Factors for homelessness: Evidence from a population-based study. *Psychiatric Services*, 60, 465-472.
- Slegers, J., Spijker, J., Van Limbeek, J., & Van Engeland, H. (1998). Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 253-259.
- Speak, S. (2004). Degrees of Destitution: A Typology of Homelessness in Developing Countries. *Housing Studies*, 19(3), 465-482
- Spence, S., Stevens, R., & Parks, R. (2004). Cognitive dysfunction in homeless adults: a systematic review. *Journal of The Royal Society of Medicine* 97, 375-379.
- Stein, J. A., Dixon, E. L., & Nyamathi, A. M. (2008). Effects of Psychosocial and Situational Variables on Substance Abuse Among Homeless Adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 410-416.
- Suzuki, W. (2008). What determines the spatial distribution of homeless people in Japan? *Applied Economics Letters*, 15, 1023-1026.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tadele, G. (2009). 'Unrecognized victims': Sexual abuse against male street children in Merkato area, Addis Ababa. *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(3), 175-182.
- Tessler, R., Rosenheck, R., & Gamache, G. (2001). Gender Differences in Self-Reported Reasons for Homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10(3), 243-254
- Thompson, S., Jun, J., Bender, K., Ferguson, K. M., & Pollio, D. E. (2010). Estrangement factors associated with addiction to alcohol and drugs among homeless youth in three U.S. cities. *Evaluation and Program Planning*, 33, 418-427.



- Tipple, G., & Speak, S. (2005). Definitions of homelessness in developing countries. *Habitat International*, 29, 337-352.
- Tipple, G., & Speak, S. (2006). Who is homeless in developing countries? Differentiating between inadequately housed and homeless people. *International Development Planning Review*, 28(1), 57-84.
- Tipple, G., & Speak, S. (2009). *The Hidden Millions: Homelessness in Developing Countries*. New York: Routledge.
- Tirado, A. F., & Correa, M. E. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*, 18(11), 23-35.
- Toro, P. A. (2007). Toward an International Understanding of Homelessness. *Journal of Social Issues*, 63, 461-481.
- Tosi, A. (1999). Homelessness and the Housing Factor: Learning from the Debate on Homelessness and Poverty. En D. Avramov. (Ed.) *Coping with Homelessness* (pp. 103-126). Aldershot: Ashgate.
- Trussell, R. P. (1999). The children's streets: An ethnographic study of street children in Ciudad Juarez, Mexico. *International Social Work*, 42, 189-199.
- Tucker, J. S., Wenzel, S.L., Golinelli, D., Zhou, A., & Green H. D. (2011). Predictors of substance abuse treatment need and receipt among homeless women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 287-94.
- Tyler, K. A., & Beal, M. R. (2010). The high-risk environment of homeless young adults: consequences for physical and sexual victimization. *Violence and Victims*, 25(1), 101-115.
- Tyler, K. A., & Johnson, K. A. (2006). Pathways in and out of substance use among homeless-emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 21(2), 133-157.
- UNICEF. (2008). *Estado de la infancia en América Latina y el Caribe 2008*. Panamá: autor.
- United Nations. (1998). *Statistical Papers: Vol. 67. Principles and recommendation for population and housing censuses*. New York: autor.
- United Nations. (2008). *World Drug Report 2008*. Viena: Autor
- United Nations Centre for Human Settlements–Habitat. (1996). *An urbanizing world global report on human settlements 1996*. New York: Oxford University Press.
- United Nations Centre for Human Settlements–Habitat. (2000). *Strategies to combat homelessness*. Nairobi: autor.

- United Nations Centre for Human Settlement–Habitat. (2001). *Cities in A Globalizing World - Global Report on Human Settlements 2001*. London: Earthscan Publications Ltd.
- United Nations Centre for Human Settlement–Habitat. (2003). *The challenge of slums; global report on human settlements 2003*. London: Earthscan Publications Ltd.
- United Nations Centre for Human Settlement–Habitat. (2007). *Enhancing urban safety and security: global report on human settlements 2007*. London: Earthscan Publications Ltd.
- United Nations Centre for Human Settlement–Habitat. (2008). *State of the World's Cities 2008/2009. Harmonious Cities*. London: Earthscan Publications Ltd.
- United Nations Centre for Human Settlement–Habitat. (2011). *Cities and Climate Change: Global Report on Human Settlements 2011*. London: Earthscan Publications Ltd.
- United Nations Development Programme-UNDP. (2010). *Human Development Report 2010, The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. New York: Palgrave Macmillan.
- United States Conference of Mayor. (2007). *Hunger and homelessness survey. A status report on Hunger and homelessness in America's Cities. A 23 City survey*. USA: United States Conference of Mayor.
- United States Conference of Mayor. (2008). *Hunger and homelessness survey. A status report on Hunger and homelessness in America's Cities. A 25 City survey*. USA: United States Conference of Mayor.
- United States Conference of Mayor. (2010). *Hunger and homelessness survey. A status report on Hunger and homelessness in America's Cities. A 27 City survey*. USA: United States Conference of Mayor.
- Veale, A. (1992). Towards a Conceptualisation of Street-Children: The Case from Sudan and Ireland. *Trócaire Development Review*, 107-121.
- Walsh, C., Jamieson, E., MacMillan, H., & Trocmé, N. (2004). Measuring Child Sexual Abuse in Children and Youth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 39-69.
- Whitney, N., & Glazier, R. (2004). Factors Affecting Medication Adherence among the Homeless: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *University of Toronto Medical Journal*, 82(1), 6-9.
- WHO. (2006). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007 [online database]. Geneva: autor. Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>.
- Williams, C. (1993). Who are "street children?": A hierarchy of street use and appropriate responses. *Child Abuse & Neglect*, 17, 831-841.

- Woody, G. (1996). The challenge of dual diagnosis. *Alcohol Health and ResearchWorld*, 20(2), 76-80.
- Wright, J. D., Wittig, M., & Kaminsky, D. C. (1993). Street children in North and Latin America: preliminary data from Proyecto Alternativos in Tegucigalpa and some comparisons with the U.S. case. *Studies in Comparative International Development*, 28(2), 81-92.

