

INFORME DE INVESTIGACIÓN

“NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE: UN ESTUDIO
DESCRIPTIVO - EXPLORATORIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y
FACTORES ASOCIADOS”



NACIONES UNIDAS

ONUDD

Oficina de las Naciones Unidas contra la
Droga y el Delito



Coordinación General
Lic. Jorge Vázquez
Prosecretario de la Presidencia de la República y
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Milton Romani Gerner
Secretario Nacional de la Secretaría Nacional de Drogas

Coordinación y supervisión general del estudio
Observatorio Uruguayo de Drogas
Soc. Héctor Suárez
Dr. Gabriel Rossi

Dirección General del Estudio
Mag. Soc. Agustín Lapetina.
Educ. Soc. Marcos Claverol.
Psic. Rosario Gainza

Análisis estadístico
Heriberto Prieto Zarza
Soc. Rosina Tricánico
Soc. Héctor Suárez

Redacción del Informe:
Educ. Soc. Marcos Claverol.
Mag. Soc. Agustín Lapetina.
Dr. Gabriel Rossi
Lic. Héctor Suárez
Soc. Rosina Tricánico.

Agradecimientos.

Agradecemos al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) por todo el apoyo brindado sin el cual esta investigación no hubiera sido posible.

Asimismo agradecemos muy especialmente a la Oficina contra la Droga y Delito de Naciones Unidas –Brasil y Cono Sur por el auspicio de esta investigación y muy especialmente al Sr. Giovanni Quaglia (Representante) y Sra. Carola Lew (Cordinadora Regional del Proyecto ONUDD Brasil y Cono Sur por su permanente apoyo.

Asimismo todo nuestro agradecimiento a las ONG'S participantes en Montevideo (Gurises Unidos ,El Abrojo , CIPPUS , y del Programa Calle de INAU La Escuelita y Casacha) y por el Interior del País (Centro Abierto de Rivera y Rescatando Sonrisas de Maldonado).

A la Universidad Católica del Uruguay un especial reconocimiento por la colaboración brindada para la utilización de información en el módulo de Salud Mental.

Por último, y en forma muy especial a los niños/as y jóvenes que aceptaron y brindaron su total colaboración entregándonos una información personal de gran utilidad para un mejor conocimiento de una problemática social tan delicada como el consumo de drogas.

1- INDICE

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Antecedentes..... | 5 |
| 2. | Justificación del estudio..... | 6 |
| 3. | Metodología..... | 9 |
| | 3.1.Objetivos | |
| | 3.1.1. Objetivos específicos | |
| | 3.2 . Ficha Técnica. | |
| | 3.3. Fases del Proyecto. | |
| 4. | Principales emergentes..... | 12 |
| | 4.1. Perfil de la población en estudio. | |
| | 4.2. Datos de consumo de sustancias. | |
| | 4.3. Dinámica del consumo. | |
| | 4.4. Factores de protección. | |
| 5. | Salud Mental: Capacidades y dificultades. | 23 |
| 6. | Elementos para la discusión..... | 32 |
| 7. | Recomendaciones | 38 |
| 8. | Referencias bibliográficas..... | 39 |

1- ANTECEDENTES

A partir del Decreto del Poder Ejecutivo 463/988 por el que fuera creada, la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República (JND) se preocupó por impulsar estudios que describieran con precisión el consumo de drogas en la población de la República Oriental del Uruguay, a los efectos de elaborar las políticas pertinentes para disminuir el consumo de drogas.

En ese sentido, La JND, a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas tiene como objetivos generar, recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información relacionada con las drogas, para la aplicación de los resultados en la formulación de estrategias de acuerdo a los objetivos que el país se ha trazado en el Plan Nacional.

Este estudio se encuentra enmarcado en los objetivos propuestos por el Proyecto Subregional patrocinado por ONUDD (Proyecto Regional Brasil y Cono sur RLA 04 H 81).

El antecedente de nuestro proyecto de investigación es el "Levantamiento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras" realizado por la Secretaria Antidrogas de Brasil (SENAD) y el Centro Brasileiro de Informaciones sobre drogas psicotrópicas (CEBRID) Universidad Federal de San Pablo, el que fue respaldado por CICAD OEA (2004).

Para el 2008 se pretende contar con información armonizada y comparable de consumo de drogas de estas poblaciones específicas.

2- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En Uruguay el mundo infantil y adolescente no escapa a la presencia del consumo de drogas. Un reciente estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas en estudiantes de enseñanza media aporta datos preocupantes sobre el excesivo y abusivo consumo de Alcohol, tabaco y marihuana en los jóvenes escolarizados del Uruguay¹. Fuentes secundarias, como Centros de Tratamiento y estudios cualitativos realizados por otras organizaciones, reportan un importante consumo de pasta base en este mismo segmento etéreo, pero fundamentalmente en la población no escolarizada y más empobrecida de nuestra sociedad².

La situación de calle de niños y adolescentes³ es un fenómeno característico (pero no exclusivo) de las sociedades con bajo desarrollo e inclusive en vías de desarrollo. La gran cantidad de niños/as, adolescentes y familias que viven en situación de calle en los conglomerados urbanos, es un indicador de las fuertes asimetrías sociales que sufre nuestro país, a partir de un proceso de modernización heterogéneo y desintegrador⁴. Los sectores más vulnerables desde el punto de vista social cuentan con escasos activos y capitales sociales generando factores de deterioro en las unidades familiares y comunitarias. Estas, inmersas en una inestabilidad y escasez de ingresos, tienden a incorporar a los niños en actividades económicas de subsistencia reduciendo su participación escolar e incorporando a los niños en forma dramática en el mundo adulto, produciendo una importante moratoria social. La obtención de recursos económicos alternativos para hacer frente a necesidades acuciantes del entorno familiar, opera como un factor significativo –aunque no el único interviniente- en el inicio de una situación de calle.

El consumo de drogas lícitas e ilícitas, parecen acompañar este escenario. Si bien existen diversas situaciones de calle, la mayoría de ellas trae consigo un alto riesgo para el consumo

¹Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas. Octubre 2005. El estudio consigna que el 50% de los jóvenes consume alcohol habitualmente y la mitad de ellos tiene episodios de abuso de alcohol (borracheras) por lo menos una vez al mes. Con respecto al tabaco un 24% fuma habitualmente. Los experimentadores de marihuana alcanzan al 13% de los jóvenes y a los 17 años en Montevideo este porcentaje se eleva al 32%.

² El estudio en emergencias Hospitalarias realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas en Marzo 2007 (con prueba biológica) consigna que el 11% de los consultantes presentaba consumo de PBC.

³ En este trabajo nos referiremos a “niños en situación de calle” para denominar al universo de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en estas situaciones de extrema vulnerabilidad social.

⁴ En Uruguay se estima que existen más de 3000 niños y jóvenes en situación de calle, de los cuales 1000 tienen una cobertura parcial de asistencia a través del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) en forma directa en sus locales o a través de convenios con ONG'S.

problemático de drogas. Además de factores de riesgo individuales y /o familiares, el contexto de la calle de por sí constituye un medio de mayor exposición a riesgos.

Estos niños y jóvenes, serían entonces más vulnerables al acceso y al consumo de drogas y estarían más expuestos a situaciones de violencia, déficit en atención en salud, prácticas sexuales de riesgo (embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual como VIH/SIDA, Hepatitis B), reproducción de la pobreza, etc.

Asimismo, la accesibilidad a sustancias psicoactivas, se expande a todas las franjas etáreas, en particular en la niñez y la adolescencia. Dicho fenómeno, tiende a ser estructural ya que los indicadores disponibles darían proyecciones más próximas a la estabilización regular del consumo que a su disminución.⁵

Sin embargo no todos los jóvenes y niños en esta situación son consumidores de drogas. Es por ello entonces que se torna esencial para la elaboración de estrategias de prevención efectivas conocer los factores de riesgo y protección del consumo de drogas presentes en esta población⁶.

El presente estudio es de corte epidemiológico - a través de la indagación sobre aspectos vinculados a la situación de calle de niños y jóvenes, los niveles de consumo de sustancias legales e ilegales, las razones de su uso, la percepción del riesgo y de la vulnerabilidad, las expectativas de futuro, entre otras dimensiones. Esta información se transforma en un potente insumo para orientar políticas públicas y promover acciones de prevención del consumo problemático y de promoción de la salud integral en niños y jóvenes en situación de calle.

Estos estudios, cobran una relevancia especial en temas complejos como lo es el consumo de drogas en general, y de esta población en particular. Comúnmente muchos estudios se han apoyado en posicionamientos especulativos o emocionales, muchas veces fundamentados en casos particulares o de baja representatividad.

En este sentido, la disponibilidad de informaciones más amplias y realistas posibilita abarcar el contexto de forma menos tendenciosa, aumentando las probabilidades de lograr políticas más adecuadas a las reales prioridades.

