



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Castaños-Cervantes, Susana; Sánchez-Sosa, Juan J.
Hacia una construcción de una concepción psico-sociocultural de niñas y jóvenes
mexicanas en situación de calle: Una aproximación cualitativa
Anales de Psicología, vol. 32, núm. 2, mayo, 2016, pp. 516-527
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16745250023>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hacia una construcción de una concepción psico-sociocultural de niñas y jóvenes mexicanas en situación de calle: Una aproximación cualitativa

Susana Castaños-Cervantes* y Juan J. Sánchez-Sosa

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (México).

Resumen: Las niñas y jóvenes en situación de calle padecen explotación laboral y sexual, violencia, discriminación y censura en una proporción mayor que el resto de la población. Empero, actualmente, al menos en México, todavía no hay una definición de dicho colectivo social y tanto sus características como la magnitud y dimensiones del fenómeno son conocidas parcialmente y superficialmente. Se realizó esta investigación para elaborar y validar una tipología que permita definir y caracterizar a niñas y jóvenes en situación de calle de la Ciudad de México. Se llevaron a cabo 300 entrevistas a profundidad, con las cuales se efectuó un análisis de contenido. Los resultados principales muestran que las menores y jóvenes en situación de calle son un grupo social inmerso en condiciones de marginación, exclusión social, pobreza y violencia predominantemente. A su vez, dicho colectivo incluye a dos subgrupos: aquellas en riesgo de calle o en desventaja social y aquellas de calle o sin hogar. Con tales resultados se tiene una tipología que permite definir, caracterizar y delimitar a la población bajo estudio, y a partir de la cual se puede conocer con mayor certeza y precisión la problemática y elaborar e implementar estrategias efectivas de atención.

Palabras clave: conceptualización; niñas y jóvenes en situación de calle; niñas y jóvenes en riesgo de calle; niñas y jóvenes de calle.

Title: Towards a psychosocial and cultural definition of Mexican homeless girls: A qualitative approach.

Abstract: Homeless women are one of the most vulnerable groups worldwide since they are victims of labor and sexual exploitation, abuse, discrimination and marginalization at a higher rate than the rest of the population. However, currently, Mexico lacks of an accurate definition of such social group, and their characteristics as well as the magnitude and dimensions of the phenomenon are only partially and superficially known. The purpose of this research was to develop and validate a typology of homeless girls living in Mexico City. To fulfill this purpose, 300 in-depth interviews were conducted and examined thoroughly with a systematic analysis of the content. The main results indicate that Mexican homeless girls constitute a social group immersed predominantly in circumstances of violence, marginalization, poverty and social exclusion. Also, this collective includes two subgroups: girls at risk of homelessness, and girls who are emergency sheltered, unsheltered or absolutely homeless and living in places not intended for human habitation. With this typology it is possible to define, characterize and distinguish Mexican homeless girls. In addition, the phenomenon can be known with more certainty and accuracy enabling, thus, the design of effective treatment strategies.

Key words: conceptualization; homeless girls; girls at risk of homelessness; emergency sheltered or unsheltered girls.

Introducción

Las mujeres en situación de calle, grupo sociocultural que incluye a aquellas que han abandonado su hogar y a las que todavía permanecen en éste, se caracterizan por desenvolverse en entornos familiares disfuncionales, en comunidades inmersas en problemas sociales sin soluciones eficaces por parte del gobierno y de la sociedad, en sistemas educativos que no responden ni se adecúan a sus necesidades e intereses y en ámbitos económicos precarios (Guerrero y Palma, 2010). Así mismo, constituyen el sector de mayor crecimiento poblacional (Committee Opinion, 2013), pues, actualmente, no hay un solo país en el mundo sin la presencia de este grupo social (Jabeen y Azra, 2013). Empero, todavía no hay una concepción clara y delimitada sobre dicho grupo sociocultural. Esto es, no se sabe con certeza y precisión quiénes son, cuáles son sus características y necesidades y tienden a incluirse como parte de otros grupos vulnerables como serían las víctimas de trata, las sexoservidoras y las que se encuentran en estado de abandono u orfandad, entre otros, sin tomar en consideración las diferencias individuales, sociales y culturales entre los distintos colectivos. Tales circunstancias dificultan la obtención de información referente a la magnitud y dimensiones del fenómeno, las características de dicha población y la elaboración e implementación de líneas de acción bien definidas.

Aunque hay indicios de juventud callejera durante la Edad Media, no es sino hasta fines del siglo XIX en Europa y específicamente en 1851 en Inglaterra, que el término general “Niño de la calle” fue ideado por Henry Mayhew al escribir *London Labour and the London Poor* (T. Scanlon, Tomkins, Lynch y M. Scanlon, 1998). Durante esa época fue usado por organizaciones caritativas para referirse a niños que no se sometían a los ideales predominantes de una infancia en familia (Castro-Cavero, 2008) y que surgieron como consecuencia de las crisis socioeconómicas vividas durante esa época. Sin embargo, es hasta 1979, año declarado por las Naciones Unidas como año del infante, que la expresión comenzó a ser uso del dominio público. Ya en la década de los 80's, dicho vocablo se usó para referirse a la niñez en alto riesgo de las áreas urbanas, suburbanas y rurales, sin tomar en cuenta las diferencias entre ellos. No son todos abandonados y no todos viven en la calle. No es lo mismo un niño de la calle que fue abandonado por sus familiares a otro que se salió de su hogar, que trabaja en la calle pero cuenta con una familia o que trabaja en las calles porque sus familiares lo obligan. Aunado a lo anterior, de acuerdo con sociólogos y antropólogos, el término “menores callejeros” es un constructo social que no agrupa una población claramente definida y homogénea (Thomas, 2007). No obstante, desde entonces se han elaborado múltiples definiciones al respecto que varían de acuerdo con el país y la época. Por ejemplo, durante la década de los 80's prevaleció el término “Menor en estrategia de sobrevivencia” haciendo alusión a niños, niñas y adolescentes que mantienen un vínculo familiar y realizan actividades de generación de ingresos en respuesta a situaciones socialmente impuestas dentro o fuera del núcleo familiar, en la calle o fuera de ella, como parte de la economía informal o marginal y para las cuales utilizan un tiem-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Dra. Susana Castaños Cervantes. Ocotepéc 34 Casa 2. Col. San Jerónimo Lídice. Del. Magdalena Contreras. C.P. 10200. México, D.F. (México).
E-mail: susyc84@gmail.com

po parcial o total (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1989). Más adelante, a lo largo de los 90's, se emplearon los conceptos "Menor en circunstancias especialmente difíciles" (Vélis, 1995), "Menor en situación de riesgo social" (González, 1996), y "Niño en y de la calle" (UNICEF, 1997), para referirse a niños y adolescentes que procedían de ambientes familiares disfuncionales y desintegrados caracterizados por la ausencia de recursos necesarios para la subsistencia y la presencia de maltrato, negligencia y abandono, y que pasaban la mayor parte del tiempo en la calle trabajando para sus padres. La diferencia entre tales tipologías radicó en que el menor en circunstancias especialmente difíciles incluía, además, a aquéllos víctimas de conflictos armados y desastres naturales; y, por su parte, el niño de la calle indicaba que el pequeño había roto con el vínculo familiar temporal o permanentemente y vivía y pernoctaba en las calles frecuentemente en grupos que formaba con otros menores y jóvenes. Para el siglo XXI, por primera vez se hace un intento por establecer una terminología propia y específica para población femenil en situación de calle denominándose "Mujeres sin hogar" y que incluyó a toda mujer que pasa por lo menos 30 noches seguidas en espacios públicos no aptos para vivienda, albergues, instituciones asistenciales o en establecimientos diseñados para acomodar a las personas temporalmente como serían los hoteles, o que lleva al menos 30 días internada en un programa de rehabilitación para personas sin hogar (Wenzel, Leake, Anderson y Gelberg, 2001). Por último, hoy en día impera el concepto "Personas sin hogar" para referirse a aquéllas que residen temporalmente en un albergue, la calle o viven de manera independiente (p.ej.: con amigos) porque huyeron de su hogar, fueron expulsados o abandonados por su núcleo familiar y/o carecen de una vivienda fija y estable, e incluye a individuos que permanecen en organizaciones asistenciales gubernamentales y no gubernamentales (Canadian Homeless Research Network [CHRN], 2012).