## ANEXOS

*Anexo A – Tarjeta Censal*



**26. Composición del hogar actual**

Solo  1 Sí  
 2 No

	Integrantes	Cantidad	
		Hombres	Mujeres
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediohermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Condiciones de habitabilidad en calle: expulsoras**

Opción 18. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Principal

Opción 18. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Secundaria

**28. Razones de habitabilidad en calle: permanencia**

Opción 10. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Principal

Opción 10. Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Secundaria

**29. ¿Como habitante de calle ha recibido algún apoyo durante el último año?**

¿Recibe apoyo?	¿Por parte de quién?	¿Qué tipo de apoyo?	Frecuencia promedio
Familiares <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No parientes <input type="checkbox"/>	..... Principal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..... Secundaria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entidades <input type="checkbox"/>	..... Principal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	..... Secundaria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30. Vinculación al sistema de salud**

**31. ¿Como habitante de calle ha vivido alguna de las siguientes situaciones?**

	¿Le ha ocurrido?	¿Por parte de quién?	¿Lo ha realizado?
Hurto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estafa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exacción o extorsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secuestro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Golpizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas de gravedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amenazas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destierros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homicidios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. Condiciones de salud física y mental**

**32. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias durante el último año?**

Sustancia	Consumo	Edad inicio consumo	Frecuencia	Intensidad diaria
Cigarrillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basuco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pepas ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. ¿Ha padecido alguna enfermedad física durante el último año?**

- 1 Infecciosas \_\_\_\_\_
- 2 Neoplasias (tumor) \_\_\_\_\_
- 3 Hematoinmunitarias \_\_\_\_\_
- 4 Endocrinometabólicas \_\_\_\_\_
- 5 Sistema nervioso \_\_\_\_\_
- 6 Circulatorias \_\_\_\_\_
- 7 Respiratorias \_\_\_\_\_
- 8 Odontológicas \_\_\_\_\_
- 9 Digestivas \_\_\_\_\_
- 10 Genitourinarias \_\_\_\_\_
- 11 Rel. Maternidad \_\_\_\_\_
- 12 Dermatológicas \_\_\_\_\_
- 13 Osteomusculares \_\_\_\_\_

**34. ¿Ha vivido alguna de las siguientes situaciones no inducidas por el consumo de SPA?**

<input type="checkbox"/>	Problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar
<input type="checkbox"/>	Lagunas
<input type="checkbox"/>	Tomar medicina formulada para problemas psicológicos o emocionales
<input type="checkbox"/>	Dificultad en el control de conductas violentas o impulsividad
<input type="checkbox"/>	Sentirse deprimido por más de dos meses consecutivos sin razón aparente
<input type="checkbox"/>	Sentirse extremadamente alegre y desinhibido sin razón aparente
<input type="checkbox"/>	Cambios abruptos de personalidad
<input type="checkbox"/>	Ver, oír o sentir cosas que otros no
<input type="checkbox"/>	Intentar quitarse la vida (Indiferente del consumo de SPA)

**35. ¿Un psiquiatra le ha diagnosticado alguna enfermedad mental?**

**V. Datos por observación**

**36. Número de habitantes de calle con quienes se encontraba**

**37. Número de perros con los que se encontraba**

**38. Número de otros animales con los que se encontraba**

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**VI. Sin entrevista**

**39. Atribución de habitabilidad en calle**

- 1 Apariencia
- 2 Referencia de otro habitante de calle

**40. Sexo**  1 Hombre  2 Mujer

**41. Edad apreciada**

**42. Tipo de rechazo**

- 1 Agresivo  2 No agresivo  3 Sin rechazo

**43. Condición observada**

- 1 Bajo efectos de SPA  3 Ninguna  
 2 Dificultades de comunicación

*Anexo B - Tabla de Codificación VCHCB*



## INSTRUMENTO CENSAL – GUÍA DE CODIFICACIÓN –

### ► Códigos estándar

Use estos códigos en cualquier caso en el que no haya respuesta.

00_	Ninguno (numérico)	99_	No responde
97_	No sabe		Línea diagonal sobre los espacios de respuesta _ No aplica

### ► Siglas

AG_	Área Geográfica	AC_	Avenida Calle
AS_	Área de Supervisión	AV_	Avenida
AE_	Área de Empadronamiento	TV_	Transversal
KR_	Carrera	DG_	Diagonal
CL_	Calle	AU_	Autopista
AK_	Avenida Carrera		

### I. Datos generales del lugar de la aplicación

Este capítulo debe diligenciarse en todos los casos

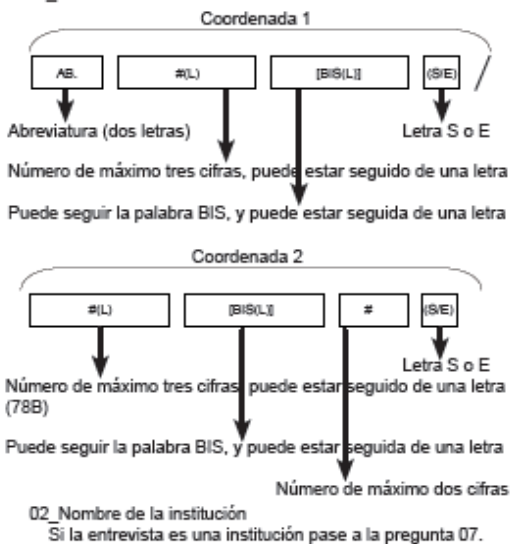
1. Código unificado XXXXX IDC\_X – ID S\_X – ID E\_XX

2. Identificación geográfica AG\_X – AS\_XX – AE\_XX

3. Fecha de la aplicación Día Mes 2007

4. Hora de aplicación de la entrevista

5. Lugar de contacto  
1\_Dirección en calle



6. ¿Cuántos días consecutivos ha habitado en calle?  
(Haga esta pregunta si el lugar de contacto es calle)

7. Tipo de contacto

01\_Efectivo. La persona acepta contestar las preguntas (Continúe la entrevista).

02\_No efectivo. La persona NO acepta contestar las preguntas. (Pase a la pregunta N° 36, Apartado V Datos por observación)

### II. Datos sociodemográficos

8. Sexo 01\_Hombre 02\_Mujer

9. Fecha de nacimiento: Día Mes Año  
Escriba la fecha de nacimiento que dice el entrevistado

10. Edad: XX  
Escriba los años cumplidos que dice el entrevistado

11. Lugar de nacimiento  
01\_Bogotá  
02\_Otro municipio de Colombia  
    a\_Municipio  
    b\_Departamento  
03\_Otro País      ¿Cuál? (Escriba el nombre del país)

12. Nivel educativo

•Sin educación formal  
28\_No sabe leer ni escribir  
29\_Sabe leer y escribir sin vinculación al sistema educativo

•Preescolar  
25\_Pre-jardín  
26\_Jardín  
27\_Transición

•Básica Primaria  
01\_Primer  
02\_Segundo  
03\_Tercero  
04\_Cuarto  
05\_Quinto

•Básica secundaria  
06\_Sexto  
07\_Séptimo  
08\_Octavo  
09\_Noveno

•Media Académica  
10\_Décimo  
11\_Undécimo

•Media Técnica  
12\_Décimo  
13\_Undécimo

•Normalista  
14\_Décimo  
15\_Undécimo  
16\_Duodécimo  
17\_Décimo tercero

•Superior  
Escriba título obtenido si marca alguna de las siguientes opciones:  
18\_Técnica profesional  
19\_Tecnológica  
20\_Profesional

•Postgrado  
21\_Diplomado  
22\_Especialización  
23\_Maestría  
24\_Doctorado

Título Obtenido (Si tiene más de un título escriba el que el entrevistado considere refleja mejor su formación).  
Si opción entre 18 y 24 escriba el título obtenido.

PA: ¿Hasta qué curso hizo? ¿Cuál fue el último año que pasó, que aprobó o que ganó? ¿Sabe leer y escribir? ¿Va a la escuela, colegio o universidad? ¿Alguna vez estudió? ¿Cuál fue el último año que cursó y ganó?