⁵ Los estudios sobre el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay muestran que el uso de drogas está extendido entre los adolescentes, siendo la edad de inicio promedio de 13 años para las drogas legales y entre 14 y 15 para la marihuana, Por área geográfica, a mayor concentración geográfica, mayores tasas de consumo. (fuente: JND/OUUD, Segunda Encuesta Nacional y Tercera en Montevideo sobre consumo de drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.

Asimismo, en su abordaje también cualitativo, permitirá conocer en profundidad aspectos esenciales como actitudes, expectativas y estrategias de vida que comúnmente no son consignados por los estudios de carácter cuantitativo.

En definitiva, el objetivo fundamental de este estudio será la contribución a la elaboración de estrategias que permitan ayudar a que esta población pueda gozar de los derechos fundamentales consagrados en el Código del Niño y Adolescente, como ser los derechos de igual oportunidad y acceso a los bienes sociales y ayudar al pleno desarrollo de sus capacidades físicas, mentales, morales, espirituales y sociales, en condiciones de igualdad y libertad. Prevenir el consumo abusivo de drogas, es también colaborar con la no – reproducción de la pobreza y fundamentalmente de la no- exclusión social de estos sectores.

Conocer este contexto y, fundamentalmente, cómo intervenir en él, es el primer paso para poder elaborar políticas sociales más adecuadas para sus necesidades.

3 - METODOLOGÍA

3.1. Objetivos

Describir la magnitud y características del consumo de drogas legales e ilegales en la población de Niños y Jóvenes en situación de Calle atendidos por el sistema INAU, que sirva de información de base para la implementación de intervenciones en los diferentes campos de la realidad en que vive esta población objetivo.

3.1.1. Objetivos específicos

- ✓ Describir características socio-demográficas y del contexto general de situación de calle. Identificar factores de riesgo y protección para el consumo problemático de drogas.
- ✓ Estimar prevalencia de vida, anual y actual del consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Identificar sustancias psicoactivas utilizadas, patrones de consumo y vías de administración
- ✓ Evaluar comportamientos asociados al consumo de drogas: Primera experiencia, forma de adquisición y medios para obtenerlas
- ✓ Describir las prácticas de riesgo y de prevención para la transmisión del VIH y otras ITS
- ✓ Indagar sobre expectativas y efectos de su consumo.
- ✓ Indagar sobre las capacidades y dificultades relativo a la salud mental.

3.2 . Ficha técnica.

Diseño muestral: Muestra no probabilística en dos etapas. Primera, a través de la selección de las instituciones y, segunda, de los Niños y Adolescentes de acuerdo al perfil establecido. Se incluirán en el Informe todos los casos que hayan completado el 80% de las entrevistas en las instituciones seleccionadas.

Selección de casos: Censo en cada Instituto de cobertura durante un periodo de 14 días.

Tamaño de la muestra efectiva: 95 casos válidos.

Universo

La población estudiada fue el conjunto de Niños y Jóvenes de 9 a 18 años en situación de calle atendidas por el INAU y organismos no gubernamentales en el Departamento de Montevideo y dos ciudades del Interior del país (Maldonado y Rivera)⁷.

Perfil de la muestra

Fueron incluidos aquellos Niño/as y adolescentes, hombres y mujeres, que participan de una propuesta educativa, más específicamente de proyectos calle. Los mismos debían sostener un vínculo con el programa o proyecto, así como un fuerte vínculo educativo con los educadores de referencia, el cual permitiría acceder a la información buscada y haber comenzado con dichas actividades de sobrevivencia en la calle por lo menos tres meses antes de la entrevista.

Son niños que realizan estrategias de supervivencia en calle, entendidas como recreación, mendicidad, deambular por las calles, estrategias en conflicto con la ley, actividades laborales específicas (cuidar coches, hacer malabares, limpiar parabrisas, venta en ómnibus, etc). con una carga horaria de 8 horas semanales como mínimo. Dichas actividades deben revestir aspectos de vulnerabilidad y deben ser vividas "subjetivamente" como situaciones de calle, descartando aquellas donde se realiza un acompañamiento de una actividad adulta (vendedores ambulantes, feriantes).

Instrumentos utilizados

Se utilizaron 2 cuestionarios, un cuestionario centrado en el consumo de drogas y otras prácticas de riesgo (adaptado del original desarrollado por la Universidad de San Pablo UNIFESP de Brasil y CEBRID) y otro cuestionario autoadministrado referido a la Salud Mental (SDQ-CAS)⁸. A ambos ejes temáticos los llamaremos – de aquí en más- *Consumo de Drogas y Salud Mental*.

⁷ Se excluye de esta muestra el grupo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle "extrema", se entiende a este perfil como "una población mayoritariamente masculina, de bajas edades, con marcada desvinculación de la convivencia familiar, al punto que en gran parte de los casos la familia no constituye ya un punto del circuito que recorren". Documento de INAU (2006). Este grupo tiene un vínculo esporádico con las instituciones debido a su situación, por lo cual se decidió (en coordinación con las citadas instituciones) no incluirlos en este estudio.

⁸ Cuestionario de Capacidades y Dificultades de Robert Goodman)

Método de recolección

- ✓ Cuestionarios individuales, administrados por educadores referentes capacitados para la tarea (encuesta sobre consumo de drogas y factores asociados) y auto-administrados (Salud Mental - SDQ)

Lugar de recolección. Instituciones de cobertura y en calle

Análisis de datos. El análisis cuantitativo de los datos se desarrolló con el Programa de procesamiento estadístico SPSS versión 11.5.

3.3. Fases del proyecto

El proyecto se estructuró de acuerdo a las siguientes fases e instancias de trabajo:

- Instancias de trabajo del equipo técnico coordinador de la investigación con los siguientes cometidos: definir los cuestionarios definitivos a implementar, definir el perfil de la muestra (instituciones), coordinación con instituciones, planificación y ejecución de la jornada de capacitación.
- Ronda de entrevistas presenciales y telefónicas para relevar el interés para participar en la investigación
- 1 Taller de capacitación y entrenamiento para el uso de los instrumentos de investigación con todos los educadores. El mismo tuvo una duración de 4 horas
- Seguimiento presencial y telefónico durante las 4 semanas del trabajo con los distintos educadores e instituciones.
- 2 Visitas a Rivera y Maldonado.

En total se desarrollaron 95 entrevistas a niños/as y adolescentes (63 hombres y 32 mujeres). La edad promedio fue de 13.77 años y la moda de 12 años. Participaron de la investigación las siguientes instituciones. Por Montevideo: Gurises Unidos (18 entrevistas), El Abrojo (18 entrevistas), CIPPUS (17 entrevistas), y del Programa Calle de INAU (La Escuelita y Casacha 17 entrevistas) y por el Interior del País: Centro Abierto de Rivera (25 entrevistas) y Rescatando Sonrisas de Maldonado (25 entrevistas)

A lo largo de todo el proceso de la investigación participaron 26 educadores de las instituciones mencionadas.

4. PRINCIPALES EMERGENTES.

4.1. Perfil de la población en estudio.

Población mayoritariamente masculina, con un promedio de edad cercano a los 14 años y que en su gran mayoría hace más de un año que se encuentra en situación de calle. Casi la mitad de ellos admite encontrarse en esta situación por “problemas en la casa” y uno de cada cinco se fue de su casa por consumo problemático de sustancias en la familia. Los hogares de origen son básicamente extendidos y compuesto y cuyo liderazgo es esencialmente materno. El 27% declara estar “solo” en la calle y la misma la comparte fundamentalmente con hermanos y pares. Seis de cada diez jóvenes dejó de estudiar o cuenta con retraso escolar⁹. Su actividad principal en la calle es obtener sustento para si mismo (45.3%) o para la familia (24.2%). Entre 6 y 8 horas es el tiempo promedio en la calle y obtienen en sus actividades como recursos económicos aproximadamente 5 dólares diarios.

En cuanto a la vulnerabilidad por situación de calle la mitad de ellos declara haber sido agredido o amenazado en la calle y cuatro de cada diez jóvenes confiesa haber sido agredido por parte de la policía. Sólo uno de cada cuatro ha recurrido a la misma para solicitar ayuda.

Sólo el 30% de los niños y jóvenes encuestados conocen los derechos de los niños y adolescentes consagrados en el código respectivo pero la mitad de estos no saben de que se trata.

Pese a su temprana edad el 40% (fundamentalmente hombres) ya ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida y también en los últimos 12 meses. Sobre temas sexuales son muy pocos los que tienen confianza para hablarlo con sus padres y si con su grupo de pares aunque un importante 27% declara no hacerlo con nadie. El 73% declara que usa algún método anticonceptivo para sus relaciones sexuales pero no todas las veces, siendo apenas el 35% el que los utiliza siempre. Sin embargo manifiestan conocer los mecanismos y lugares para obtener los condones u otros medios anticonceptivos. El 72% declara haber usado condón en su última relación sexual.

En cuanto a la salud mental un dato preocupante es que uno de cada diez encuestados admite por lo menos un intento de autoeliminación.¹⁰

⁹ Retraso escolar definido como “dos o más años de rezago en relación a la edad cronológica.