En el caso de México, la terminología usada todavía corresponde a aquella de la década de los 90's: niño en o de la calle. Consecuentemente, no se han tomado en cuenta las diferencias por sexo y por características sociodemográficas, epidemiológicas, legales y psicosociales. Por ende, aun no se ha encontrado un concepto y una tipología que realmente logren agrupar la totalidad de las experiencias del niño o joven que carece de una residencia fija o estable o que está en riesgo de iniciar el proceso de abandono del hogar. Además, a nivel mundial, son pocos los intentos por incluir a la población femenina en dichas concepciones y propuestas terminológicas. Como resultado, históricamente se ha relegado a las mujeres como algo marginal a la constitución de grupos vulnerables (Raffaellia et al., 2000). Por ejemplo, en México, en las investigaciones realizadas pocas veces se ha hecho referencia a las niñas y jóvenes en situación de calle. Aunado a lo anterior, destaca la escasez de programas gubernamentales asignados a la investigación de dicha problemática y la atención que se les ha brindado se ha basado en modelos pensados para varones (Estévez, 2009), aplicando las características de los hombres a las mujeres por igual sin tomar en consideración que ser niño o niña representa una diferenciación no sólo biológica sino cultural, puesto que lo que la sociedad atribuye al ser mujer dista mucho de lo que significa ser hombre, sobre todo en condiciones de vulnerabilidad (Leñero, 1998). En consecuencia, los menores y jóvenes difieren en sexo y género,

estatura, peso y complexión, salud y nivel de energía, fuerza y capacidades físicas, habilidades cognitivas, temperamento, personalidad y reacciones emocionales (Papalia, Olds y Feldman, 2009). Por tanto, mundialmente y específicamente en México, poco se conoce sobre el ajuste diferencial de niños y niñas en situación de calle, obstaculizando, así, los intentos por trabajar con ellas ante la falta de conocimiento sobre las diferentes experiencias que enfrentan al abandonar el seno familiar o estar en riesgo de huir del mismo en comparación con los varones.

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, mediante la realización de esta investigación se pretende elaborar una tipología de niñas y jóvenes mexicanas en situación de calle basada en la terminología propuesta a continuación y en trabajo de campo, que proporcione mayor comprensión y conocimiento del fenómeno, de las características y necesidades de dicho grupo sociocultural y que conduzca a la planificación e implementación de líneas de acción bien definidas que contribuyan a disminuir gradualmente la problemática y a que los miembros de este colectivo lleven estilos de vida saludables y tengan mejores condiciones de vida.

Para esta investigación, se propone la siguiente terminología:

- Población infanto-juvenil femenil en situación de calle:
 - a. Mujeres menores y jóvenes en riesgo de calle o en desventaja social.
 - b. Mujeres menores y jóvenes de calle o sin hogar.

Para fines de este estudio, menores son todas las niñas que se encuentran en la etapa comprendida desde el momento del nacimiento viable hasta los 18 años no cumplidos, y jóvenes aquéllas que se encuentren entre los 18 y los 29 años de edad. Igualmente, el término "de calle" hace referencia a la carencia de una residencia fija o estable implicando, con ello, el transitar por diversos espacios tanto aptos para vivienda (p. ej.: en instituciones asistenciales, con familiares o amigos), como no propicios para ello (p. ej.: lotes baldíos, parques, puentes peatonales, coladeras, mercados, estaciones de metro o autobuses, entre otros).

Método

Participantes

300 niñas y jóvenes en situación de calle de entre 6-23 años de edad ($M[DT]=12.07[3.754]$) de nueve organizaciones no gubernamentales de la Ciudad de México, que atienden a población en situación de calle, elegidas de manera intencional no probabilística.

Instrumento

Se utilizó una entrevista semi-abierta elaborada en la presente investigación partiendo de estudios previos con poblaciones similares, que abordó aspectos diversos de la vida de las participantes como serían identidad (significado de ser mujer, niña sin hogar o en riesgo de calle), conductas de riesgo (adicciones, autolesiones, actividad sexual de riesgo que incluye relaciones se-

xuales sin protección, conducta sexual con varias parejas ocasionales y aquella bajo el efecto de sustancias tóxicas, ideación e intento suicida y actividades ilícitas, principalmente robo, venta de drogas y prostitución), y características sociales (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento y comunidad de origen), relacionadas a la salud (estado de salud físico-mental), de su comunidad de origen (condiciones, acceso a recursos y servicios básicos, problemas sociales existentes, etc.), de sus relaciones afiliativas (familia, pareja y grupo de pares), y de su vida sexual (sexualidad, relaciones sexuales, parejas sexuales, embarazos y maternidad), e institucional (tiempo de estancia, motivo de ingreso, condiciones, funciones, descripción personal y servicios brindados, calidad de éstos, etc.). Esto es, se trató de abarcar de la manera más completa posible su historia de vida.

Procedimiento

Tomando en cuenta que el grupo social bajo estudio es un colectivo en constante movimiento y de difícil acceso (Coker et al., 2009), se acudió a instituciones asistenciales privadas que atienden a tal población para poder tener mayor facilidad en la obtención de información y el trabajo con la misma. Una vez dentro, se solicitó la participación voluntaria de las menores y jóvenes para colaborar en la realización de dicha investigación. Se les explicaron los propósitos generales del proyecto y se enfatizó que los datos obtenidos serían confidenciales y usados únicamente para fines del estudio. Así mismo, se aclararon las posibles dudas que las participantes tuvieran cuidando de no sesgar sus posibles respuestas. No hubo un tiempo límite para las entrevistas y éstas se llevaron a cabo en espacios asignados previamente por el personal de las organizaciones como serían un salón de juntas o de cómputo. Finalmente, se les agradeció su participación. Las entrevistas duraron un mínimo de una hora y un máximo de seis horas con un tiempo promedio de 1.5-2 horas aproximadamente. Posteriormente, se transcribieron las entrevistas y se efectuó un análisis de contenido con las mismas con el fin de formular inferencias reproducibles y válidas que posibiliten la construcción de una terminología de población infanto-juvenil en situación de calle tomando el contexto y la idiosincrasia de la sociocultura mexicana (Krippendorff, 1980). Adicionalmente, dado que se partieron de categorías según la entrevista empleada (Datos sociales, Identidad, Conductas de riesgo, Estado de salud, Relaciones Interpersonales, Vida sexual, Comunidad de origen y Vida institucional), el análisis de contenido es el método objetivo y cuantitativo idóneo para asignar tipos de datos verbales y de otra clase a categorías (Kerlinger y Lee, 2002).

Cabe destacar que no se entregaron consentimientos informados, pues el representante legal de las menores y jóvenes entrevistadas es la institución de procedencia. Por consiguiente, únicamente se requirió del aval organizacional habiendo señalado previamente que durante todo el proceso de investigación se seguirían los procedimientos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2004).

Análisis de Datos

Se realizó un análisis de contenido basado en la teoría fundamentada en su versión emergente o clásica (Denzin y Lincoln, 1994), usando el programa computacional Atlas Ti versión cinco.

Resultados

En este apartado, se empezará por definir a la población bajo estudio para posteriormente proceder por describir a grandes rasgos a cada subgrupo según los resultados obtenidos mediante el análisis de contenido llevado a cabo.