13. Realización de estudios no formales (capacitación, talleres o cursos)

01\_Sí ¿Cuáles? (escriba hasta dos) 02\_No

PA: ¿Ha hecho algún curso, taller o capacitación? ¿Está estudiando por fuera del colegio (escuela o universidad)? ¿Ha realizado cursos por fuera de la escuela (el colegio o la universidad)? ¿Qué tipo de cursos eran (capacitaciones, talleres)? ¿Dígame los dos cursos (capacitaciones o talleres) que más recuerde o que hayan sido los más importantes para usted? ¿Lo(s) finalizó? ¿Cuánto tiempo duró (duraron) (o/u)? ¿Le dieron algún certificado?

14. Composición del hogar de origen

Integrantes 01\_Si 02\_No

Si opción 01 en integrantes escriba cantidad de hombres y mujeres

PA: ¿Hasta los 12 años cómo estaba conformado su hogar (o la familia) con la que vivió? ¿Durante su infancia con quién vivía? ¿Dígame uno por uno los integrantes de su hogar?

15. Mes y año de la primera vez que comenzó a habitar en calle  
XX\_Mes XXXX\_Año

PA: ¿En cuál año y en cual mes fue la primera vez que habitó en calle? ¿Cuándo fue la primera vez que durmió y comenzó a habitar la calle?

16. Cantidad de tiempo en meses que suspendió la habitabilidad en calle para "residir" en lugares especiales de alojamiento (instituciones, centros) para HC o en viviendas prototípicas.

1 año.....12 meses	6 años.....72 meses
2 años.....24 meses	7 años.....84 meses
3 años.....36 meses	8 años.....96 meses
4 años.....48 meses	9 años.....108 meses
5 años.....60 meses	10 años.....120 meses

17. Lugar en el cual comenzó a habitar en calle

01\_Bogotá (Pase a la pregunta 20)  
02\_Otro municipio de Colombia  
    a\_Municipio  
    b\_Departamento  
03\_otro País      ¿Cuál? (Escriba el nombre del país)

18. ¿Se trasladó a Bogotá siendo habitante de calle?

01\_Sí 02\_No (Pase a pregunta N° 20)





19. ¿Cuál fue la principal razón por la cual se trasladó a Bogotá como habitante de calle?

- 01\_ Búsqueda de mayores medios de subsistencia
- 02\_ Búsqueda de menor presión o persecución social
- 03\_ Huir de graves agresiones físicas infligidas (heridas, golpes)
- 04\_ Huir de riesgo o amenaza a la integridad personal
- 05\_ Gusto u opción por la ciudad
- 06\_ Errante
- 07\_ Otro, ¿cuál?

20. ¿En qué espacio o lugar de la calle durmió la mayoría de las veces durante el último mes o mes anterior a su institucionalización?

- 01\_ Andén
- 02\_ Parque
- 03\_ Debajo de un puente (vehicular especialmente)
- 04\_ Caño o cañerías públicas
- 05\_ Lugares perimetrales de la ciudad
- 06\_ Residencias "pago-diario"
- 07\_ Residencias: "pago-semanal", "pago-quincenal", o "pago mensual"
- 08\_ Hogar de paso, refugio
- 09\_ Institución para HC
- 10\_ Edificaciones abandonadas
- 11\_ Lote o potrero
- 12\_ Otro ¿Cuál?

21. Ubicación del lugar donde la persona ha dormido la mayoría de las veces en el último mes

- 01\_ Bogotá  
*Escriba localidad, escriba barrio, escriba dirección y escriba otro dato de localización*
- 02\_ Otra ciudad o municipio

PA: ¿Dónde queda ese sitio donde usted duerme? ¿Cerca a qué lugar reconocido de la ciudad es donde usted habitualmente duerme? ¿Dónde queda más o menos ubicado ese sitio que me comentó?

#### Código de ubicación

- 01\_ Nombre de parque o plaza
- 02\_ Nombre de iglesia
- 03\_ Nombre de institución educativa
- 04\_ Nombre de institución de salud
- 05\_ Nombre de institución pública diferente a educación y salud
- 06\_ Nombre de institución privada
- 07\_ Nombre de centro comercial
- 08\_ Nombre de otro lugar

#### Localidades

Antonio Nariño	Chapinero	Engativá
Barrios Unidos	Ciudad Bolívar	Kennedy
Bosa	Fontibón	La Candelaria

Los mártires	Santa fé	Tunjuelito
Puente aranda	Suba	Usaquen
Rafael Uribe Uribe	Teusaquillo	Usme

22. Actividad económica (principal y secundaria)

- 01\_ Recoger objetos reciclables
- 02\_ Retacar, mendigar, pedir limosna
- 03\_ Otra prestación de servicios no cualificados (golpear llantas, limpiar vidrios, ventas ambulantes o de dulces)
- 04\_ Delinquir
- 05\_ Otra ¿Cuál?

PA: ¿A qué se dedica principalmente? ¿Cómo consigue dinero? ¿Cómo consigue medios para vivir estando en la calle?

23. Lugar donde realiza la actividad económica principal

- 01\_ Bogotá  
*Escriba localidad, escriba barrio, escriba dirección y escriba otro dato de localización*
- Ver códigos y localidades en la pregunta 21**
- 02\_ Otra ciudad o municipio

PA: ¿Dónde queda ese sitio donde usted "trabaja"? ¿Cerca a qué lugar reconocido de la ciudad es donde usted habitualmente "trabaja"? ¿Dónde queda más o menos ubicado ese sitio que me comentó?

24. ¿Que compra con el dinero que gana?

25. Actividades de tiempo libre (principal y secundaria)

De estas actividades cuál es la que más realiza en su tiempo libre (lea las opciones) y escriba principal y secundaria:

- 01\_ Escuchar música. Escuchar música en radio o reproductores en ambientes no comerciales.
- 02\_ Ver televisión.
- 03\_ Ingresar a sitios. Ingresar a salas de cine, lugares para bailar o parques de diversión.
- 04\_ Asistir a eventos. Asistir a conciertos, exposiciones de arte o teatro.
- 05\_ Actividad física. Realizar ejercicios físicos, caminar o practicar un deporte.
- 06\_ Leer. Lectura de por lo menos dos artículos de prensa en el mismo acto o estar leyendo un libro
- 07\_ Crear. Escribir, dibujar, pintar, hacer manualidades o componer música.
- 08\_ Jugar. Juegos de salón (Billar, rana, domino), videojuegos o maquinas (también juegos tradicionales no deportivos).
- 09\_ Interpretar. Interpretar música, actuar, declamar (cualquier forma de representación artística)

PA: ¿Cuándo no está (mencione la actividad económica principal que refirió el entrevistado) qué es lo que más le gusta hacer? ¿Con qué actividad se divierte? ¿Qué actividad realiza en sus ratos libres?

26. Composición del "hogar" actual

Solo 01\_Si 02\_No **Integrantes** 01\_Si 02\_No

PA: ¿Actualmente (o antes de entrar a la institución), cómo está conformado su hogar (o su familia)? ¿Actualmente (o antes de entrar a la institución) con quien vive, o comparte techo? ¿Dígame uno por uno los miembros de su hogar actual?