¹⁰ Sobre este punto específico ver el capítulo específico en Anexo 1.

Tabla 1. Distribución por sexo

| Sexo | % |
|-------|------|
| Varón | 66.3 |
| Mujer | 33.7 |
| TOTAL | 100 |



EDAD PROMEDIO : 13.7 años.

. Base: total de la muestra



Tabla 2. Nivel educativo

| | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|
| Nunca estudió | 7,4 |
| Primaria incompleta | 47,4 |
| Primaria completa | 2,1 |
| Secundaria incompleta | 14,7 |
| Dejó de estudiar en primaria | 23,2 |
| Dejó de estudiar en secundaria | 5,3 |
| Total | 100,0 |

Base: Total de la muestra.

Tabla 3: Tiempo de supervivencia en calle

| | | Porcentaje |
|---------|------------------------|------------|
| Válidos | No recuerda | 9,5 |
| | Menos de 6 meses | 3,2 |
| | Entre 6 meses y un año | 11,6 |
| | Entre 1 y 2 años | 25,3 |
| | Entre 3 y 5 años | 28,4 |
| | 6 años o más | 22,1 |
| | Total | 100,0 |

Base: Total de la muestra.

Tabla 4. Motivos de estrategia de calle.

| Decidió estrategia de calle por problemas en la casa | % |
|--|------|
| SI | 54.3 |
| NO | 45.7 |



Tabla 5. Razones de incomodidad en la casa

| Razones de incomodidad en la casa | % |
|---------------------------------------|------|
| Discusiones, bronca exagerada | 61.9 |
| Amenazas con objetos, armas, castigos | 26.3 |
| Tentativa o abuso sexual | 4.8 |
| Otros | 7.0 |
| TOTAL | 100 |



| Agresores | |
|-----------|-------|
| Padre | 14.3% |
| Madre | 19% |
| Hermanos | 4.8% |
| Otros | 61.9% |

Base: Encuestados que manifestaron incomodidad en la casa

La mitad de los agresores estaban bajo los efectos de alguna droga, especialmente alcohol

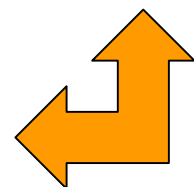


Tabla 6. Motivos principales de situación de calle.

| Principal motivo de situación de calle | % |
|--|-------|
| Sustento para sí mismo | 45,3 |
| Sustento para la familia | 24,2 |
| acompañar padre, tíos, abuelos | 1,1 |
| Acompañar hermanos | 5,3 |
| acompañar a otros | 3,2 |
| para divertirse | 10,5 |
| No tiene nada mejor que hacer | 2,1 |
| Discusiones constantes en la casa | 4,2 |
| Abuso sexual | 1,1 |
| Padres o responsable abusaban alcohol y otras drogas | 1,1 |
| Nunca estuvo en la calle | 1,1 |
| Otros | 1,1 |
| Total | 100,0 |

Base: Total de la muestra.

Tabla 7. Principales actividades de sustento

| | % |
|-------------|------|
| Mendiga | 23.2 |
| Cuida autos | 35 |
| Trabaja | 35.8 |
| Vende cosas | 17.9 |
| Otros | 23 |

Base: Total de la muestra.

Tabla 8- Ha tenido relaciones sexuales.

| | HOMBRE | MUJER | TOTAL |
|-------|--------|-------|-------|
| SI | 50 | 20 | 40 |
| NO | 50 | 80 | 60 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 |

Base: Total de encuestados



Uso de condón u otro método anticonceptivo

| | |
|-------------------------|------|
| Nunca | 22.6 |
| Algunas veces | 12.9 |
| La mayoría de las veces | 16.1 |
| Siempre | 35.5 |
| NS / NC | 12.9 |



Ocho de cada 10 encuestados conoce la forma de acceder a condones

4.2. Consumo de sustancias.

Como principales datos descriptivos encontramos:

- Ocho de cada diez encuestados ha experimentado alguna vez en la vida con alguna droga (legal o ilegal). En cuanto a las ilegales, el 35.8% de los mismos ha experimentado con las mismas. Se presentan diferencias importantes en cuanto a la magnitud del consumo por sexo y por rango de edad (menores de 13 años – 13 años y más). Para este corte, las diferencias más importantes se encuentran para Marihuana y Cocaína y derivados (pasta base, crack).
- Las drogas mas experimentadas son el alcohol (77.9%) y el tabaco con 56.8% de la población en estudio.
- Tomadas en su conjunto, la experimentación con cualquier droga ilegal alcanza el 35.8% de la población estudiada, siendo la marihuana la sustancia mas experimentada (32.6%), aunque también se presentan altas tasas de consumo de pasta Base y solventes declarado ambos por el 11.6% de los entrevistados.. En estas dos sustancias las tasas de experimentación son notoriamente superiores que en el resto de la población (general y en similar tramo de edad). Por ejemplo, en estudiantes no alcanzan al 1%). La alta experimentación con solventes es un importante hallazgo del estudio y confirma una de las hipótesis previas a la investigación. Otro hallazgo importante respecto a esta sustancia es que el consumo de la misma en un alto porcentaje fue “sustituida” por el consumo de pasta base cuando esta aparece en el mercado.
- Para todas las sustancias es muy baja la edad de inicio, siendo el alcohol en las legales y los solventes (legales pero de uso ilegal) las de uso más prematuro. La pasta base presenta un promedio de 13 años como edad de inicio pero hay que considerar que esta sustancia recién ingresó a nuestro país en el año 2003. Como dijimos anteriormente, esta sustancia sustituyó en altos porcentajes a los solventes en esta población.
- Asimismo, observamos que el “gap” entre la experimentación y el uso regular es muy estrecho, fundamentalmente en marihuana y pasta base. También observamos en la tabla 7 que en todos los casos la mayoría de los usuarios que experimentaron con alguna sustancia continuaron su uso en el último año. Para los últimos 30 días las sustancias con mayor frecuencia de consumo son la marihuana y la pasta base.

- En cuanto a la poli experimentación - y teniendo en cuenta todas las sustancias - la misma alcanza el 54% de la población total (74% de los consumidores), es decir, 3 de cada 4 entrevistados consumidores experimentaron con varias sustancias. Casi el 30% de los consumidores declara haber consumido mas de una droga simultáneamente.
- En cuanto a la frecuencia de consumo, el tabaco, el alcohol y la marihuana presentan altas tasas de prevalencia en los últimos 30 días, donde encontramos que aproximadamente - y para las tres sustancias - el 50% de los consumidores lo hace habitualmente.

Tabla 9: Consumo de drogas. (en porcentajes)

| Sustancia | Experimentación | Últimos 12 meses | Últimos 30 días | Edad de inicio | Edad de inicio de consumo regular |
|---------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|
| Tabaco | 56.8 | 54.7 | 47.4 | 11.09 | 12.20 |
| Alcohol | 77.9 | 69.5 | 42.1 | 10.75 | 12.47 |
| Marihuana | 32.6 | 31.6 | 18.0 | 12.53 | 12.61 |
| Solventes | 11.6 | 6.3 | 3.2 | 11.50 | 12.83 |
| Pasta base | 11.6 | 10.5 | 7.5 | 13.30 | 13.30 |
| Cocaína | 7.4 | 7.3 | 2.1 | 12.85 | 15.00 |
| Crack | 1.1 | 0. | 0 | s.d | s.d |
| Alucinógenos | 2.1 | 1.1 | 0 | 14.00 | 14.00 |
| Éxtasis | 1.1 | 1.1 | 0 | 15.00 | 18.00 |
| Otras drogas. | 6.3 | 5.2 | 1.1 | 14.00 | 14.75 |

Base: Total de la muestra

Tabla 10: Experimentación con drogas según rango de edad. (en %)

| Sustancia | 12 años y menos | 13 años y más |
|---------------------|-----------------|---------------|
| Tabaco | 36.4 | 67.7 |
| Alcohol | 60.6 | 87.1 |
| Marihuana | 12.1 | 43.5 |
| Solventes | 6.1 | 14.5 |
| Cocaína y derivados | 6.1 | 21.0 |
| Otras drogas. | 0 | 8.1 |

Base: Total de la muestra.

4.3 - Dinámica del consumo.

Salvo para el caso de las drogas legales donde ya estaba presente con altas tasas el consumo, la situación de calle conforma un factor de riesgo muy importante para el consumo de las drogas ilegales, en tanto el inicio en el consumo de las mismas para la gran mayoría se da cuando ya se encuentran en la situación de calle. La accesibilidad a las sustancias, tanto legales como ilegales, es muy alta. En todos los casos, 8 de cada 10 entrevistados la compra personalmente excepto cocaína donde la consigue a través de grupo de pares fundamentalmente. Asimismo, también hay una gran facilidad para conseguir las mismas (excepto cocaína). Ambos aspectos indican la alta presencia y disponibilidad de las sustancias en los contextos habituales de estos niños y jóvenes.