De acuerdo a los hallazgos alcanzados, las niñas y jóvenes mexicanas en situación de calle ($n=300$) constituyen un grupo social que comprende a su vez a dos subgrupos, aquéllas en riesgo de calle y de calle, y que se caracteriza principalmente por:

- Nacer y vivir en la Ciudad de México. La minoría ($n<30\%$) proviene del Interior de la República.
- Tener una edad promedio de ($M[DT]=12.07[3.754]$) años con un rango de edad de 6-23 años, aunque puede haber niñas de menor edad (en este estudio había aproximadamente 20 pequeñas de entre 3-5 años de edad), y una escolaridad predominantemente de primaria. Es importante resaltar que únicamente si se encuentran en una organización asistencial continúan estudiando pues en su familia no reciben apoyo para sus estudios y no son autosuficientes. Su rendimiento y aprovechamiento académicos son bajos. Aunque pocas ($n<5$), algunas son analfabetas y la gran mayoría ($n>50\%$) presenta deficiencias de lectoescritura.
- Participar en el sistema de economía formal realizando empleos mal remunerados dentro de los que destacan recepcionista, vendedora, ayudante de cocina y mesera. De igual manera, aunque no sea una actividad considerada legalmente como trabajo, contribuyen con el quehacer del hogar y, al aumentar de edad, se encargan del cuidado de sus hermanos(as) menores. Así mismo, laboran dentro del sistema de economía informal haciendo trabajos como vendedora ambulante, empleada doméstica y mendicidad. Destinan sus recursos para su propia manutención y/o colaboran con la subsistencia de su familia. Pueden llevar a cabo conductas delictivas como robar, vender droga y prostituirse, exponiéndose, así, a riesgos que ponen en detrimento su bienestar biopsicosocial.
- Consumir drogas, alcohol y tabaco aproximadamente desde los 12 años de edad. Las drogas más consumidas son los inhalantes, como el activo, por su bajo costo y fácil acceso, y la marihuana. Las sustancias las obtienen al interior de su familia en donde habitualmente hay miembros que usan y abusan de éstas, en su comunidad de origen, en la escuela y dentro de su grupo de pares que también las ingieren. Ocasionalmente, en la misma institución tienen acceso a éstas (inhalantes)¹ o ellas mismas pueden llegar a introducirlas.

¹ Esto es, en la institución tienen acceso a inhalantes como detergentes, limpiadores líquidos, pegamento y otro tipo de productos químicos que utilizan sin conocimiento del personal organizacional para drogarse. Además,

Cuando consumen estupefacientes, pueden llegar a tener relaciones sexuales bajo los efectos de éstos.

- Padecer enfermedades dérmicas, respiratorias, gastrointestinales, desnutrición y trastornos mentales. Ingresan a la organización con un estado de salud físico-mental deplorable, con problemas bucodentales y visuales, y con falta de hábitos de higiene y conductas de autocuidado. Usualmente acuden a centros de salud para recibir atención médica. Empero en dos o tres casos, se encontró que han sido víctimas de violencia sexual por parte del médico quien ofrece sus servicios a cambio de relaciones sexuales o tocamientos. Como parte de su salud física, en ocasiones han sufrido accidentes como caídas, golpes y quemaduras. Respecto a su salud mental, sólo cuando permanecen en una institución asistencial tienen atención psicológica. Los trastornos mentales más comunes son la ansiedad y la depresión. Así mismo, se observan en menor grado otros trastornos como trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, de la personalidad y psicosis. Los medicamentos que suelen prescribirse para el tratamiento de sus desórdenes psicológicos son la sertralina, carbamazepina, ácido valproico y risperidona. Carecen de información sobre cómo cuidar su salud y su cuerpo y desconocen el papel de un psicólogo. Tienen ideación e intentos suicidas y presentan conductas de automutilación.
- Iniciar su vida sexual comúnmente producto de abuso sexual intrafamiliar. A mayor edad, incrementa la probabilidad de tener actividad sexual. Pueden involucrarse en relaciones sexuales sin protección, tienen poca información sobre métodos anticonceptivos y desconocen acerca de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, cómo cuidarse y su anatomía y fisiología. Más del 80-90% tiene relaciones sexuales heterosexuales y aproximadamente un 10-20% tiene actividad sexual homosexual y/o bisexual. Como parte de su conducta sexual rutinaria, suelen embarazarse y abortar desde aproximadamente los 13-14 años de edad. Pueden llegar a tener hijos con diferentes parejas. Al ser abandonados por éstas o al terminar la relación, al no contar con apoyo familiar y al no ser autosuficientes, acuden a organizaciones asistenciales en donde pueden recibir apoyo para el cuidado y atención de sus hijos y de sí mismas. En sus prácticas de crianza se observa una ambivalencia dado que por un lado son violentas con sus hijos y por otro brindan amor y protección.
- Realizar conductas de riesgo como uso y abuso de sustancias, tener relaciones sexuales con varias parejas y sin protección, conductas de automutilación, ideación e intento suicida y, en menor grado, actividades delictivas como robo, venta de drogas y prostitución principalmente para la obtención de recursos para subsistir y para el consumo de drogas.
- Tener relaciones de pareja poco estables e informales a menor edad, duraderas y más formales a mayor edad pudiendo llegar a, inclusive, vivir en pareja y a tener descendencia. Sus parejas proporcionan seguridad, apoyo, afecto y protección, así como también pueden inducir a la realización de conduc-

tas de riesgo y pueden ser una fuente de violencia. Sus relaciones de pareja son mayoritariamente heterosexuales ($n > 80-85\%$) y ocasionalmente homosexuales y bisexuales ($n < 15-20\%$).

- Establecer redes sociales amplias a menor edad y al aumentar de edad disminuye el tamaño y calidad de éstas. Su grupo de pares proporciona afecto, apoyo, seguridad y protección. Inclusive, si abandonan su nicho familiar, éste se convierte en su nueva familia y en un medio necesario para la satisfacción de sus necesidades básicas y emocionales. No obstante, puede conducir a la realización de conductas de riesgo y puede constituir una fuente de violencia.
- Provenir de ambientes disfuncionales en donde impera el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, el abandono físico y emocional, la negligencia educativa, física y psicológica, la carencia de recursos para la subsistencia, el uso y abuso de sustancias, las familias extensas y reconstituidas con empleos o subempleos mal remunerados.
- Vivir en entornos comunales en donde se observan principalmente conductas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción y el robo. Igualmente, en ocasiones ($n < 25-30\%$) puede haber narcotráfico, prostitución, pandillerismo, secuestros y asesinatos. Viven en condiciones de hacinamiento en viviendas que carecen de infraestructura y suelen conformar asentamientos irregulares en espacios no aptos para vivienda o en las periferias de la ciudad. Pueden no tener acceso a servicios básicos como electricidad, agua, drenaje, recolección de basura, pavimentación y transporte público, entre otros; y
- Ingresar a una institución asistencial principalmente por violencia familiar y falta de recursos, para satisfacer sus necesidades básicas y aspirar a tener mejores condiciones de vida. Con el paso del tiempo, sus compañeros(as) en la organización se convierten en una familia. Sin embargo, son más reacios a aceptar las normas y reglas, disposiciones y actividades institucionales y a seguir las indicaciones del personal organizacional. Del mismo modo, entre sus mismos compañeros(as) existen problemas de convivencia, de aceptación y de robo. Cabe destacar que anteriormente pueden haber estado en otra organización, y por su edad, canalización u otros problemas (p. ej.: conductuales), residen en la actual.

Las niñas y jóvenes mexicanas en riesgo de calle o en desventaja social ($n=195$) componen un subgrupo social que presenta las siguientes particularidades:

- Nacer y vivir en la Ciudad de México ($n > 80\%$).
- Tener una edad promedio de ($M[DT]=10.16[2.964]$) años con un rango de edad de 6-23 años, aunque puede haber niñas más pequeñas de entre 3-5 años, y una escolaridad predominantemente de primaria. Por permanecer en una institución asistencial continúan estudiando pudiendo llegar a tener una educación superior (p. ej.: carrera universitaria). Pueden tener un bajo aprovechamiento y rendimiento escolar y tienen dificultades de lectoescritura.
- No trabajan al residir en una organización pues se prioriza su educación y bienestar biopsicosocial.
- No usar y abusar de sustancias. Sin embargo, conforme van creciendo pueden llegar a ingerir alcohol y a fumar. Tienen

cuando llegan a inhalar dichos productos lo hacen a escondidas de las autoridades institucionales.

acceso a bebidas y a cigarros en su grupo de pares, la escuela y en el interior de su familia en donde suele haber problemas de alcoholismo y drogadicción.