#### III. Condiciones de habitabilidad en calle

27. Razones de habitabilidad en calle: expulsoras (principal y secundaria)

- 01\_ Sin hogar de origen (huérfano, abandonado, etc.)
- 02\_ Por castigos físicos
- 03\_ Por castigos verbales
- 04\_ Por abuso sexual
- 05\_ Por descuido o falta de afecto
- 06\_ Por exigencias de generación de ingresos (explotación laboral)
- 07\_ Por búsqueda de medios de subsistencia
- 08\_ Por consumo de alcohol
- 09\_ Por consumo de otras sustancias psicoactivas (marihuana, bazuco, etc.)
- 10\_ Por enfermedad física
- 11\_ Por enfermedad mental
- 12\_ Por enfrentamientos en hogares diferentes al de origen
- 13\_ Por búsqueda de autonomía o independencia
- 14\_ Por gusto
- 15\_ Siempre ha habitado en la calle
- 16\_ Muerte de familiar significativo (padre, madre, hermanos, etc.)
- 17\_ Por influencia de otro u otros habitantes de calle
- 18\_ Otra ¿Cuál?

28. Razones de habitabilidad en calle: permanencia (Principal y secundaria)

- 01\_ Siempre ha habitado en calle
- 02\_ Por la autonomía o independencia que le brinda habitar en calle
- 03\_ Consumo de alcohol
- 04\_ Consumo de otras sustancias psicoactivas (marihuana, bazuco, etc.)
- 05\_ Por enfermedad física (diferente al asociado al consumo de SPA)
- 06\_ Por enfermedad mental (diferente al asociado al consumo de SPA)
- 07\_ Por gusto
- 08\_ Por opción (tiene más de una opción)
- 09\_ Por razones económicas (imposibilidad de generar recursos estables y suficientes) (no significa desempleo).
- 10\_ Otra, ¿Cuál?

PA: ¿Dígame las razones más importantes para que usted permanezca habitando las calles? ¿Cuál es la principal razón por la que usted continúa viviendo en la calle? ¿Hay otras razones menos importantes? ¿Qué lo motiva a vivir en la calle? ¿Alguna otra razón?



**29.** ¿Como habitante de calle, ha recibido algún apoyo en el último año?

¿Recibe apoyo? 01\_ Si 02\_No

Especifique las fuentes de apoyo principal y secundaria.

¿Por parte de quién?

- |              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| 01_Cónyuge   | 07_Madrastra                    |
| 02_Hijos     | 08_Hermanos                     |
| 03_Hijas     | 09_Hermanas                     |
| 04_Padre     | 10_Mediohermanos o hermanastros |
| 05_Madre     | 11_Mediohermanas o hermanastras |
| 06_Padrastra | 12_Otros parientes              |

Tipo de apoyo de la fuente principal

¿Qué tipo de apoyo?

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 01_Alimentación      | 09_Capacitaciones    |
| 02_Vestuario         | 10_Actividad física  |
| 03_Servicio de aseo  | 11_Desintoxicación   |
| 04_Artículos de aseo | 12_Apoyo terapéutico |
| 05_Alojamiento       | 13_Apoyo afectivo    |
| 06_Atención médica   | 14_Trabajo social    |
| 07_Medicamentos      | 15_Recreación        |
| 08_Educación formal  | 16_Dinero            |

Frecuencia del apoyo de la fuente principal

¿Frecuencia promedio?

- 01\_ Todos los días  
02\_ La mayoría de los días  
03\_ Algunos días  
04\_ Muy pocos días

Escriba en cada opción, familia, no parientes y entidades, si el entrevistado ha recibido algún apoyo o no, siendo habitante de calle.

**30.** Vinculación al sistema de salud

01\_ **Contributivo.** Régimen en el cual se paga una cuota de afiliación mensual y una cuota moderadora por cada servicio recibido.

02\_ **Subsidiado.** Régimen en el cual se paga una cuota en el momento de recibir algún servicio.

03\_ **Vinculado.** Régimen que cubre a las personas que tienen una certificado de población especial, o a personas que han recibido algún servicio sin haber pagado y sin poseer ninguna afiliación al sistema.

04\_ **Ninguno.** Cuando la persona nunca ha recibido un servicio o no se ha afiliado a ningún régimen.

PA: ¿Está usted vinculado al sistema de salud? ¿Qué tipo de vinculación en salud tiene? ¿Cuándo se enferma, o si ha estado enfermo, a donde ha acudido? ¿Tiene algún carné de salud para que lo atiendan por si se enferma?

**31.** ¿Como habitante de calle, ha vivido alguna de las siguientes situaciones?

Determine si al entrevistado como habitante de calle, le han ocurrido las siguientes situaciones y quien fue el responsable.

¿Le ha ocurrido?

01\_ Si 02\_No

¿Por parte de quién?

- 01\_Otros habitantes de calle  
02\_Amigos o familiares no habitantes de calle  
03\_Jíbaros, dueño de la olla, guardia de olla, campanero.  
04\_Miembro de pandilla, miembro de banda u otros delincuentes  
05\_Comerciantes  
06\_Miembros JAC o de otras organizaciones barriales  
07\_Pobladores de barrios  
08\_Desconocidos  
09\_Policia  
10\_Ejército  
11\_Vigilantes privados  
12\_Guerrilleros  
13\_Paramilitares  
14\_Organizaciones de limpieza social

Pregunte si el habitante de calle, ha participado o no, en cada una de estas actividades.

¿Lo ha realizado?

01\_ Si 02\_No

#### IV. Condiciones de salud física y mental

**32.** ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias en el último año?

Lea las opciones, y marque la respuesta para cada una. Deténgase en aquellas donde el entrevistado haya contestado afirmativamente y pregunte.

PA: ¿Cuántos años tenía cuando la consumió por primera vez? ¿Con qué frecuencia la consume? ¿Cuándo consume, en el mismo día, cuánto consume?

Consumo 01\_Si 02\_No

Edad de inicio de consumo

- Frecuencia 01\_ Todos los días  
02\_ Más de tres veces por semana  
03\_ Más de tres veces al mes  
04\_ Menos de una vez al mes

Intensidad diaria

- Intensidad para Cigarrillo: unidad "un cigarrillo"
- Intensidad para Alcohol (incluye "chicha", "guarapo", "chamber"): unidad "media botella"
- Intensidad para Marihuana: unidad "un bareto"
- Intensidad para inhalantes: unidad "un frasco" (mediano que equivale a dos frasquitos)

•Intensidad para basuco: unidad "una bicha"

•Intensidad para cocaína o "perica": unidad "una papeleta"

•Intensidad para "pepas": unidad "una pepa" o "una cápsula"  
Cantidades para Otro

•Intensidad para Heroína: unidad "una papeleta"

•Intensidad para Hongos: unidad "una caperuzo"

**33.** ¿Ha padecido alguna enfermedad física en el último año? Marque con una X dentro del cuadro que corresponda las categorías que el habitante de calle mencione y especifique en la línea el nombre de la enfermedad

**34.** ¿Ha vivido alguna de las siguientes situaciones no inducidas por el consumo de SPA?

01\_Si 02\_No

**35.** ¿Un psiquiatra le ha diagnosticado alguna enfermedad mental no relacionada con el consumo de SPA?

01\_Si 02\_No

#### V. Datos por observación

**36.** Número de habitantes de calle con quienes se encontraba XX  
Estime el número de habitantes de calle con quienes se encontraba el HC en su entorno más cercano sin contarle a el.