El consumo en situación de calle implica serios riesgos para estos niños y jóvenes dada su situación de vulnerabilidad. El 18% declara haber corrido algún tipo de riesgo en la calle luego de haber consumido alcohol u otras drogas. También declaran haber tenido algún tipo de conducta anti-social y uno de cada cuatro tuvo algunas veces malas experiencias luego de un consumo, "mal viaje", la mayoría de ellos relacionados con problemas físicos o de salud.

En cuanto a las motivaciones para el consumo de sustancias se presentan algunas diferencias según sean consumidores o no. Para los consumidores las principales motivaciones se distribuyen mayoritariamente en motivaciones lúdicas ("es divertido") y fundamentalmente para "acompañar a los amigos". Los no consumidores presentan un alto porcentaje de respuestas "no sabe" y le dan mayor peso relativo a móviles como "para sentirse desinhibido" o porque "es fácil

conseguir". De todas formas, el tema de "imitación" y lo lúdico siguen siendo las principales razones de uso.

Tabla 11. Inicio del consumo según situación de calle (en %)

| Sustancia | NS/NC | Antes | Después |
|--|-------|-------|---------|
| Tabaco | 7.7 | 26.9 | 65.4 |
| Alcohol | 20.0 | 23.1 | 56.9 |
| Marihuana | 3.6 | 3.6 | 92.9 |
| Solventes | 0 | 10.0 | 90.0 |
| Cocaína | 0 | 14.3 | 85.7 |
| Pasta Base | 8.3 | 8.3 | 83.3 |
| Otras drogas (alucinógenos, crack, éxtasis). | 0 | 0 | 100 |

Tabla 12: Accesibilidad a las drogas (Porcentaje de respuestas positivas)

| | La consigue personalmente | Es fácil conseguirlas |
|------------|---------------------------|-----------------------|
| Alcohol | 93.7 | 93.2 |
| Marihuana | 90.9 | 71.4 |
| Cocaína | 50 | 16.7 |
| Pasta Base | 100 | 66.7 |
| Solventes | 100 | 83.3 |

Base: Consumidores drogas ilegales últimos 12 meses.

Tabla 13: Situaciones de riesgo en situación de consumo (% de respuestas positivas).

| | % |
|--|------|
| Arriesgo su vida de alguna manera | 16.7 |
| Robó | 26.4 |
| Estuvo irritado, enojado, agredió a otros | 44.4 |
| Quedó sin capacidad de reacción, lento y de eso aprovecharon otros | 14.9 |
| Se durmió con la bolsa mientras aspiraba inhalantes | 2.2 |
| Tuvo un mal viaje luego de consumir alcohol u otras drogas | 25.4 |
| Tuvo sexo a cambio de conseguir drogas | 3.5 |

Base: Encuestados que consumieron alguna droga.

Tabla 14: Motivos para consumir drogas según situación de consumo. .

| Motivos de uso. | Nunca probó drogas ilegales | Probó / usa drogas ilegales |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| NS / NC | 38.5 | 6.7 |
| Es divertido | 29.2 | 43.3 |
| Para sentirse mas fuerte | 8.3 | 10.0 |
| Para desinhibirse | 20.8 | 13.3 |
| Porque es fácil de conseguir | 8.3 | 0 |
| Porque la usan los amigos | 37.5 | 56.7 |
| Para olvidar hambre, frío | 8.3 | 16.7 |
| Otros | 12.5 | 16.7 |

Base: total de entrevistados. Respuesta múltiple.

4.4- Factores de Protección

Un dato importante es que casi siete de cada diez encuestados consumidores han intentado o desea dejar de consumir drogas pero fueron muy pocos los que pidieron ayuda para ello. Sólo el 17% de estos recurrió o fue apoyado institucionalmente para ello (básicamente INAU).

Existen algunos datos que actúan como factores de protección para los cuales es necesario realizar un análisis mas profundo en la medida que pueden brindar excelentes herramientas para el abordaje de la problemática en esta población específica. Consultados los niños y jóvenes sobre las razones para dejar el consumo de drogas o no haberlas consumido nunca se destaca que:

- En ambos grupos el miedo a los efectos de las sustancias es relevante, tanto sea por experiencia como por la percepción de sus riesgos. Este punto es mas fuerte entre aquellos que ya han experimentado con las mismas.
- En el grupo de los que nunca experimentaron, el rechazo familiar o del grupo de pares a su consumo constituyen los principales factores de protección.

También la identificación de necesidades o deseos presentes o futuros pueden ser de importantes insumos para las tareas de prevención y / o intervención en esta población específica. Trabajar se presenta como el deseo o expectativa de futuro más relevante reflejándose nuevamente la moratoria existente entre el ciclo evolutivo y la realidad a la cual se encuentran inmersos. Esto se refleja también en los deseos de contar entre sus principales expectativas el poder “divertirse más”. En el presente la realización de deportes o hacer y escuchar música son actividades demandadas por estos niños y jóvenes. En cuanto a la expectativa de futuro surgen la identificación de problemáticas familiares y realidades económicas que les gustaría resolver. El tener trabajo también se percibe como un valor a futuro muy importante.

Tabla 15: Factores de protección para el no consumo de drogas. (% de respuestas positivas)

| | Dejaron de usar | Nunca consumieron |
|--|-----------------|-------------------|
| NS / NC | 23.8 | 11.8 |
| MI familia es contraria a que consuma | 14.3 | 44.1 |
| Mis amigos o pareja son contrarios a que consuma | 0 | 7.4 |
| Por miedo a la Policía | 4.8 | 4.4 |
| Por los problemas de salud que trae | 28.6 | 44.1 |
| Por miedo a volverse adicto | 23.8 | 20.6 |
| Porque al usarla pasaba mal | 28.6 | 35.3 |
| Otras. | 23.8 | 8.8 |

Base: No consumidores de drogas ilegales.

Tabla 16: Que le gustaría hacer

| Que le gustaría hacer | |
|-----------------------|-------------|
| Trabajar | 63.2 |
| Estudiar, escribir | 45.3 |
| Deportes | 55.8 |
| Jugar | 40.0 |
| Pasear | 40.0 |
| Ver TV | 43.2 |
| Música | 50.5 |
| Pintar | 28.4 |
| Tener novio / a | 37.9 |
| Descansar | 30.5 |
| Nada | 5.3 |
| Otros | 16.9 |

Base: total de encuestados. Respuesta múltiple.

Tabla 17. Expectativas de futuro

| Que le gustaría que le pasara en el futuro | |
|--|------|
| Trabajar | 58.1 |
| Estudiar | 33.3 |
| Divertirse, jugar | 19.4 |
| No tener problemas con policía | 4.3 |
| No tener problemas salud | 7.5 |
| Conseguir lugar para vivir | 29.0 |
| Resolver problemas personales | 18.3 |
| Mejorar relación con la familia | 26.9 |
| Consumir menos drogas | 5.4 |
| Tener para comer siempre | 9.7 |
| No precisar ayuda | 1.1 |
| Otros | 26.9 |

Base: total de encuestados. Respuesta múltiple.



5. SALUD MENTAL: CAPACIDADES Y DIFICULTADES

Aplicación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ – CAS)

Resultados para niños en situación de calle y para grupo de enseñanza secundaria.

Se incorporó a la Investigación de niños en situación de calle el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ – CAS de Robert Goodman) de aplicación a nivel internacional. Es un cuestionario autoadministrado de investigación de antecedentes de 25 puntos, de los cuales cada uno consiste de 5 puntos, generando puntuaciones para los síntomas de: problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los pares, problemas emocionales y conducta pro-social.

Cada uno de los aspectos mencionados se releva en la encuesta a través de estos cinco ítems, con puntuación de 0 a 2¹¹, obteniéndose así cinco escalas cuya puntuación puede variar de 0 a 10.

Está especificado que para obtener la puntuación total de dificultades se suman las cuatro escalas que refieren a los problemas, y se excluye la escala Pro Social, construyéndose un índice general cuya puntuación puede variar entre 0 y 40.

En todos los casos, cuanto mayor valor asume el índice (tanto general como para cada una de las dimensiones analizadas), mayores son las dificultades.

Por no existir datos poblacionales normalizados para este Test, los datos se compararon con una muestra de adolescentes, estudiantes de enseñanza secundaria ¹² con promedio similar de edad¹³.

El tamaño de la muestra para niños / adolescentes en situación de calle fue de 95 casos y para el grupo de enseñanza secundaria de 163.¹⁴

¹¹ Valores: 0: casi nunca; 1: es cierto algunas veces; 2: casi siempre es cierto.

¹² Esta muestra fue realizada por la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) en un instituto de enseñanza secundaria privada de Montevideo (2005).

¹³ Para los Niños en situación de calle la edad promedio es de 13.7 y para la muestra de niños escolarizados la edad promedio es 14.4

Para el análisis y comparación del Índice General se utilizó la distribución de las mismas (asumiéndose como distribuciones normales desde el punto de vista estadístico), y algunos estadísticos descriptivos como media, mediana, moda, valores mínimos y máximos y algunos cortes de percentiles que se presentan a continuación.