- Presentar enfermedades e infecciones dérmicas, gastrointestinales, respiratorias, desnutrición, trastornos mentales como ansiedad, depresión, estrés postraumático y trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, y problemas bucodentales y visuales. No padecen enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Carecen de conductas de autocuidado y hábitos de higiene y de información sobre cómo cuidarse y cómo mantener un estado de salud funcional. Suelen tener ideación e intentos suicidas y conductas de automutilación. Los fármacos más comunes que se les prescriben para sus diversos padecimientos mentales son sertralina, valproato, carbamazepina, fluoxetina y risperidona.
- No tener, en su mayoría, una vida sexual activa, y han sido víctimas de abuso sexual intrafamiliar. Tienen poca información sobre los métodos anticonceptivos, su anatomía y fisiología, y las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. No han estado embarazadas y no han tenido hijos.
- Llevar a cabo conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias principalmente alcohol y tabaco, ideación e intentos suicidas y conductas de automutilación.
- Tener relaciones de pareja heterosexuales poco estables, informales y no duraderas. Intercambian de pareja con frecuencia y ésta es vista más como una amistad. Conforme tienen más edad, sus relaciones se vuelven más formales y duraderas. En ellas, obtienen cariño y apoyo y no han sufrido alguno tipo de violencia o maltrato.
- Tener redes sociales amplias de ambos sexos a menor edad. A mayor edad, tienen pocas o nulas amistades predominantemente del mismo sexo; por lo que sus redes sociales disminuyen en cuanto a tamaño y calidad. Se asocian con grupos de pares que en su mayoría no llevan a cabo conductas de riesgo y que proporcionan afecto y apoyo. No obstante, pueden ser víctimas de agresiones físicas y verbales por tal grupo sobre todo en la escuela.
- Provenir de familias de madres solteras con una escolaridad de primaria o secundaria que pueden volver a juntarse con una nueva pareja, extensas pues suelen vivir con la familia materna, de nivel socioeconómico bajo ya que carecen de recursos necesarios para la subsistencia, con empleos o subempleos mal remunerados, en donde se observa la presencia de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, abandono y negligencia porque la madre tiene que trabajar largas jornadas y no tiene tiempo para cuidar a sus hijos, y en donde puede haber consumo de sustancias tóxicas, entre otros.
- Provenir de ambientes comunales sin infraestructura, en condiciones de hacinamiento y de bajos recursos. En ocasiones, sin acceso a servicios básicos y en donde existen problemas sociales como el alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia principalmente; y
- Ingresar a una institución asistencial por violencia intrafamiliar y/o carencia de bienes económicos. Permanecen por tiempo prolongado en la misma a tal grado que conforman una familia. Al ir creciendo y con el paso del tiempo se aburren de las actividades organizacionales y son más renuentes

a aceptar y seguir las normas y reglas institucionales. Optan por no abandonar la organización para poder concluir sus estudios, obtener capacitación laboral y la probabilidad de una mejor calidad de vida. Cabe destacar que sólo por estar residiendo en una institución no tienen que trabajar para su propia manutención y la de su familia, continúan estudiando y no incurrir en la realización de conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias, la actividad sexual y las conductas delictivas.

Por último, las niñas y jóvenes mexicanas de calle o sin hogar ($n=105$), conforman un subgrupo social que se caracteriza por:

- Provenir tanto del interior de la República ($n>50\%$) como de la Ciudad de México ($n<40\%$), y por residir actualmente en la Ciudad de México.
- Carecer de una residencia fija o estable y haber transitado por espacios públicos no aptos para vivienda como la calle.
- Tener una edad promedio de ($M[DT]=15.62[2.137]$) años con un rango de edad de 11-21 años y una escolaridad predominantemente de secundaria. Presentan analfabetismo, deficiencias de lectoescritura y un rendimiento y aprovechamiento académicos bajos. En su familia, en su mayoría, no reciben apoyo para recibir una educación formal. No son autosuficientes para poder continuar con sus estudios pues si trabajan, es para su propia subsistencia y no obtienen los recursos necesarios para su educación. Adicionalmente, muchas veces no cuentan con la documentación que solicita el sistema educativo nacional para ingresar a una escuela como el tener un acta de nacimiento oficial. Así mismo, únicamente si permanecen en una organización asistencial tienen la posibilidad de continuar con sus estudios. Empero, como es un colectivo en constante movimiento y como tienden a transitar por diversas instituciones, muchas veces no logran completar su educación formal.
- Laboran en el sistema de economía formal llevando a cabo empleos mal remunerados como vendedora y ayudante de cocina, en el sistema de economía informal con pagos ínfimos al participar como comerciantes ambulantes y en actividades domésticas y de mendicidad, y desempeñan conductas ilícitas siendo éstas principalmente el robo, la venta de drogas y, en menor grado, la prostitución exponiéndose a riesgos que repercuten en su bienestar biopsicosocial. Cuando permanecen en una institución asistencial, no trabajan. No obstante, se les proporciona capacitación laboral en oficios como sastrería, hotelería, cocina y estilista, entre otros, para contribuir a su formación personal autónoma e independiente.
- Consumir drogas, alcohol y tabaco. Las drogas más usadas por su bajo costo y fácil acceso son los inhalantes como el activo, y la marihuana. Obtienen drogas de su grupo de pares y/o en la calle. De hecho, una de las razones por las que abandonan la organización asistencial es para ingerir estupefacientes dado que las normas institucionales lo prohíben. Sin embargo, pueden llegar a introducir dichas sustancias a la institución.
- Tener un estado de salud físico-mental deplorable puesto que usualmente presentan problemas bucodentales y visua-

les, enfermedades e infecciones dérmicas, gastrointestinales, respiratorias, desnutrición, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y, con menor frecuencia, psicosis, y de transmisión sexual siendo las más comunes el virus del papiloma humano, gonorrea, vaginosis, herpes genital y, en ocasiones, SIDA. Los medicamentos que habitualmente se les prescriben para tratamiento de sus padecimientos mentales son sertralina, carbamazepina, clonazepam, ácido valproico, haloperidol y risperidona. Sus hábitos de higiene y conductas de autocuidado son deficientes, y tienen poco conocimiento referente a cómo cuidar su cuerpo y mantener un estado de salud funcional. Presentan ideación e intento suicida y conductas de automutilación. Si no residen en una organización asistencial, rara vez acuden a centros de salud para recibir atención médico-psicológica, no tienen bienes para costear dicha atención y los documentos requeridos (p. ej.: acta de nacimiento oficial, cartilla de vacunación, comprobante de domicilio, seguro social, etc.), y pueden llegar a ser discriminadas dado que no se les brindan tales cuidados por su condición social. Únicamente cuando se encuentran permaneciendo temporalmente en una institución asistencial, tienen acceso a clínicas y hospitales y se les dan los cuidados debidos. Ante la falta de tratamiento, su estado de salud se deteriora y pueden llegar a perder la vida.

- Tener una vida sexual activa que pudo haberse iniciado como resultado de haber sido víctima de abuso sexual en el interior de la familia. Suelen tener varias parejas sexuales estables u ocasionales, rara vez emplean métodos anticonceptivos, han tenido actividad sexual bajo los efectos de sustancias tóxicas y sus relaciones pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Como resultado de una vida sexual activa, se embarazan y abortan con frecuencia. Los hijos que llegan a tener permanecen con ellas, los dan en adopción o los abandonan. Si los conservan, se encargan de su cuidado y suelen ser violentas con los mismos. Pueden llegar a tener hijos de diferentes parejas, quienes permanecen un tiempo en la relación y después ésta termina o las abandonan. Poseen poca información sobre los métodos anticonceptivos, las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, su anatomía y fisiología y cómo cuidarse. Como carecen de una vivienda estable, empleo y recursos, no suelen atenderse apropiadamente si se embarazan, abortan o contraen infecciones de transmisión sexual, pudiendo conducir a una muerte temprana.
- Realizar conductas de riesgo relacionadas al uso y abuso de sustancias, la actividad sexual, ideación e intento suicida, conductas de automutilación y, en menor grado, las conductas ilícitas como delincuencia, venta de drogas y prostitución. Uno de los motivos por los que dejan la institución asistencial en la que se encuentran temporalmente es para continuar llevando a cabo tales conductas de riesgo.
- Establecer varias relaciones de pareja heterosexuales y, con menor frecuencia, homosexuales y/o bisexuales. En sus relaciones de pareja pueden recibir afecto, seguridad, apoyo y protección pero también son víctimas de maltrato y abandono. Igualmente, la pareja puede inducir al consumo de sustancias, a la realización de actividades delictivas y al abandono de la institución asistencial de estancia. Pueden

llegar a ser dependientes de su pareja e inclusive les cuesta trabajo terminar la relación por perjudicial que ésta sea.