**37.** Número de perros con los que se encontraba XX

**38.** Número de otros animales con los que se encontraba XX  
¿Cuáles?

#### VI. Sin entrevista

**39.** Atribución de habitabilidad en calle

01\_Apariencia 02\_Referencia de otro habitante de calle

**40.** Sexo

**41.** Edad apreciada XX  
Calcule la edad del HC

**42.** Tipo de rechazo

**43.** Condición observada

*Anexo C - Formulario de Entrevista para el Levantamiento Nacional de Uso de drogas en Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en 27 Capitales Brasileñas*



10 Mora com a família?

não

11 Com quem morava antes de ir para a rua? + de 1 resposta

pai

mãe

padrasto

madrasta

irmão(s)

avô

avó

tios

pais adotivos

outros: \_\_\_\_\_

12 Total de pessoas com quem morava: \_\_\_\_\_ pessoas

13 Quantas vezes tentou voltar a morar com essa(s) pessoa(s)?

nenhuma

1 a 2 vezes

3 a 4 vezes

mais de 5 vezes

não tem casa (família)

17 Tem irmãos que ficam na rua?

não sei

não

sim. Quantos? \_\_\_\_\_

18 Há quanto tempo você frequenta a rua?

não se lembra

até 6 meses

mais de 6 meses até 1 ano

mais de 1 ano até 2 anos

mais de 2 anos até 5 anos

mais de 5 anos

não frequenta a rua

sim

14 Com quem mora? + de 1 resposta

pai

mãe

padrasto

madrasta

irmão(s)

avô

avó

tios

pais adotivos

outros: \_\_\_\_\_

15 Total de pessoas com quem mora: \_\_\_\_\_ pessoas

16 Quantos dias por semana fica em casa?

1 dia por semana ou menos

2 a 4 dias por semana

todos ou quase todos os dias (5 ou mais dias/semana)

19 Por quais motivos você foi para a rua? + de 1 resposta

procurar sustento para si mesmo

procurar sustento para família

acompanhar pai, mãe, avós, tios. Quem? \_\_\_\_\_

acompanhar irmãos

acompanhar outras pessoas. Quem? \_\_\_\_\_

procurar diversão, liberdade

não tinha nada mais legal para fazer

mãe "casou/juntou"

morte dos pais ou de um deles

apanhava em casa

discussões constantes

abuso sexual

pais (ou madrasta/ padrasto) bebiam ou usavam drogas

tentaram interná-lo em alguma instituição

porque quis. Como assim? \_\_\_\_\_

nunca foi para a rua

outros: \_\_\_\_\_

20 Nessa época em que você começou a sair para a rua, alguma pessoa com quem você morava ficava brava, agressiva, violenta ou fazia alguma outra coisa que te incomodava? + de 1 resposta

não

discussão, bronca exagerada

ameaça de soco, tapa, empurrão

deu de fato soco, tapa, empurrão

ameaça com objeto (pedaço de madeira, bituca de cigarro, etc.)

agressão com objeto (pedaço de madeira, bituca de cigarro, etc.)

ameaça com arma (faca, revólver)

agressão com arma (faca, revólver)

21 Quem fazia isso? + de 1 resposta

mãe

pai

irmã

irmão

outro: \_\_\_\_\_

22 Essa(s) pessoa(s) fazia(m) isso embriagada(s), sob efeito de droga ou de "cara limpa"? + de 1 resposta

de "cara limpa"

embriagada (álcool)

sob efeito de outra droga

23 Qual droga? + de 1 resposta

maconha

cocaína/crack/merla

outra: \_\_\_\_\_

25 Durante esse tempo que você frequenta a rua, alguma pessoa da rua já ficou brava, agressiva, violenta ou fez alguma outra coisa que te incomodou? + de 1 resposta

não

- |                                                                                           |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> discussão, bronca exagerada                                      | <input type="checkbox"/> tentativa de mexer no corpo, beijar    |
| <input type="checkbox"/> ameaça de soco, tapa, empurrão                                   | <input type="checkbox"/> mexeu de fato no corpo, beijou de fato |
| <input type="checkbox"/> deu de fato soco, tapa, empurrão                                 | <input type="checkbox"/> relação sexual forçada                 |
| <input type="checkbox"/> ameaça com objeto (pedaço de madeira, bituca de cigarro, etc.)   | <input type="checkbox"/> ameaça de castigo                      |
| <input type="checkbox"/> agressão com objeto (pedaço de madeira, bituca de cigarro, etc.) | <input type="checkbox"/> deu de fato castigo. Qual? _____       |
| <input type="checkbox"/> ameaça com arma (faca, revólver)                                 | <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____                     |
| <input type="checkbox"/> agressão com arma (faca, revólver)                               |                                                                 |

26 Sofreu alguma violência por parte da polícia?  
 não  
 sim. Qual tipo? \_\_\_\_\_

27 Já procurou ajuda da polícia alguma vez?  
 não. Por que não? \_\_\_\_\_  
 sim  
27 Por qual motivo? \_\_\_\_\_  
28 Conseguiu ajuda? \_\_\_\_\_

29 O que faz durante o dia (de um mês para cá)? + de 1 resposta

em geral...

- anda pelas ruas, olha as coisas que acontecem na rua
- vai para cidades próximas
- brincadeiras, diversão: solta pipa, joga bola, etc.

atividades mais específicas....

- vai na igreja
- curso profissionalizante (artesanato, computação, idiomas, etc.)
- estuda em escola regular
- esporte/arte: capoeira, hip-hop, dança, etc. Com professor?  
 sim  não

para conseguir dinheiro...

- pede dinheiro (esmola)
- faz coisas para vender (artesanato, comida, etc.)
- vende coisas: doces, picolés, artesanato, brinquedos, flanela ou outros objetos
- vigia carros, engraxa sapatos, limpa pára-brisa de carros, malabarismo, distribui panfletos, etc.
- furta, rouba
- entrega ou vende droga (maconha, cocaína, crack, etc.)
- transa para ter dinheiro

outros: \_\_\_\_\_

30 Quantas horas por dia fica na rua?  
 de 1 a 2 horas  
 de 3 a 5 horas  
 de 6 a 8 horas  
 mais de 8 horas  
 não fica na rua