Para la inferencia estadística, se realizaron las pruebas de diferencia de medias para muestras independientes¹⁵, en este caso tanto para el Índice General como para los diferentes ítems.

Resultados.

Índice General.

En los gráficos 1 y 2 se presenta la distribución del valor que toma para cada persona de ambas muestras el índice general. La distribución del grupo de enseñanza secundaria está volcada sobre la izquierda, hacia los valores más bajos, presentando una distribución normal pero asimétrica. Los niños en situación de calle se concentran en valores superiores a 15, siendo la distribución de esta población mucho más homogénea, pero dentro de valores más altos.

En ese sentido, los estadísticos indican una mayor proporción de niños con las dificultades medidas en el test, para la población de niños en situación de calle que para el grupo de enseñanza secundaria.

Con respecto a los valores que asume el índice general, resulta estadísticamente significativa la diferencia en los valores promedio. (T test- sig= 0.000)

¹⁴ Si bien esta distribución presenta cierta asimetría, a los efectos de comparar muestras resulta un instrumento adecuado ya que esta población se asume como una buena aproximación a la población escolarizada promedio.

¹⁵ T-Test para muestras independientes

Gráfico 1: Valor que toma el índice general para grupo de enseñanza secundaria y para Niños en situación de calle. Histogramas con curva normal.

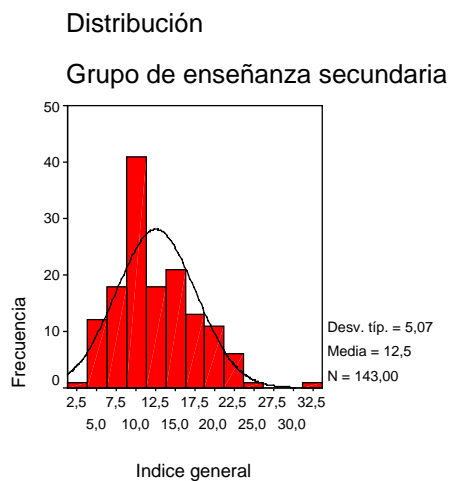


Gráfico 2.

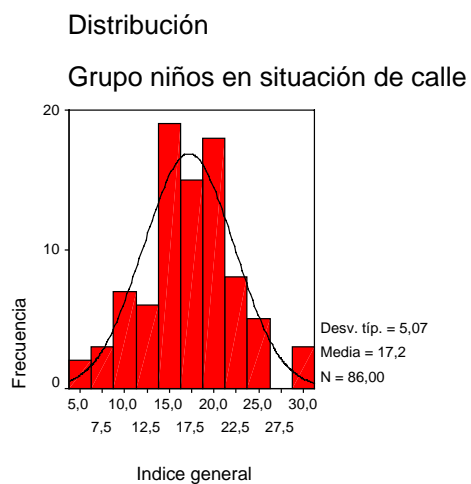
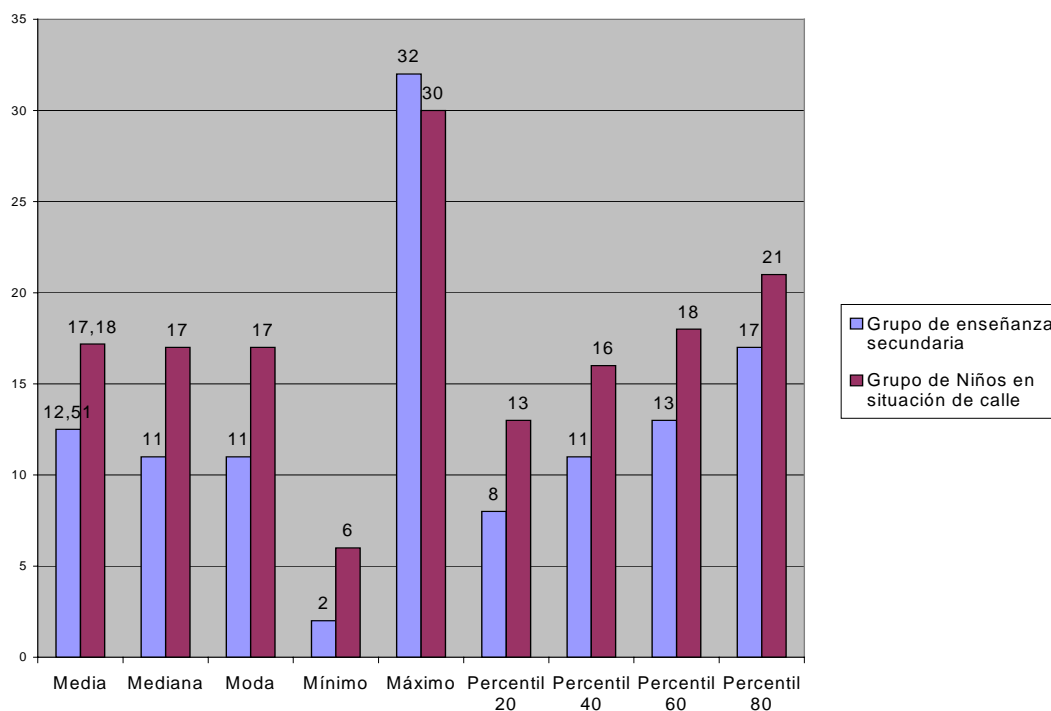


Gráfico 3. Comparación de valores que asume el índice general para grupo de enseñanza secundaria y niños en situación de calle.



Resultados por ítem.

En el gráfico 4 se pueden ver las diferencias que asumen los valores promedio de las cinco escalas para ambas poblaciones, encontrándose diferencias estadísticamente significativas para todos los índices excepto Pro Social, lo cual coincide con las especificaciones previamente establecidas (. (T test significación = 0,682),

La menor diferencia la encontramos en el índice de Hiperactividad (T test significación = 0.044), lo cual podría explicarse por el alto porcentaje de niños / jóvenes, con valores altos en el índice de hiperactividad en ambas poblaciones. Para los índices de Problemas de conducta, Problemas emocionales y Problemas con los pares el T test tiene una significación = 0.000.

En resumen, encontramos que para cada uno de las dimensiones indagadas y con significación estadística el grupo de niños en situación de calle presenta para este test una mayor presencia de dificultades que su grupo de pares utilizado como control.

Por otro lado, además de lo observado respecto a la homogeneidad del grupo de niños en situación de calle, respecto a los valores que asumen los índices del SDQ, tanto a nivel de

diferentes tramos de edad como por sexo, aparece un mayor índice de hiperactividad y de problemas emocionales en las mujeres.

Otra forma de ver estas diferencias se presenta en el Gráfico 5 en el cual se observan los casos que asumen valores de 6 o superior, valores que resultan lejanos y por encima de la media¹⁶, es decir aquellos casos que presentan mayores dificultades.

En ese sentido resulta llamativo el alto porcentaje (29.1%) de jóvenes pertenecientes al grupo de enseñanza secundaria que tiene índices de hiperactividad alto (6 o superior)

Para los niños en situación de calle, hay altos porcentajes de niños que tienen altos los valores de cada uno de los índices: Problemas de conducta un 22%, Problemas emocionales el 36.4%, Hiperactividad el 36.4%, Problemas con los pares el 13.3% y el Índice (negativo) de conducta pro social 11.2%.

El test y la vinculación con el consumo de drogas.

No resulta posible realizar el análisis de la vinculación de los valores del test con el consumo de drogas, en forma comparativa, en razón que no se cuenta con los datos de consumo de la población utilizada como control.

Tampoco se puede realizar en forma contundente un análisis de esta asociación con el consumo de drogas ilegales en el grupo de niños en situación de calle, debido fundamentalmente al número de casos resultante en la muestra como consumidores de las mismas.

Sí aparece en los niños en situación de calle una relación entre la frecuencia de consumo de alcohol, y los índices de hiperactividad (a mayor hiperactividad mayor consumo) y de conducta pro social (a menor conducta pro-social, mayor consumo).

¹⁶ Valores de las medias en Gráfico 4

Grafico 4. Valor Promedio que asume cada una de las escalas para Niños en Situación de calle y grupo de enseñanza secundaria.