- Entablar relaciones sociales duraderas y estables de ambos sexos con su grupo de pares. Sus círculos más cercanos suelen estar conformados aproximadamente de 3-5 personas de su edad o uno o dos años mayores. Su grupo de pares les permite satisfacer sus necesidades emocionales y puede llegar a convertirse en su nueva familia. Empero, constituye un factor de riesgo al inducir a la ejecución de conductas que repercuten negativamente en su bienestar biopsicosocial incluyendo el abandono de la organización asistencial de permanencia. De hecho, con tal de seguir a sus amigos cercanos, son capaces de dejar dicha institución.
- Provenir de familias extensas y reconstituidas en donde impera el maltrato, la negligencia y el abandono, el alcoholismo y la drogadicción, la carencia de recursos para la subsistencia, un nivel socioeconómico bajo y una escolaridad de primaria máximo secundaria, en donde son obligadas a contribuir con la manutención familiar, a colaborar con las tareas del hogar y a encargarse del cuidado de sus hermanos(as) pequeños, en donde se les restringen sus oportunidades educativo-laborales y recreativas, y los miembros familiares pueden involucrarse en actividades delictivas y conducir a la realización de conductas de riesgo.
- Vivir en entornos comunales con problemas sociales como pobreza, hacinamiento, uso y abuso de sustancias, delincuencia, inseguridad, violencia, pandillerismo, conductas ilícitas y dificultad de acceso a servicios básicos como electricidad, agua, drenaje, transporte público y pavimentación, entre otros; y
- Ingresar a una institución asistencial principalmente por violencia intrafamiliar y/o abandono del hogar para satisfacer sus necesidades de alimento, vestimenta, vivienda, educación y empleo y aspirar, así, a tener mejores condiciones de vida. Su estancia en la organización es temporal y breve de no más de cuatro años aproximadamente. A pesar de ello, llegan a formar vínculos estrechos con sus compañeros(as) de la institución que suelen perdurar con el paso de los años. Tienen problemas con el personal de la fundación pues en la mayoría de los casos, no están de acuerdo con las actitudes y conductas del mismo (p. ej.: “Hay trato preferencial”, “A algunas les dan permiso de estar en internet y no les ponen consecuencias si no hacen sus deberes, mientras que a otras nos cargan la mano y nos regañan por todo”, “No me dejan explicarme y no me creen”, “Me gritan por todo”), con las normas, reglas y disposiciones organizacionales, y, por último, no todas las actividades son de su agrado y les molesta que sean de carácter obligatorio. Aunado a lo anterior, tienen dificultades para relacionarse adecuadamente con sus compañeros(as) del hogar y suelen agredirse física y verbalmente tanto directa como indirectamente. Estas condiciones del ámbito en el que se desenvuelven llevan a que la menor o joven abandone la institución y opte por un estilo de vida transitorio cuando todavía no pueden llegar a tener una vida independiente adaptándose funcionalmente a la sociedad a pesar de las oportunidades de crecimiento que la fundación les proporciona.

Como puede observarse, las niñas y jóvenes de calle y en riesgo de calle tienen necesidades comunes, difiriendo en que al ser la situación para las primeras más adversa por haber abandonado su hogar en comparación con las segundas, presentan problemáticas y características divergentes. Por consiguiente, a continuación, una vez teniendo una noción de la población bajo estudio, se procederá por mencionar de manera concisa y general los aspectos distintivos de cada subgrupo centrándose en las categorías de la entrevista usada (Identidad, Relaciones Afiliativas, Vida Sexual, Salud, Conductas de Riesgo, Vida Institucional y Comunidad de Origen), y resaltando lo principal de cada una por cuestiones de espacio y extensión. Si el lector desea saber más sobre alguna área en específico, favor de consultar al primer autor.

Los resultados alcanzados reflejan cómo, a pesar de la época, las premisas histórico-socioculturales del mexicano, siguen permeando y definiendo la identidad y las relaciones afiliativas de la mujer mexicana. Ello porque en la actualidad, para poblaciones marginales y vulnerables como la muestra encuestada, lo que define a la mujer es su capacidad reproductiva y virginidad; creencias propias de la idiosincrasia del mexicano (Díaz-Guerrero, 2007). Esto puede observarse en el discurso de las participantes entrevistadas, independientemente de si son en riesgo de calle o de calle, denotando diferencias en las que a mayor edad, empieza a vislumbrarse el hecho de considerar a la mujer como una persona con capacidades y profesionista:

“Para mí, ser mujer es bonito porque puedes ser madre”
Niñas de 10-12 años

“Ser mujer es una mamá que puede tener bebés”
Niñas de 8-9 años

“Las mujeres son las que limpian, planchan, lavan, barren la casa, cuidan a los hijos y tienen bebés”
Niñas de 6-7 años

“Una mujer virgen es la que vale porque es respetada”
Adolescentes de 12-13 años

“Una mujer es igual que un hombre, con capacidades y la fortaleza de salir adelante”
Adolescentes de 14-16 años

“Una mujer es una profesionista, trabajadora y responsable”
Jóvenes de 18 años en adelante

Tales afirmaciones reflejan que todavía en los sectores más desfavorecidos de la sociedad mexicana cómo éste, a la mujer se le sigue considerando como abnegada y dedicada al hogar y al cuidado de los hijos. El que a mayor edad dicha concepción empiece a modificarse paulatinamente, puede ser producto de participar activamente en el sector laboral formal dado que posibilita el contacto con población femenina que trabaja.

Respecto al significado de ser niña en riesgo de calle o de calle, en ambos casos y en todas las edades, resaltó como aspecto básico la carencia de recursos necesarios para la subsistencia y la falta de atención familiar, siendo éste último un punto más esencial para definir a la población femenina de calle. Así mis-

mo, cabe destacar que para las participantes sin hogar, lo distintivo de ser una persona de calle es la posibilidad de ser alguien en la vida y tener una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de lo anteriormente planteado:

“Una niña de calle es pobre, su familia no la quiso y la abandonó o no la cuida, es la que vende chicles en la calle”
Niñas en riesgo de calle de entre 6-8 años

“Una niña de calle es alguien que no tiene con qué vivir, que no tiene familia y por eso está en la calle”
Niñas en riesgo de calle de entre 9-11 años

“Una mujer de calle es alguien como yo, que se salió de su casa para tener una vida mejor”
Adolescentes de calle de entre 12-15 años

“Una mujer de calle es alguien que tuvo el valor de decir basta y que buscó una vida mejor”
Adolescentes de calle de entre 16-18 años

En el ámbito de las relaciones interpersonales, la familia, pese a ser disfuncional y perpetradora de maltrato, es considerada como un colectivo sociocultural que brinda amor, afecto, atención y apoyo. Razón por la cual sigue ocupando un lugar central en la vida de estas menores y jóvenes, teniendo un papel más primordial en el caso de aquéllas en riesgo de calle y de entre 6-12 años de edad en comparación con las de mayor edad y con las participantes de calle que ya abandonaron su hogar y que han reconstituido su familia con lazos y nexos que establecen con personas bajo las mismas circunstancias. Adicionalmente, cuando residen temporalmente en una organización, para aproximadamente un 30% de la población de calle y un 40% de aquéllas en riesgo de calle, la institución de procedencia se convierte en su familia, resaltándose, ello, en el discurso de las mismas:

“Mi familia son el(la) director(a) y las guías”
Niñas, adolescentes y jóvenes de entre 6-17 años de edad

“Mis compañeras de la casa hogar son como mis hermanas”
Niñas, adolescentes y jóvenes de entre 6-17 años de edad

De igual manera, en las menores en riesgo de calle de 10 años o más, se observó que al aumentar de edad su grupo de pares relega a la familia a un plano más secundario, tal y cómo se puede constatar en el discurso de las mismas:

“Mis amigas son mi familia, como mis hermanas o primas”
Adolescentes en riesgo de calle de 10-12 años

“Le tengo más confianza a mis amigas que a mi mamá”
“Mis amigas me entienden, sí me escuchan y me apoyan”
Adolescentes en riesgo de calle de 12-15 años

Aunado a lo anterior, se encontraron discrepancias según la edad, en el grupo de pares de niñas en riesgo de calle de modo tal que para aquéllas de entre 6-8 años de edad, su red social

cercana está conformada por individuos de ambos sexos y de su misma edad. En contraste, a mayor edad (mayor o igual a nueve años), el círculo de amistades está constituido principalmente por personas del mismo sexo y de su edad o dos o tres años mayores. En el caso de las adolescentes y jóvenes de calle, no se notaron divergencias en su círculo de amistades siendo éste constituido por varones y mujeres de todas las edades. En este sentido, el grupo de pares, para ambos subgrupos, es considerado como aquél con el cual se realizan actividades lúdico-recreativas y comparten dificultades, experiencias y momentos agradables.