31 Quanto dinheiro ganha nas ruas por dia? \_\_\_\_\_

32 Tem salário?  
 não  
 sim  
33 Quanto ganha por mês? \_\_\_\_\_  
34 Tem registro em carteira?  
 não  
 sim

36 Qual(is) das seguintes substâncias você já experimentou na sua vida? + de 1 resposta

T	<input type="checkbox"/> cigarro comum	
A	<input type="checkbox"/> cerveja	<input type="checkbox"/> outra bebida alcoólica. Qual(is)? _____
	<input type="checkbox"/> vinho	
	<input type="checkbox"/> pinga	
S	<input type="checkbox"/> cola	<input type="checkbox"/> thinner
	<input type="checkbox"/> esmalte	<input type="checkbox"/> benzina
	<input type="checkbox"/> loló	<input type="checkbox"/> outros solventes. Quais? _____
	<input type="checkbox"/> lança	
M	<input type="checkbox"/> maconha	<input type="checkbox"/> haxixe
C	<input type="checkbox"/> cocaína (pó, farinha) cheirada	<input type="checkbox"/> crack
	<input type="checkbox"/> cocaína (pó, farinha) injetada	<input type="checkbox"/> outra droga derivada da coca. Qual? _____
	<input type="checkbox"/> merla	
R	<input type="checkbox"/> Rohypnol® (Rocha)	<input type="checkbox"/> Dorilex®
	<input type="checkbox"/> Artane® (Aranha)	<input type="checkbox"/> outros remédios. Quais? _____
	<input type="checkbox"/> Benflugin®	
CH	<input type="checkbox"/> chá de cogumelo	<input type="checkbox"/> outros chás. Quais? _____
	<input type="checkbox"/> chá de lírio (trombeteira, zabumba, saia branca, véu de noiva)	
O	<input type="checkbox"/> outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/> outra. Qual? _____
	<input type="checkbox"/> outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/> outra. Qual? _____

nunca usou essas substâncias  
(pular para a página 22 do questionário)

37 Tirando álcool e cigarro, qual droga você usou primeiro?

- a  a primeira droga foi \_\_\_\_\_  
 e  não usou outra droga além do tabaco e álcool

38 Você usou essa primeira droga antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra    e  antes    c  depois

39 Por qual motivo você usou essa droga pela primeira vez? + de 1 resposta

- a  acompanhar amigo(s) que estava(m) usando, fazer parte do grupo  
 e  acompanhar alguém da família  
 c  curiosidade, queria saber como era  
 o  foi forçado a usar  
 e  procurava coisa mais forte  
 r  outro motivo. Qual? \_\_\_\_\_

8

T CIGARRO COMUM

1 A primeira vez que fumou cigarro foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
 e  antes  
 c  depois

2 De um ano para cá você fumou cigarro?

- a  não  
 e  sim

3 De um mês para cá você fumou cigarro?

- a  não  
 e  sim

4 De um mês para cá, quantos dias você fumou cigarro?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 e  alguns dias (4 a 19 dias)  
 c  poucos dias (1 a 3 dias)

5 De um mês para cá, quantos cigarros, mais ou menos, você fumou por dia? \_\_\_\_\_ cigarros

6 Como consegue o cigarro (nesse mês)? + de 1 resposta

- a  compra pessoalmente em padaria, bar, venda, banca de jornal.  
 É fácil comprar?    a  não    z  sim  
 e  compra pessoalmente em supermercado.  
 É fácil comprar?    a  não    z  sim  
 c  compra pessoalmente em camelô (vendedor de rua, ambulante)  
 o  compra pessoalmente em outro local. Onde? \_\_\_\_\_  
 e  pede para outro comprar. Onde? \_\_\_\_\_  
 r  pede/ganha de alguém do grupo  
 a  outro. Qual? \_\_\_\_\_

9

A

**BEBIDAS ALCOÓLICAS**  
(cerveja, pinga, vinho entre outras)

1 A primeira vez que bebeu foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
b  antes  
c  depois

2 De um ano para cá você tomou alguma dessas bebidas?

- a  não + de 1 resposta  
b  cerveja  
c  vinho  
d  pinga  
e  outra bebida alcoólica. Qual? \_\_\_\_\_

3 De um mês para cá você tomou alguma dessas bebidas?

- a  não + de 1 resposta  
b  cerveja  
c  vinho  
d  pinga  
e  outra bebida alcoólica. Qual? \_\_\_\_\_

4 De um mês para cá, quantos dias você tomou alguma dessas bebidas?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
b  alguns dias (4 a 19 dias)  
c  poucos dias (1 a 3 dias)

5 Como consegue essa(s) bebida(s) (nesse mês)? + de 1 resposta

- a  compra pessoalmente em padaria, bar, venda.  
É fácil comprar? 1  não 2  sim  
b  compra pessoalmente em supermercado.  
É fácil comprar? 1  não 2  sim  
c  compra pessoalmente em outro local. Onde? \_\_\_\_\_  
d  pede para outra pessoa comprar. Onde? \_\_\_\_\_  
e  pede/ganha de alguém do grupo  
f  outro. Qual? \_\_\_\_\_

10

S

**SOLVENTES e INALANTES**  
(cola, esmalte, thinner, benzina, lança, loló, entre outros)

1 A primeira vez que usou solvente foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
b  antes  
c  depois

2 De um ano para cá você cheirou alguma dessas substâncias?

- a  não + de 1 resposta  
b  cola  
c  esmalte  
d  loló  
e  lança  
f  thinner  
g  benzina  
h  outros solventes. Quais? \_\_\_\_\_

3 De um mês para cá você cheirou alguma dessas substâncias?

- a  não + de 1 resposta  
b  cola  
c  esmalte  
d  loló  
e  lança  
f  thinner  
g  benzina  
h  outros solventes. Quais? \_\_\_\_\_

4 De um mês para cá, quantos dias você cheirou alguma dessas substâncias?

- a  Todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
b  Alguns dias (4 a 19 dias)  
c  Poucos dias (1 a 3 dias)

5 Como consegue essas substâncias (nesse mês)? + de 1 resposta

(dar as opções de resposta e deixar claro que não é para identificar locais ou pessoas)

- a  compra pessoalmente no comércio (venda, mercado, etc.).  
É fácil comprar? 1  não 2  sim  
b  compra pessoalmente em camelô (vendedor de rua)  
c  compra de outra forma. Qual? \_\_\_\_\_  
d  pede para outra pessoa comprar. Onde? \_\_\_\_\_  
e  pede/ganha de alguém do grupo  
f  não quer falar  
g  outro. Qual? \_\_\_\_\_

11



M

## MACONHA

1 A primeira vez que fumou maconha foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
 b  antes  
 c  depois

2 De um ano para cá você fumou maconha?

- a  não  
 b  sim

3 De um mês para cá você fumou maconha?

- a  não  
 b  sim

4 De um mês para cá, quantos dias você fumou maconha?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b  alguns dias (4 a 19 dias)  
 c  poucos dias (1 a 3 dias)

5 Usou maconha misturada com alguma outra coisa (nesse mês)?

- a  não  
 b  sim

6 Com o que? \_\_\_\_\_

7 Qual o nome da mistura? \_\_\_\_\_

12

C

## COCAÍNA (pó, branquinha), CRACK (pedra) ou MERLA

1 A primeira vez que usou pó, crack ou merla foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
 b  antes  
 c  depois

2 De um ano para cá você usou alguma dessas substâncias?

- a  não + de 1 resposta  
 b  cocaína (cheirada)  
 c  cocaína (injetada na veia)  
 d  crack  
 e  merla  
 f  outra: \_\_\_\_\_

3 De um mês para cá você usou alguma dessas substâncias?

- a  não + de 1 resposta  
 b  cocaína (cheirada)  
 c  cocaína (injetada na veia)  
 d  crack  
 e  merla  
 f  outra: \_\_\_\_\_

4 De um mês para cá, quantos dias você usou alguma dessas substâncias?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b  alguns dias (4 a 19 dias)  
 c  poucos dias (1 a 3 dias)

13

REMÉDIOS e MEDICAMENTOS: Rohypnol® (Rocha),  
Artane® (Aranha), Benflogin® (para ter barato, ficar louco)

R

ROHYPNOL® (Rocha)

nome usado

- 1 A primeira vez que tomou Rohypnol® foi antes ou depois de ir para a rua?
  - a  não lembra
  - b  antes
  - c  depois
- 2 De um ano para cá você tomou Rohypnol®?
  - a  não
  - b  sim
- 3 De um mês para cá você tomou Rohypnol®?
  - a  não
  - b  sim
- 4 De um mês para cá, quantos dias você tomou Rohypnol®?
  - a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)
  - b  alguns dias (4 a 19 dias)
  - c  poucos dias (1 a 3 dias)
- 5 De um mês para cá, quantos comprimidos tomou por vez?
 