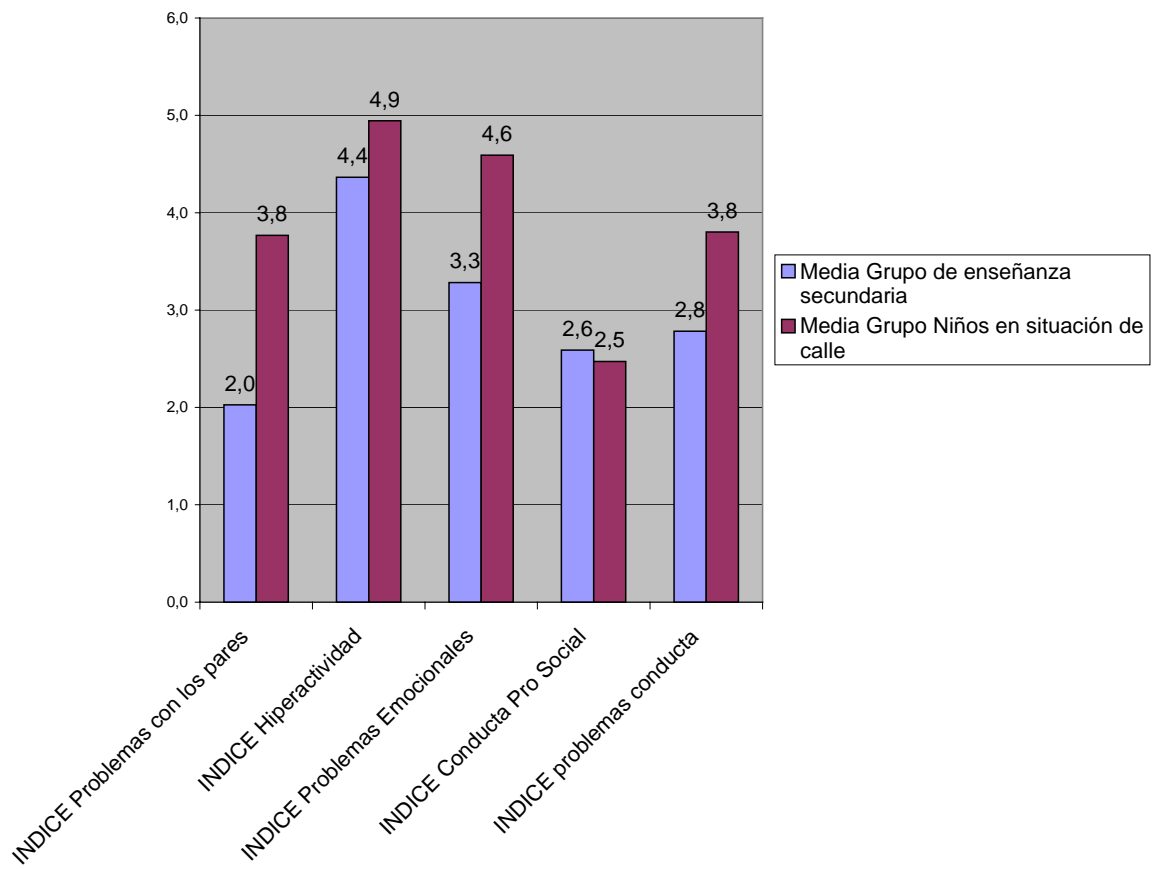


Gráfico 5. Porcentaje de niños / adolescentes con resultados de 6 o más para las diferentes Escalas del SDQ.

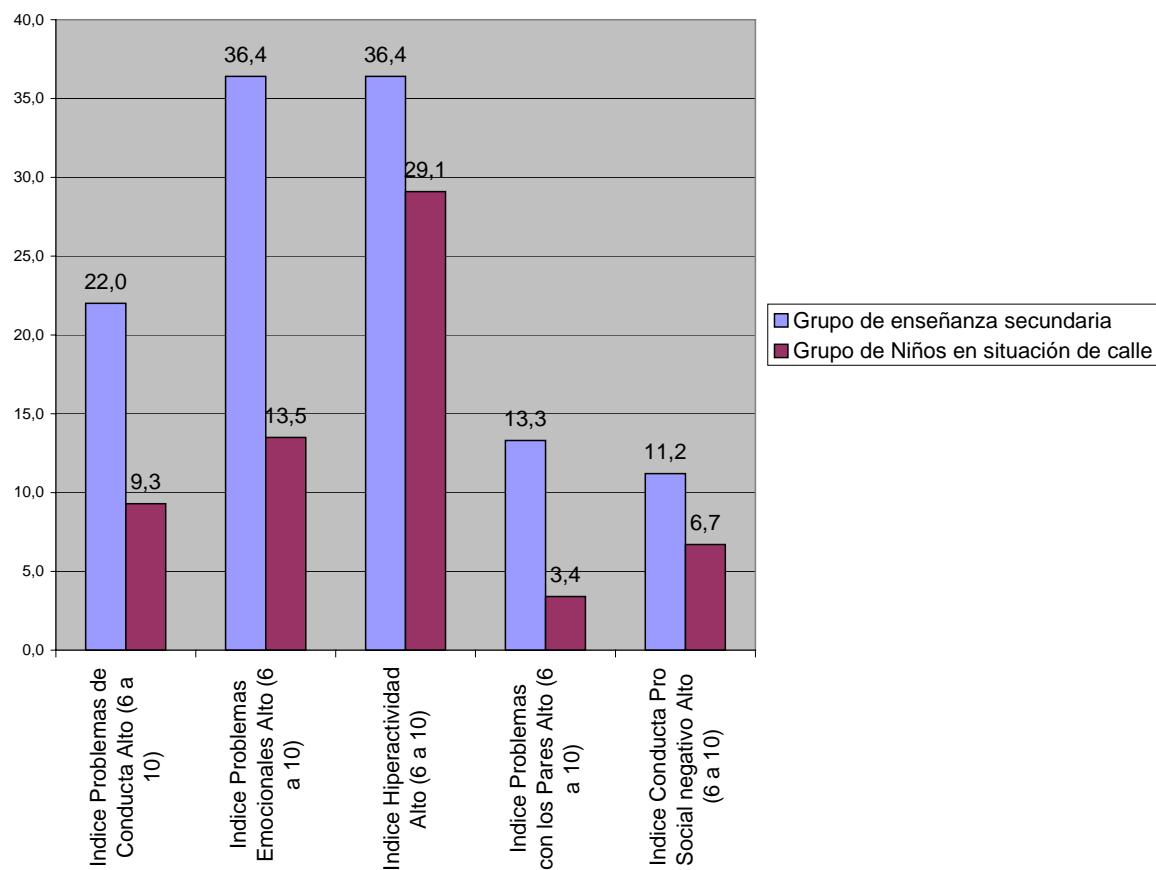
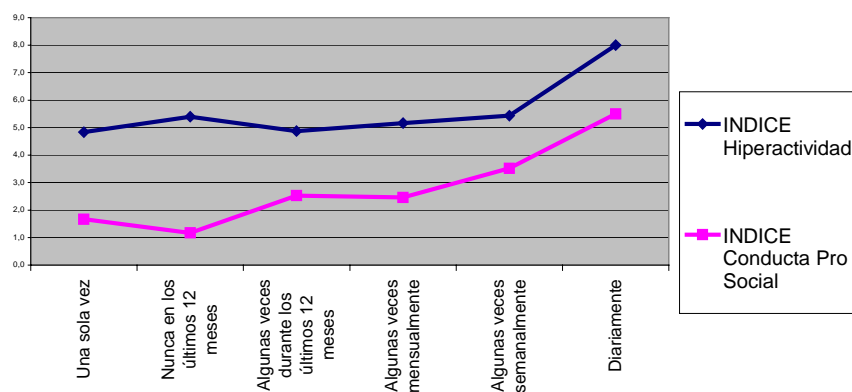


Gráfico 6. Índices de Hiperactividad y de Conducta Pro Social (negativo) según frecuencia de consumo de alcohol.



Análisis

El diagnóstico y atención de la salud mental de los niños y niñas en situación de calle constituye un aspecto a ser considerado en los abordajes de los diferentes programas y proyectos.

Recientes investigaciones como la de Alcalde, Atocha, Carvajal, Liberti y Piaggio citados por Llorens (2005) elaboran un perfil psicológico de una población de niños de calle en Perú, de las que destacamos:

- Carencias materiales y afectivas importantes
- Familia percibida como amenazante.
- Condiciones precarias de vida que someten a los niños a situaciones de desprotección y vulnerabilidad crónica.
- Vivencias frecuentes de maltrato con correlatos de estrés postraumático frecuentes como la presencia de recuerdos intrusivos de tipo flash backs.
- Vivencias de minusvalía.
- Conductas externalizantes: hiperactividad, provocación, desafío y agresividad.
- Experiencia sexuales tempranas
- Tendencia a relacionarse con los demás a través de la provocación
- Alto consumo de drogas

Los componentes detallados y sistematizados en la investigación mencionada, pueden coincidir en líneas generales con las descripciones de los operadores de campo de nuestro medio, en el área de proyectos dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Antes bien, a la hora de abordar aspectos ligados a la caracterización del perfil psicológico de este grupo poblacional, se plantean una serie de interrogantes:

¿Cuántos de estos elementos del perfil son determinados por las condiciones de vida ligadas a la extrema pobreza?

¿Cuántos por aprendizaje de modelos parentales o de pares?

¿Cuántos por trastornos mentales?

En la práctica cotidiana de los proyectos, se observa muchas veces, que el diagnóstico y la atención de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, pasa a ser

comprendida y explicada casi en su totalidad, por las condiciones de vida de extrema privación, disconfort y estrés a los que estos niños se ven sometidos. En este sentido, la misma pierde visibilidad como campo de problemática específico que requiere atención desde el ámbito sanitario. En el otro extremo, los operadores de campo relatan que cuando se logra dar atención a la salud mental, la misma muchas veces se reduce a una intervención farmacológica, que muchas veces desconoce las condiciones concretas de vida de los sujetos. Nuevamente y desde otro lugar, la visibilidad del campo de la problemática se parcializa.