Por último, nuevamente bajo el rubro de relaciones afiliativas, en el caso de la pareja, destaca la presencia de las premisas culturales que rigen el comportamiento del mexicano, pues independientemente de si sean en riesgo de calle o de calle, la pareja es vista como protectora y proveedora, responsable del sustento y cuidado del hogar. Sin embargo, a pesar de tal concepción, al menos en este grupo sociocultural, sus relaciones amorosas suelen ser superficiales, informales e inestables. Además, en las pequeñas en riesgo de calle de entre 6-9 años de edad, no existe en sí una noción de pareja y es más bien una amistad, como se puede apreciar en el siguiente ejemplo:

“Mi novio es mi amigo con el que juego en el recreo; es mi novio porque jugamos mucho”

Niñas en riesgo de calle de 6-9 años

Referente al estado de salud físico-mental de las participantes, las enfermedades más comunes fueron las gastrointestinales, respiratorias y dérmicas. En menor grado y, únicamente en aquéllas de calle, las infecciones de transmisión sexual siendo las más frecuentes el virus del papiloma humano, la gonorrea y la clamidia. Igualmente, las menores en riesgo de calle reciben atención médico-psicológica por permanecer en una institución de asistencia privada en comparación con las participantes sin hogar que pasan la mayor parte del tiempo transitando en espacios públicos diversos que en una organización asistencial. Adicionalmente, las adolescentes y jóvenes de calle enfrentaron dificultades al acudir a centros de salud como discriminación, rechazo, no atención y, en el menor de los casos, acoso sexual. Los desórdenes internos más comunes en ambos colectivos fueron ansiedad y depresión; y los externos agresión observándose más en las participantes sin hogar. Respecto de los padecimientos psiquiátricos prevalecieron el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad en la población en riesgo de calle de entre 6-9 años de edad; y el trastorno por estrés postraumático y psicosis en las participantes sin hogar de aproximadamente entre 12-17 años de edad. Los fármacos más usados fueron la risperidona, carbamazepina y sertralina en los dos subgrupos. En cuanto a cuidados de la salud, para las niñas en riesgo de calle de entre 6-8 años de edad, bañarse es lo principal. Mientras que a partir de los nueve años en adelante, incluyen el consumir una dieta balanceada (por ejemplo: verduras, frutas, carne, etc.) y, desde los 12-13 años aproximadamente, el realizar actividad física. En el caso de aquéllas sin hogar, sin distinción por edad, el tener un estado de salud adecuado implica el no consumir sustancias tóxicas, tener higiene (por ejemplo: bañarse, usar ropa limpia, cortarse las uñas, etc.), comer bien (por ejemplo: frutas, verduras, carne, pollo, cereales, etc.), no cortarse, no con-

sumir sustancias tóxicas (por ejemplo: tabaco, alcohol y drogas), y hacer ejercicio. Finalmente, dentro del área de salud, hay una mayor incidencia de intento e ideación suicida en las adolescentes de entre 12-17 años de edad sin hogar en comparación con las de en riesgo de calle. No obstante, se notó una tendencia de tales conductas en mayor grado a partir de los 11-12 años en las participantes en riesgo de calle.

Bajo el rubro de conductas de riesgo (autolesiones, consumo de drogas y alcohol, actividad sexual sin protección o con varias parejas, y conductas ilícitas como robo, prostitución y venta de drogas), se encontró que predominaron el uso y abuso de sustancias, principalmente el activo, las autolesiones y la delincuencia en las participantes sin hogar. Mientras que en las de en riesgo de calle las conductas de automutilación y la ingesta de alcohol y/o tabaco específicamente en edades iguales o mayores a los 11 años. Igualmente, ambos colectivos conocen las posibles repercusiones de consumir sustancias, cortarse, tener relaciones sexuales sin protección y realizar delitos. Empero, llevan a cabo tales conductas por placer, presión social, manejo de emociones deficiente y/o falta de recursos. Por ejemplo:

“Robo para tener que comer”, “Robar es malo pero tienes que vivir”, “Las drogas se sienten chido”, “La banda toma activo y para entrar tengo que hacer lo mismo”

Adolescentes de calle de 12 años en adelante

“Si mis amigos toman, yo tomo”, “Fumar te hace entrar al grupo”, “Me corto porque me siento mal”, “Siento bien cuando me corto”, “Cuando me corto olvido mi dolor”

Adolescentes en riesgo de calle de 11 años en adelante

Respecto de la sexualidad, ambos colectivos carecen de información correcta en cuanto a su cuerpo, anatomía y fisiología, como éste va cambiando con el transcurrir de los años y porqué, la menstruación, el embarazo, las relaciones sexuales, las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y el cómo prevenir éstas y los embarazos no deseados. Imperan mitos y creencias erróneas que pueden observarse en los siguientes ejemplos:

“Ya no soy virgen porque me besó un niño sin mi permiso”

Niña en riesgo de calle de 9 años de edad

“La menstruación es cuando te sale todo lo que tu cuerpo no necesita”

Niñas en riesgo de calle de entre 9-12 años de edad

“Un embarazo es cuando a una señora le crece su panza”

Niñas en riesgo de calle de entre 6-7 años de edad

“Los bebés vienen de las cigüeñas”

Niñas en riesgo de calle de entre 6-8 años de edad

“La menstruación es cuando te sale sangre que no necesitas”

Adolescentes en riesgo de calle de entre 12-15 años de edad

“Tener relaciones sexuales es puro sexo, sin amor, como los animales”

Adolescentes de calle de entre 12-17 años de edad

“La menstruación es cuando te duele la panza, sangras mucho y te sientes mal”

Adolescente de calle de 13 años de edad

“El SIDA es una enfermedad que no sé qué te pasa”

Adolescentes de calle de entre 12-14 años de edad

“No sé qué es el SIDA”

Niñas y adolescentes en riesgo de calle de entre 9-13 años de edad

“¿Por qué te empieza a crecer pelo ahí abajo?, ¿Por qué te duelen las chichis y te da comezón?, ¿Por qué si antes no tenía pelo en las piernas, ahora ya tengo? ¿Por qué subo de peso y me salen granos?”

Niñas y adolescentes en riesgo de calle de entre 9-15 años de edad

“Si tuviste relaciones y no te embarazaste, quiere decir que ya no te va a pasar nada”

Adolescentes de calle de entre 12-15 años de edad

Aunado a lo anterior, en las participantes de calle no hay asertividad sexual pues, tal y como refieren en su discurso, su vida sexual depende de su pareja y casi no tienen injerencia en ella:

“Si mi pareja dice que no quiere usar condón, no lo uso porque me deja”

Adolescente de calle de 15 años de edad

“No uso condón porque mi pareja no quiere y dice que no se siente igual”

Adolescente de calle de 14 años de edad

“A mi pareja no le gusta usar condones y le gusta hacerlo muchas veces”

Adolescente de calle de 16 años de edad

“Hago el amor con mi pareja cuando quiere aunque yo no quiero”

Adolescente de calle de 17 años de edad

“Tomo pastillas a escondidas para que mi pareja no se entere”

Adolescente de calle de 13 años de edad

“Mi pareja me lastima cuando tenemos relaciones sexuales”

Adolescente de calle de 14 años de edad

Así mismo, en la población femenil de calle impera el mito de que continúan siendo vírgenes a pesar de haber sido abusadas sexualmente porque no fue con su consentimiento. En cuanto al concepto de maternidad, para ambos subgrupos, in-

dependientemente de la edad, el ser madre “es una bendición de Dios porque le das vida a un nuevo ser que es tuyo”, resaltando con ello la idiosincrasia de la sociedad del mexicano con respecto a ser madre. De igual manera, el quedar o no embarazadas a temprana edad no es motivo de preocupación y no se concibe como un riesgo. Por último, dentro del rubro de sexualidad, cabe destacar que hay una mayor prevalencia de relaciones sexuales homosexuales y de abuso sexual en las participantes de calle en comparación con las de en riesgo de calle.