\_\_\_\_\_ comprimidos
- 6 Usou Rohypnol® misturado com alguma outra coisa (nesse mês)?
  - a  não
  - b  sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 7 De um mês para cá como consegue o Rohypnol®? [+ de 1 resposta]
  - a  compra pessoalmente na farmácia.  
Precisa de receita?  não  sim
  - b  outra pessoa compra na farmácia.  
Precisa de receita?  não  sim
  - c  ganha de alguém do grupo
  - d  consegue de outra forma: \_\_\_\_\_
- 8 O que sente quando usa?
 

de BOM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de RUIM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14

R

ARTANE® (Aranha)

nome usado

- 1 A primeira vez que tomou Artane® foi antes ou depois de ir para a rua?
  - a  não lembra
  - b  antes
  - c  depois
- 2 De um ano para cá você tomou Artane®?
  - a  não
  - b  sim
- 3 De um mês para cá você tomou Artane®?
  - a  não
  - b  sim
- 4 De um mês para cá, quantos dias você tomou Artane®?
  - a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)
  - b  alguns dias (4 a 19 dias)
  - c  poucos dias (1 a 3 dias)
- 5 De um mês para cá, quantos comprimidos tomou por vez?
 

\_\_\_\_\_ comprimidos
- 6 Usou Artane® misturado com alguma outra coisa (nesse mês)?
  - a  não
  - b  sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 7 De um mês para cá como consegue o Artane®? [+ de 1 resposta]
  - a  compra pessoalmente na farmácia.  
Precisa de receita?  não  sim
  - b  outra pessoa compra na farmácia.  
Precisa de receita?  não  sim
  - c  ganha de alguém do grupo
  - d  consegue de outra forma: \_\_\_\_\_
- 8 O que sente quando usa?
 

de BOM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de RUIM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15

R

## BENFLOGIN®

nome usado \_\_\_\_\_

1 A primeira vez que tomou Benflogin® foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
 b  antes  
 c  depois

2 De um ano para cá você tomou Benflogin®?

- a  não  
 b  sim

3 De um mês para cá você tomou Benflogin®?

- a  não  
 b  sim

4 De um mês para cá, quantos dias você tomou Benflogin®?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b  alguns dias (4 a 19 dias)  
 c  poucos dias (1 a 3 dias)

5 De um mês para cá, quanto toma por vez?

- a  comprimidos. Quantos? \_\_\_\_\_  
 b  líquido. Quantos vidros? \_\_\_\_\_

6 Usou Benflogin® misturado com alguma outra coisa (nesse mês)?

- a  não  
 b  sim. Qual? \_\_\_\_\_

7 De um mês para cá, como consegue o Benflogin®? + de 1 resposta

- a  compra pessoalmente na farmácia.  
 Precisa de receita?  não  sim  
 b  outra pessoa compra na farmácia.  
 Precisa de receita?  não  sim  
 c  ganha de alguém do grupo  
 d  consegue de outra forma: \_\_\_\_\_

8 O que sente quando usa?

de BOM: \_\_\_\_\_

de RUIM: \_\_\_\_\_

16

CH

## CHÁ (para ter barato, ficar louco)

Chá de \_\_\_\_\_

1 A primeira vez que tomou esse chá foi antes ou depois de ir para a rua?

- a  não lembra  
 b  antes  
 c  depois

2 De um ano para cá você tomou esse chá?

- a  não  
 b  sim

3 De um mês para cá você tomou esse chá?

- a  não  
 b  sim

4 De um mês para cá, quantos dias você tomou esse chá?

- a  todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b  alguns dias (4 a 19 dias)  
 c  poucos dias (1 a 3 dias)

5 De um mês para cá, como consegue a base do chá (planta, cogumelo ou outro)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17

O

## OUTRA DROGA (outro remédio, chá, etc.)

Qual?

1 Como era essa droga que você usa ou usou?

- a remédio em comprimido ou cápsula (pedrinha)  
 b remédio em xarope (melado)  
 c remédio líquido de gota  
 d remédio líquido que injeta na veia  
 e cigarro  
 f chá  
 g outros: \_\_\_\_\_

2 Você usou essa droga antes ou depois de ir para a rua?

- a não lembra  
 b antes  
 c depois

3 De um ano para cá você usou essa droga?

- a não  
 b sim

4 De um mês para cá você usou essa droga?

- a não  
 b sim

5 De um mês para cá, quantos dias você usou essa droga?

- a todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b alguns dias (4 a 19 dias)  
 c poucos dias (1 a 3 dias)

6 O que sente quando usa?

de BOM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de RUIM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O

## OUTRA DROGA (outro remédio, chá, etc.)

Qual?

1 Como era essa droga que você usa ou usou?

- a remédio em comprimido ou cápsula (pedrinha)  
 b remédio em xarope (melado)  
 c remédio líquido de gota  
 d remédio líquido que injeta na veia  
 e cigarro  
 f chá  
 g outros: \_\_\_\_\_

2 Você usou essa droga antes ou depois de ir para a rua?

- a não lembra  
 b antes  
 c depois

3 De um ano para cá você usou essa droga?

- a não  
 b sim

4 De um mês para cá você usou essa droga?

- a não  
 b sim

5 De um mês para cá, quantos dias você usou essa droga?

- a todos os dias ou quase todos os dias (20 dias ou mais)  
 b alguns dias (4 a 19 dias)  
 c poucos dias (1 a 3 dias)

6 O que você sente quando usa?

de BOM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de RUIM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Pensando em todas essas substâncias que você usa ou usou...*

- 38 O que acha que o uso de drogas faz com a sua saúde? + de 1 resposta
- a  bem. Por quê? \_\_\_\_\_
  - b  mal. Por quê? \_\_\_\_\_
  - c  não sabe
  - d  não altera minha saúde

- 39 Já usou mais de uma droga ao mesmo tempo ou misturada?

- a  não
- b  não lembra
- c  sim

- 41 Ao mesmo tempo ou misturada? + de 1 resposta

- a  ao mesmo tempo. Quais? \_\_\_\_\_
- b  misturada
- 42 Quais drogas? \_\_\_\_\_
- 43 Qual o nome da mistura? \_\_\_\_\_
- 44 Quais drogas? \_\_\_\_\_
- 45 Qual o nome da mistura? \_\_\_\_\_

- 46 Você já usou alguma droga injetável (back/injetou pelos canos)?