En este apartado, se incluye el análisis de los datos recabados, buscando caracterizar aspectos ligados a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

En relación a los parámetros que mide el cuestionario SDQ, surgen diferencias significativas en relación al grupo de estudiantes de secundaria, en lo que refiere a los índices de problemas con los pares, problemas emocionales y problemas de conducta, tanto en el valor promedio que asume cada una de las escalas como en el porcentaje de niños con resultados de 6 o más para las diferentes escalas (gráficos 4 y 5).

En todos los parámetros estudiados los índices a los que llega la población en situación de calle son más altos que el grupo de enseñanza secundaria, encontrándose también en el segundo resultados significativos en los parámetros de hiperactividad y problemas emocionales

Resulta también destacable que en el cuestionario de "Consumo de drogas" el 10 % de la muestra de niños de calle refiere haber tenido un intento de autoeliminación en su vida.

Si bien el SDQ es un instrumento de screening por lo cual no es posible hacer diagnóstico, estos datos ponen en evidencia la presencia de conductas ligadas a la esfera del humor, y especialmente a cuadros de estirpe depresiva que requerirían un diagnóstico confirmatorio siendo situaciones de riesgo a nivel de salud mental de estas poblaciones estudiadas.

Hay un porcentaje importante de niños en estas condiciones de vida de calle que no resultan sintomáticos a los dimensiones estudiadas, por lo que se supone existan factores protectores a dichas situaciones. En relación a lo anterior Keen (1990) citado por Llorens (2005) afirma que el locus de control interno o el grado en que los jóvenes se atribuyen la capacidad de controlar en alguna medida las situaciones de sus vidas, es una de las variables protectoras principales que diferencian a los jóvenes que muestran más síntomas psiquiátricos de aquellos que no los presentan.

6. ELEMENTOS PARA LA DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos por la investigación y solo a modo de primeras hipótesis exploratorias de trabajo - merecedoras todas de posteriores estudios en profundidad - creemos necesario destacar los siguientes elementos:

A. Motivos para estar en la calle y experimentar con drogas ilegales

❖ La vulnerabilidad social y familiar como factor inicial de la situación de calle.

La inestabilidad y deterioro de las unidades familiares y su escasez de ingresos son factores que generan la incorporación de los niños y adolescentes en actividades económicas de subsistencia (propia o familiar) reduciendo por lo tanto su dedicación a la escolarización y acelerando drásticamente la moratoria psicosocial que media en el pasaje al mundo adulto.

De todas formas, del conjunto de entrevistas puede deducirse que la situación de calle no es generada exclusivamente por necesidades económicas, existiendo otros factores como ser la violencia familiar, relaciones vinculares conflictivas y la ausencia de patrones mínimos de contención afectiva.

❖ El conflicto con el mundo adulto y la autoridad.

Un alto porcentaje de encuestados manifestó haber sido agredido en la calle y particularmente por parte de autoridades policiales. Esto puede responder muchas veces a los juicios de etiquetamiento desacreditante existente en el imaginario social y que se ve homologado parcialmente en la relación conflictiva con las autoridades policiales.

❖ El consumo de drogas como adaptación al medio social.

El grupo de pares consolida una situación de calle ya que los mismos pasan a ser su grupo de referencia. El alto porcentaje de niños y jóvenes que le atribuyen la principal motivación para la iniciación en el consumo de drogas parece validar esto. Si pertenecer a un grupo es condición importante para consolidar su situación de calle, el consumo de sustancias juega un papel primordial para la pertenencia al mismo - en tanto por supuesto - exista consumo en esos grupos.

❖ **Nivel de “independencia económica” y experimentación con drogas ilegales.**

El alto porcentaje de niños y jóvenes cuyo principal móvil para estar en la calle es la de obtener recursos económicos y las altas tasas de experimentación con drogas podrían estar indicando una posible asociación positiva entre el nivel de independencia económica y la mayor probabilidad de experimentación con drogas ilegales. Sería interesante poder profundizar la relación entre motivo para estar en calle, tipo y calidad de apego familiar y nivel de riesgo para la experimentación con drogas ilegales.

❖ **Diversión y experimentación con drogas ilegales.** 29 % de las personas que han experimentado con drogas ilegales manifiesta estar en calle por “diversión”. Si bien se debería profundizar mucho más en el significado de la palabra “diversión” como motivo para estar en calle, resulta interesante destacar que las drogas al igual que la calle, también ofrecen a muchos de estos niños y adolescentes la posibilidad de divertirse, posibilidad no exenta naturalmente de distintos riesgos.

B. Razones para la experimentación con drogas ilegales

❖ **Marihuana y solventes: curiosidad y pertenencia grupal.** Del 100% de los entrevistados que han experimentado con marihuana, 48 % lo han hecho motivados por la curiosidad y por saber “como se sentía”, mientras que un 38% lo hizo con el objetivo de acompañar a amigos que la estaban utilizando. Estos motivos *típicamente adolescentes* de iniciación en el consumo, confirman 2 de las razones más frecuentes en la experimentación adolescente en todo el mundo (tanto con drogas legales como ilegales.) De las 10 personas que manifiestan haber experimentado con solventes, 8 lo han hecho también debido a las mismas razones.

C. Intereses e ilusiones personales y experimentación con drogas ilegales

❖ **Factores de riesgo para la experimentación.** De los entrevistados que han experimentado con drogas ilegales, el 53 % desearía como principal interés poder resolver problemas personales y un 44 % desearía poder mejorar su relación con la familia. En las personas que ya han experimentado, estos son los 2 deseos/intereses que aparecen más frecuentemente mencionados. Estos 2 motivos (muy frecuentemente asociados al

comienzo de una situación de calle) como son los problemas con la familia y muy vinculados a ellos, los problemas personales, podrían estar dando una pista acerca de

1. su relevancia como factores de riesgo para el inicio del consumo
2. la importancia del consumo de algunas drogas como factores para la "mitigación" del stress personal inducido por algunas familias.

- ❖ **Factores de protección para la experimentación.** Importante es de destacar aquí que el 64% de los entrevistados nunca experimentaron con ninguna droga ilegal, es decir, aproximadamente *de cada 10 entrevistados 6 nunca probaron drogas ilegales*. Esta constatación contradice, en parte, una hipótesis frecuentemente manejada que atribuye a toda la población de calle un altísimo consumo de sustancias ilegales. Al preguntarles acerca de lo que más les gustaría hacer en su vida, vemos que aparecen 3 factores con *un posible* valor de protección: del 100 % a quienes les gustaría hacer deportes, 75% nunca probó drogas ilegales; del 100 % a quienes les gustaría estudiar, un 72 % nunca experimentó con drogas ilegales y finalmente del 100 % a los que les gustaría ocupar su tiempo con propuestas recreativas, el 83% nunca experimento con una droga ilegal. Estos tres motivadores e ilusiones para el futuro: hacer deportes, estudiar y participar de propuestas recreativas bien podrían estar indicando su potencial relevancia como factores de protección y como posibles significantes (a tener en cuenta) para la construcción de identidades más saludables no centradas en el consumo de drogas.
- ❖ Es muy importante destacar también la existencia de un 21% de "Abstemios" de cualquier tipo de droga (legal e ilegal), lo cual permitiría inferir la presencia y acción de factores de protección, los cuales serian necesarios de profundizar en futuras investigaciones.

D. Derechos de los niños y experimentación con drogas ilegales¹⁷

- ❖ **Nivel de conocimiento sobre los derechos y experimentación con drogas ilegales.** Un 60 % de los entrevistados que manifiestan no conocer sus derechos no ha probado ninguna droga ilegal, mientras que del total de los que si los conocen, un 69% nunca ha experimentado. Resulta bastante sorprendente el importante numero de entrevistados que manifiesta no conocer ninguno de sus derechos, máxime si tenemos en cuenta que

¹⁷ Estas posibles asociaciones requerirían de un análisis con mayor número de casos y diversidad de variables.

todos los entrevistados participan activamente de programas estatales o de ONGs en los cuales la promoción y el trabajo sobre los derechos de niños y adolescentes es uno de los ejes centrales de acción. Por otra parte, sería interesante poder contar con más casos para evaluar con significación estadística la posible asociación entre el nivel de conocimiento de sus derechos y el nivel de experimentación y consumo de drogas ilegales.