Sobre la comunidad en la que se desenvuelven, predominan problemáticas sociales diversas en los dos colectivos como serían la delincuencia, la violencia, la falta de acceso a servicios básicos, el hacinamiento, las viviendas sin infraestructura, el alcoholismo y drogadicción, la inseguridad y, en menor grado, la venta de drogas, el secuestro y la prostitución.

Finalmente, en cuanto al ambiente intrainstitucional, destaca el hecho de que toda la población entrevistada considera que las organizaciones imponen una rutina diaria mediante actividades que no resultan de su interés, en donde se trata de uniformar su comportamiento y vestimenta y seguir a una figura de autoridad que ejerce un sistema de normas formales y explícitas vía un cuerpo de funcionarios. Aunado a lo anterior, tienen roces con las personas encargadas directamente de su cuidado y con el resto de sus compañeras (por ejemplo: chismes, robo de pertenencias, pleitos, etc.), que conducen al abandono posterior de la institución. Empero, a pesar de estas problemáticas, consideran a dichas organizaciones como su hogar.

En resumen, referente a las diferencias entre las participantes en riesgo de calle y las de calle (véase Tabla 1), puede decirse que las primeras conservan sus lazos familiares, escolares y comunitarios, en su mayoría no tienen una vida sexual activa, no consumen drogas pero al aumentar de edad ingieren alcohol y tabaco, permanecen por tiempo prolongado en la institución, sus parejas son poco estables e informales, no han estado embarazadas ni han abortado, el personal institucional y sus compañeras constituyen su nueva familia, no trabajan, continúan estudiando, son víctimas de abuso sexual y maltrato físico y psicológico en menor grado, y sus redes sociales varían con la edad de tal manera que a mayor edad, disminuyen en tamaño y calidad y son principalmente del mismo sexo, aunque suelen relacionarse con varones empero los vínculos con otras niñas y jóvenes son más cercanos y estrechos. Por su parte, comúnmente las niñas y jóvenes de calle tienen poco o nulo contacto con su familia y su comunidad de origen, únicamente si asisten a la escuela forman lazos escolares, trabajan, pueden no seguir estudiando, sufren con mayor frecuencia abuso sexual y maltrato físico y psicológico, consumen principalmente drogas y, en menor grado, alcohol y tabaco, tienen una vida sexual activa, han estado embarazadas y han abortado, establecen relaciones de pareja más formales pudiendo llegar a vivir con ésta, pueden involucrarse en relaciones homosexuales y/o bisexuales, participan en actividades ilícitas, su grupo de pares constituye su nueva familia, permanecen poco tiempo en la institución y sus redes sociales incluyen a grupos de riesgo y a personas de ambos sexos.

Tabla 1. Diferencias en características observadas entre niñas y jóvenes en riesgo de calle y de calle ($n=300$).

		En riesgo de calle ($n=195$)	De calle ($n=105$)
Lugar de Nacimiento	Ciudad de México	82.6% ($n=161$)	41.9% ($n=44$)
	Interior de la República	15.4% ($n=30$)	55.2% ($n=58$)
	Extranjero	2.1% ($n=4$)	2.9% ($n=3$)
Edad (años)	Rango de edad (años)	$M(DT)=10.16(2.964)$	$M(DT)=15.62(2.1373)$
		6-23	11-21
Escolaridad	Primaria	79% ($n=154$)	21.9% ($n=23$)
	Secundaria	15.9% ($n=31$)	66.7% ($n=70$)
	Bachillerato	4.6% ($n=9$)	6.7% ($n=7$)
	Licenciatura	0.5% ($n=1$)	1.9% ($n=2$)
	Analfabeta	0	2.9% ($n=3$)
Continuidad de Estudios	Sigue Estudiando	99% ($n=193$)	68.6% ($n=72$)
	No continúa estudiando	1% ($n=2$)	31.4% ($n=33$) → 23.8% ($n=25$) No terminó sus estudios y 7.6% ($n=8$) si los concluyó
Motivo de Ingreso Institucional	Maltrato Familiar	13.8% ($n=27$)	90.5% ($n=95$)
	Abandono Familiar	5.1% ($n=10$)	1% ($n=1$)
	Carencia de Recursos	80% ($n=156$)	29% ($n=3$)
	Carencia de una residencia fija y estable	1% ($n=2$)	1.9% ($n=2$)
Tiempo de Estancia Institucional	Uso y Abuso de Sustancias	0	3.8% ($n=4$)
	Periodo (meses)	$M(DT)=49.11(37.663)$	$M(DT)=9.97(12.113)$
	Madre	49.7% ($n=97$)	26.7% ($n=28$)
	Padre	5.6% ($n=11$)	7.6% ($n=8$)
Estancia Temporal	Madre y Padre	22.6% ($n=44$)	4.8% ($n=5$)
	Familiares, amigos o vecinos	9.7% ($n=19$)	25.7% ($n=27$)
	Todo el tiempo permanece en la institución	12.3% ($n=24$)	35.2% ($n=37$)
Actividades	Si trabaja	99.5% ($n=194$)	16.2% ($n=17$)
	Recepcionista		Empleada doméstica, ayudante cocina, mesera, vendedora ambulante, mendicidad.
	No trabaja	0.5% ($n=1$)	83.8% ($n=88$)
Religión	Católica	88.2% ($n=172$)	72.4% ($n=76$)
	Cristiana	67% ($n=13$)	10.5% ($n=11$)
	Otra	0.5% ($n=1$)	12.4% ($n=13$)
	Santería		Santa Muerte, Santería
Uso y Abuso de Sustancias	Sin religión	4.6% ($n=9$)	4.8% ($n=5$)
	No consume	97.4% ($n=190$)	41% ($n=43$)
	Sí consume	2.6% ($n=5$)	59% ($n=62$)
	Drogas	0	18.1% ($n=19$)
	Alcohol	0	3.8% ($n=4$)
	Tabaco	1% ($n=2$)	1.9% ($n=2$)
	Drogas y Alcohol	0	1% ($n=1$)
	Drogas y Tabaco	0	3.8% ($n=4$)
	Alcohol y Tabaco	1% ($n=2$)	8.6% ($n=9$)
	Drogas, Alcohol y Tabaco	0.5% ($n=1$)	21.9% ($n=23$)
Vida Sexual	Abuso Sexual	15.4% ($n=30$)	45.7% ($n=48$)
	Embarazos	0	28.57% ($n=30$)
	Hijos	0	22.86% ($n=24$)
	Actividad Sexual	10.26% ($n=20$)	80% ($n=84$)
	Infecciones de Transmisión Sexual	0	20% ($n=21$)
Conductas Ilícitas	Robo	0	32.38% ($n=34$)
	Venta de Drogas	0	20% ($n=21$)
	Prostitución	0	15.24% ($n=16$)
Maltrato	Físico	37.4% ($n=73$)	81% ($n=85$)
	Psicológico	55.4% ($n=108$)	54.3% ($n=57$)

Nota. *La característica Estancia Temporal hace referencia a con quien vive la menor o joven cuando no permanece en la institución en la que reside ya sea por visita familiar o periodo vacacional.

Discusión y Conclusiones

Las mujeres en situación de calle son víctimas potenciales de explotación sexual y laboral, de maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico, y de marginación, discriminación y censura en una proporción mayor que el resto de la población (Tyler y Beal, 2010). A pesar de ello, hasta donde se revisó, a nivel mundial escasean las investigaciones al respecto. Por ende, su problemática, al no ser aún conocida ni detectada, no es objeto de una atención adecuada. En México, todavía se carecen de diagnósticos confiables, concepciones claras y líneas de acción bien definidas (Children's Rights Network in Mexico, 2005). Con lo cual, la problemática persiste y crece día con día rebasando la capacidad de respuesta de la sociedad.