- a  não
- b  sim

- 47 Como diluiu a droga? + de 1 resposta

- a  em água de torneira
- b  em água de copinho
- c  em água parada de rua
- d  em água de privada
- e  a droga já era líquida
- f  não sabe, não lembra
- g  outros: \_\_\_\_\_

*Depois que você usou bebidas alcoólicas ou outras drogas, já se arriscou de alguma forma...*

- 48 Andou pelas ruas sem cuidado, por exemplo, com risco de ser atropelado?
- a  não
  - b  sim
  - c  não lembra
- 49 Foi roubar?
- a  não
  - b  sim
  - c  não lembra
- 50 Transou sem camisinha?
- a  não
  - b  sim
  - c  não lembra

- 51 Ficou mais bravo, irritado ou "solto" e provocou os outros?

- a  não
- b  sim
- c  não lembra

- 52 Ficou "mole", "devagar" e aí os outros te prejudicaram (roubaram, bateram)?

- a  não
- b  sim
- c  não lembra

- 53 Já adormeceu (caiu no sono) com o saquinho de solvente (paninho ou outro) muito perto do rosto?

- a  não
- b  sim
- c  não lembra

- 54 Já passou muito mal depois de ter usado bebida alcoólica ou outra droga?

- a  não
- b  sim

- 55 O que sentiu? (em caso de múltiplos episódios, relatar o mais significativo para o entrevistado)

- 56 O que você ou as pessoas que estavam por perto fizeram?

- 57 Quando você sentiu uma vontade muito grande (fissura) e não tinha dinheiro ou a droga "na hora", o que já fez para conseguir a droga ou dinheiro para comprar? + de 1 resposta

- a  nunca senti vontade muito grande

- b  roubou

- c  transou (fez sexo). Usou camisinha?

- a  sim
- b  não
- c  não lembra

- d  sexo oral (boquete, chupeta)

- e  fez alguma outra coisa. Qual? \_\_\_\_\_

- 58 Já tentou (de fato) parar de usar a droga?

- a  não

- b  sim. Qual(is) droga(s)? \_\_\_\_\_

- 59 Alguém te ajudou nessa tentativa? + de 1 resposta

- a  tentei sozinho

- b  tentei com um amigo ou grupo de amigos

- c  alguém da igreja (católica, evangélica, outras)

- d  alguém de instituição (educador, assistente social, etc.)

- e  alguém do hospital ou posto de saúde (médico, enfermeiro, etc.)

- f  alguém da família

- g  outros: \_\_\_\_\_

**RETOMAR A ENTREVISTA PARA TODOS,  
INCLUSIVE PARA QUEM NÃO TENHA USADO DROGAS**

**60 USA** atualmente pelo menos uma droga (ilícita).  
Por qual motivo você usa? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> não sei	<input type="checkbox"/> porque os amigos usam
<input type="checkbox"/> acha legal, gostoso, divertido	<input type="checkbox"/> para esquecer a fome, frio
<input type="checkbox"/> para se sentir mais solto (desinibido)	<input type="checkbox"/> para esquecer a tristeza, (coisas ruins)
<input type="checkbox"/> para se sentir mais forte, poderoso, corajoso	<input type="checkbox"/> outro. <b>Qual?</b> _____
<input type="checkbox"/> porque é fácil conseguir	

**61 NÃO USA MAIS** nenhuma droga (ilícita) atualmente.  
Por qual motivo parou de usar? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> não sei	<input type="checkbox"/> por causa da saúde
<input type="checkbox"/> família é contra	<input type="checkbox"/> medo de viciar
<input type="checkbox"/> amigos, namorado(a) são contra	<input type="checkbox"/> usou e passou mal
<input type="checkbox"/> por causa da religião	<input type="checkbox"/> outro. <b>Qual?</b> _____
<input type="checkbox"/> por medo da polícia	

**62 NUNCA USOU** qualquer droga (ilícita).  
Por qual motivo nunca usou? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> não sei	<input type="checkbox"/> por causa da saúde
<input type="checkbox"/> família é contra	<input type="checkbox"/> medo de viciar
<input type="checkbox"/> amigos, namorado(a) são contra	<input type="checkbox"/> usou e passou mal
<input type="checkbox"/> por causa da religião	<input type="checkbox"/> outro. <b>Qual?</b> _____
<input type="checkbox"/> por medo da polícia	

**63** Você já pensou em se matar?... Já tentou de fato?  
 nunca tentou  
 já tentou. **Quantas vezes?** \_\_\_\_\_

**64** Como fez? \_\_\_\_\_

**65** O que passava na sua cabeça quando veio a idéia de se matar?  
\_\_\_\_\_

**66** Tinha tomado droga pouco antes da tentativa?  
 não  
 sim. **Qual(is)?** \_\_\_\_\_

**67** Qual seu maior medo? \_\_\_\_\_

**68** O que gostaria ou gosta de fazer? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> trabalhar	<input type="checkbox"/> desenhar/pintar/artesanato
<input type="checkbox"/> estudar/ler/escrever	<input type="checkbox"/> namorar
<input type="checkbox"/> esportes	<input type="checkbox"/> descansar/pensar
<input type="checkbox"/> brincar	<input type="checkbox"/> nada
<input type="checkbox"/> passear	<input type="checkbox"/> roubar
<input type="checkbox"/> assistir TV	<input type="checkbox"/> usar drogas
<input type="checkbox"/> música	<input type="checkbox"/> outros: _____

**69** O que gostaria que acontecesse de bom na sua vida? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> trabalhar	<input type="checkbox"/> resolver seus problemas pessoais
<input type="checkbox"/> estudar	<input type="checkbox"/> melhorar sua relação com a família
<input type="checkbox"/> ocupar melhor o tempo (recreações, esportes, etc.)	<input type="checkbox"/> conseguir usar menos drogas ou parar de usar
<input type="checkbox"/> resolver problemas com polícia	<input type="checkbox"/> conseguir comida
<input type="checkbox"/> resolver problemas de saúde	<input type="checkbox"/> não precisa de ajuda
<input type="checkbox"/> conseguir lugar para morar	<input type="checkbox"/> outro. <b>Qual?</b> _____

**70** Já ouviu falar em Conselho Tutelar?  
 não  
 sim

**71** Sabe para que serve?  não  sim

**72** Já buscou ajuda através do Conselho Tutelar?  não  sim

**73** E resolveu o problema de fato?  não  sim

**74** Já ouviu falar no Estatuto da Criança e do Adolescente?  
 não  
 sim. **Sabe** para que serve?  não  sim

**75** Conhece algum dos seus direitos?  
 não  
 sim. **Quais?** \_\_\_\_\_

**76** Quem você procura para garantir seus direitos (os direitos que ele conhece)? + de 1 resposta

<input type="checkbox"/> ninguém	<input type="checkbox"/> conselho tutelar
<input type="checkbox"/> parentes	<input type="checkbox"/> promotor de justiça
<input type="checkbox"/> amigos	<input type="checkbox"/> vara da infância e da juventude
<input type="checkbox"/> polícia (delegacia)	<input type="checkbox"/> outros: _____
<input type="checkbox"/> polícia comum	