E. Sexualidad y uso de drogas

- ❖ **Edad de inicio sexual y experimentación con drogas ilegales.** Del total de los encuestados que ya han tenido por lo menos una relación sexual (N=36), el 61 % ha probado drogas ilegales mientras que del total de aquellos que nunca han tenido relaciones sexuales (N=55), solo un 16 % ha probado drogas ilegales. Aquí aparece una posible asociación entre el *inicio en la experimentación sexual* y el *inicio en la experimentación con drogas ilegales*, máxime si tomamos en cuenta que ambos comportamientos de riesgo son altamente prevalentes en el pasaje de la niñez a la adolescencia. De los 37 que han tenido relaciones sexuales, 22 lo ha hecho antes de los 14 años (60 %) y de ellos, 14 (64%) ha experimentado con drogas ilegales. Estos datos indican la precocidad creciente de ciertos comportamientos de riesgo, la cual va en la misma dirección que los datos de investigaciones similares con otras poblaciones de adolescentes y jóvenes.

- ❖ **Uso del condón y experimentación con drogas ilegales.** De 11 entrevistados que no usaron condón en su última relación sexual, 7 (64%) experimentaron con drogas ilegales, mientras que del total de 28 que si lo usaron, 18 (64 %) experimentó con drogas ilegales. Estas dos variables merecerían un análisis con mayor profundidad, a partir del cual se pudieran establecer o descartar posibles correlaciones entre *las percepciones de riesgo para el contagio de enfermedades infecciosas* y *las percepciones de riesgo con relación a la probabilidad de desarrollar un uso problemático de drogas*.

F. Salud mental y consumo de drogas

En la presente investigación es destacable lo relacionado a los problemas emocionales que reportan estos niños/ adolescentes en situación de calle y su diferencia con una población que no presenta las mismas condiciones de vida. Cabe plantearse la posible incidencia que tendrían los parámetros emocionales en el consumo problemático de drogas en esta población vulnerabilizada. No poseemos datos en cuanto al consumo de sustancias de la otra población, por lo que no podemos comparar este parámetro con el grupo de enseñanza secundaria.

Si bien el cuestionario SDQ no tiene capacidad diagnóstica podemos marcar que existe una tendencia hacia la posible existencia de trastornos en la esfera de la salud mental en la población estudiada.

Un aspecto al cual se le viene dando cada día mayor importancia, por su frecuencia y sus implicancias terapéuticas, es el de los "trastornos duales". Nos referimos a la comorbilidad entre Trastorno por abuso de sustancias (TAS) y algún otro tipo de trastorno mental no relacionado con el consumo de sustancias.

La noción de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas tiene la utilidad de ampliar el campo de comprensión de los diferentes trastornos, que operando en forma combinada, configuran diferentes cuadros clínicos que requieren respuestas terapéuticas distintas implementadas simultáneamente (Guimón, 1989).

Esto puede tener especial relevancia en cuanto a la población estudiada ya que los estudios han encontrado generalmente que el comienzo de otros trastornos psiquiátricos preceden al TAS. Esto podría relacionarse a la gran cantidad de tiempo (en ocasiones años) requerida para lograr criterios de diagnóstico para el abuso y dependencia de sustancias más que para otro tipo de trastorno psiquiátrico. Teniendo en cuenta que estamos frente a poblaciones muy jóvenes un diagnóstico adecuado puede ser preventivo para asegurar una mejor calidad de vida.

Los datos referidos en cuanto a hiperactividad y consumo de alcohol, en los niños en situación de calle pueden marcar una tendencia en cuanto a la relación entre el Trastorno con déficit atencional con Hiperactividad (TDAH) y el consumo problemático de alcohol. Si bien la hiperactividad es un síntoma que puede estar determinada por múltiples factores, también es parte de una triada diagnóstica¹⁸ en relación a este trastorno, de alta prevalencia en la infancia y el que en niños en edad escolar es de aprox. 6% a un 9% de la población general.

Al respecto Biederman (2004) refiere: "Existe una superposición bidireccional entre TDAH y el TAS. El estudio de comorbilidad entre TAS y TDAH es relevante para ambos, la investigación y práctica clínica en pediatría del desarrollo, psicología y psiquiatría, con implicancias para el

diagnóstico, pronóstico, tratamiento y atención de la salud. La identificación de factores de riesgo específicos de TAS en pacientes con TDAH permitirá tratamientos más puntuales para ambos trastornos en las primeras etapas de su aparición, amortiguando potencialmente la enfermedad, incapacidad y el pobre pronóstico a largo plazo en adolescentes y adultos con esta comorbilidad.”

Desde el punto de vista de la salud pública dada la alta prevalencia de TDAH y el alto riesgo de desarrollar TAS, la identificación y tratamiento precoz de estos trastornos comórbidos puede mejorar la calidad de vida de estas poblaciones.

¹⁸ criterios del DSMIV para el TDAH

- Teniendo en cuenta el carácter exploratorio del presente estudio sería fundamental poder desarrollar:
 1. Estudios con mayor representatividad estadística de la diversidad de situaciones de calle y de consumo de drogas de niños y adolescentes, tanto en Montevideo como en los diferentes departamentos del interior del país.
 2. Investigaciones que puedan profundizar en la confirmación o revisión de algunas de las hipótesis de trabajo construidas a partir de esta primera investigación.
 3. Estudios que utilicen metodologías y técnicas de corte cualitativo (entrevistas en profundidad, grupos focales, etc.) que permitan obtener información complementaria sobre las variables estudiadas, información que normalmente es de difícil acceso a través de la aplicación de instrumentos como las encuestas.
- Desarrollar instancias colectivas de presentación de los resultados de la investigación con las diferentes instituciones participantes del estudio, con el objetivo de poder aportar a la construcción de una mirada mas integral y más rica de las practicas educativas cotidianas que desarrollan las instituciones.
- Desarrollar instancias colectivas de presentación y análisis de los resultados de la investigación, con los distintos actores políticos públicos y privados con competencias en la materia, de forma de promover la construcción de políticas focales de abordaje de la temática de las drogas con la población de niños y adolescentes en situación de calle.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic Manual of Mental Health disorder. DSM-IV*. Washington, D.C: Masson.
- Barkley, R. (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Nueva York: The Guilford Press
- Barkley, R. y cols. (2003). Does the treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-Year prospective study. *Pediatrics*, 111, 97-109.
- Biederman, J. y cols.(1991). Comorbidity of ADHD with Conduct, depressive, anxiety and other disorder. *Am. J. Psychiatry*, 148: 564-577.
- Biederman, J. y cols. (1987). Conduct and Oppositional disorder in clinically referred children with ADHD: A controlled family study. : *J. Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 26:724- 727.
- Bierderman, J. y cols. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample Attention, *J.Am.Acad.*
- CEPALI (1999). *Activos y Estructura de oportunidades. Estudio sobre las raices de la vulnerabilidad social en Uruguay*.Montevideo- PNUD-CEPAL.
- *Child.Adolesc.Psychiatric*, 37,305-313.
- Biederman, J.; Willens, T. y cols. (1999). Pharmacotherapy of ADHD reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 104; E 20.
- Cantwel, D. (1985) Hyperactive children have grown up; what have we learned about what happens to them? *Arch. Gen Psychiatry* 42: 1026-1028.
- Castellanos, X. (1996). Quantitative Brain Magnetic Resonance imaging in ADHD. *Archives of Gen. Psych*, 53: 607-616.
- Faraone.(1996) Evidence for familial transmission of ADHD. Results froma famly gnetic study. *Am J Psychiatry*, 150: 891-895.1993
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581
- Gold, A. Sosa G. (2000) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: La importancia del diagnóstico psiquiátrico. *revista tendencia* .Montevideo
- Gross, V., Shalev, R. y Amir, N. Attention deficit disorder: association with family-genetic factors. *Pediatric Neurologist*, 1991, 7: 258-261
- Guimon, J. (1989). Psicoanálisis y Conductas Adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación. *El Diagnóstico Psicopatológico en el Campo de las Drogodependencias*. Grupo Igja. Barcelona.
- Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas.(2005). *Segunda Encuesta Nacional y Tercera en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media*.
- Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas.(2006). *Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares*. .
- Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas.(2007). *Estudio ventana en emergencias hospitalarias sobre consumo de drogas*. .
- Llorens, M. (2005). Niños con experiencia de vida en la calle. Buenos Aires: Paidos.
- Lozano, J. (1999). Avances en Salud Mental Infanto- Juvenil. Sevilla: Fundación Reina Mercedes. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.

- Spencer, T. (2004) Tratamiento del TDAH a lo largo del ciclo de vida *J.clin psiquiatría; 65 supl.3: 22-26*
- Soutullo Esperón, C. (2003) Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med. Clin.(Barc), 120:222-226*
- The MTA Cooperative Group: A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56; 1073-1087, 2000
- Tierno, S., Cal, M., Mackinnon, A.yFerri, I. (2006). Lineamientos metodológicos para la implementación de propuestas con niños y niñas en situación de calle extrema. . Montevideo: Instituto del niño y adolescente del Uruguay INAU.
- Wilens, T. y cols (2003). Does stimulants Therapy of Attention-Deficit Hyperactivity beget later substance abuse? A Meta- analytic Review of the literature. *Pediatrics, 111,179-185.*
- Wilens, T. Y cols. (1996). ADHD and The Psychoactive Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psylchiatric Clinics of North America*. Vol. 5, Jan.