Según este estudio, las niñas y jóvenes mexicanas en situación de calle constituyen un colectivo social que se desarrolla bajo condiciones de extrema vulnerabilidad ya que se desenvuelven en entornos familiares disfuncionales, en comunidades inmersas en problemas sociales sin soluciones eficaces por parte del gobierno y de la sociedad que conducen a la marginación y exclusión social con pocas o nulas oportunidades de crecimiento y desarrollo, en donde el sistema educativo no responde ni se adecúa a sus necesidades e intereses favoreciendo, con ello, el abandono y deserción escolares, y en ámbitos económicos precarios producto de la distribución desigual de recursos y de empleos mal remunerados que dificultan la subsistencia y la satisfacción de necesidades básicas. Por tanto, la información recabada sobre este grupo social coincide con la literatura de investigación reportada en Latinoamérica (Early, 2005; Fait, 2008). Empero, las circunstancias histórico-socioculturales, políticas y económicas difieren como resultado de las condiciones actuales que vive el país: crisis económicas frecuentes, incremento en problemas sociales entre los que destacan el narcotráfico, la prostitución, la delincuencia, los secuestros, la violencia, la inseguridad y la formación de sicarios, mayor atraso económico y sociocultural y cambios gubernamentales desfavorables como recortes al personal, disminución del salario mínimo, desempleo, reformas educativas y laborales y elevación de impuestos. Tales circunstancias propician que la problemática crezca día a día rebasando la capacidad de respuesta a la misma. De ahí que exista un mayor número de madres solteras en situación de calle y de familias que repetirán el ciclo, y que se observen nuevas modalidades del fenómeno en cuestión que constatan los datos recabados en estudios previos en países desarrollados (McCarthy y Thompson, 2010; Melander y Tyler, 2010; Nicholas, 2011; Saewyc y Edinburgh, 2010; Thompson, Jun, Bender, Ferguson y Pollio, 2010): una mayor diversidad sexual, un aumento en la realización de conductas delictivas para la subsis-

tencia, en las infecciones de transmisión sexual y en el tipo de drogas consumidas, y surgimiento desmedido de organizaciones no gubernamentales para atender a dicha población, algunas sin infraestructura, otras son una fachada para cubrir sus actividades ilícitas y la gran mayoría opera sin estar sustentadas en investigaciones sistematizadas, confiables y válidas que ofrezcan soluciones efectivas. Debido a ello, no toman en cuenta las necesidades reales y características de las beneficiarias. En consecuencia, las menores y jóvenes pueden sentirse insatisfechas en las instituciones y preferir el abandono de éstas.

Por otra parte, acorde a este trabajo, las niñas y jóvenes en situación de calle comprenden, a su vez, a dos subgrupos: aquellas en riesgo de calle y las de calle. Por ende, se avaló la tipología planteada inicialmente y que es equiparable a las propuestas en estudios anteriores hechos en países desarrollados (Canadian Homeless Research Network [CHRN], 2012). La diferencia básica entre ambos colectivos es que las participantes en riesgo de calle aún conservan sus vínculos familiares, escolares y de su comunidad de origen y las de calle no. Adicionalmente, se consiguió nueva información que permite complementar la concepción de este grupo social y tener, así, un panorama más completo e integral del fenómeno. Por ejemplo, el grupo de calle tiene una vida sexual activa, padece infecciones de transmisión sexual, presenta embarazos, hijos y consumo de drogas, realiza conductas delictivas y tiende a asociarse con grupos de riesgo. Mientras que aquellas en riesgo de calle no o tales características se observan en mucho menor grado. Aunado a lo anterior, éstas, a diferencia de las de calle, ingresan a una institución a temprana edad permaneciendo ahí por tiempo prolongado. Por este motivo, continúan estudiando, no trabajan hasta cumplir la mayoría de edad y son expuestas a menos riesgos que sus contrapartes. Ante lo cual, al menos en la Ciudad de México, ahora se tiene una tipología que permite una primera caracterización y aproximación psico-sociocultural de las menores y jóvenes en situación de calle y los subgrupos que abarca. De esta manera, se pueden planificar e implementar líneas de acción eficaces dirigidas a la contribución de la disminución paulatina de la problemática. Basándose en estos datos confiables y válidos producto de un estudio sistematizado, se puede conocer la magnitud y dimensiones actuales de la misma.

En resumen, gracias a la realización de la presente investigación se tiene información referente a quiénes son las menores y jóvenes mexicanas en situación de calle y cuáles son sus características principales y las de los ámbitos en los que participan y de los que forman parte. Al tener una mejor comprensión del fenómeno, se pueden proporcionar soluciones y una de éstas es atender a las niñas cambiando conductas disfuncionales que les permitan desenvolverse apropiadamente en su ambiente.

Referencias

- Canadian Homelessness Research Network (2012) *Canadian Definition of Homelessness*. Recuperado de www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/.
- Castro-Cavero, R. (2008). *Los niños de la calle en Bolivia*. España: Entinema.
- Children's Rights Network in Mexico. (2005). *Mexican childhoods: faces of the inequality. Shadow Report*. México: Committee on the Rights of the Child of United Nations 1999-2004.
- Coker, T., Elliott, M., Kanouse, D., Grunbaum, J., Gilliland, J., Tortolero, S., ... Schuster, M. (2009). Prevalence, characteristics and associated health and health care of family homelessness among fifth-grade students. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1446-1452.
- Committee Opinion. (2013). Health care for homeless women. *Obstetrics & Gynecology*, 122(4), 936-940.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. California, Estados Unidos: Sage Publications.
- Díaz-Guerrero, R. (2007). *La psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Early, D. (2005). An empirical investigation of the determinants of street homelessness. *Journal of Housing Economics*, 14(1), 27-47.

- Estévez, A. (2009). DAYA. El transitar de la maternidad callejera en la última década. *Revista Iberoamericana sobre Infancia y Juventud en Lucha por sus Derechos*, 1(1), 93-97.
- Fait, D. (2008). *Niñez en "riesgo" y políticas sociales*. Argentina: Espacio Editorial.
- González, E. (1996). *Menores en desamparo y conflicto social*. España: CCS.
- Guerrero, P. y Palma, E. (2010). Representaciones sociales sobre educación de niños y niñas de calle de Santiago y Quito. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 1025-1038.
- Jabeen, Z. & Azra. (2013). A comparative study on mental health of street children living with their families and runaways from families. *Indian Streams Research Journal*, 2(12), 1-6.
- Leñero, L. (1998). *Los niños de la calle y en la calle. Problemática y estrategias para abordarla*. México: Academia Mexicana de Derechos Humanos.
- McCarthy, M. & Thompson, S. (2010). Predictors of trauma-related symptoms among runaway adolescents. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 212-227.
- Melander, L. & Tyler, K. (2010). [The effect of early maltreatment, victimization, and partner violence on HIV risk behavior among homeless young adults](#). *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 575-581.
- Nicholas, B. (2011). *A qualitative investigation of the creation and use of social capital among Street children in Bucharest, Romania*. (Doctoral dissertation, Ohio State University, USA).
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Raffaellia, M., Koller, S., Reppold, C., Kuschick, M., Krum, F., Bandeira, D. & Simoes, C. (2000). Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1431-1441.
- Saewyc, E. & Edinburg, L. (2010). Restoring healthy developmental trajectories for sexually exploited young runaway girls: fostering protective factors and reducing risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 180-188.
- Scanlon, T., Tomkins, A., Lynch, M. & Scanlon, F. (1998). Street children in Latin America. *British Medical Journal*, 316(7144), 1596-1600.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2004). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Thomas, S. (2007). *State of the world's street children: violence*. Gran Bretaña: Consortium for Street Children.
- Thompson, S., Jun, J., Bender, K., Ferguson, K. & Pollio, D. (2010). Estrangement factors associated with addiction to alcohol and drugs among homeless youth in three U.S. cities. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 418-427.
- UNICEF (1989). *Lineamientos para la aplicación de la guía metodológica para el análisis de situación de menores en circunstancias especialmente difíciles*. Colombia: Gente Nueva.
- UNICEF (1997). *Estado mundial de la infancia*. Nueva York, E.U.A.: División de Comunicaciones, UNICEF.
- Vélis, J. (1995). *Blossoms in the dust. Street children in Africa*. Francia: UNESCO.
- Wenzel, S., Leake, B., Anderson, R. & Gelberg, L. (2001). Utilization of birth control services among homeless women. *American Behavioral Scientist* September, 45(1), 14-34.

(Artículo recibido: 19-08-2014; revisado: 21-04-2015; aceptado: 04-05-2015)