

Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de atención social de Medellín, Colombia

Sociodemographic characteristics and mental disorders in homeless child and adolescents in shelter Medellín, Colombia

Carmenza Ricardo Ramírez¹, Marta Correa Arango², Juan David Velásquez Tirado³, Matilde Álvarez Gómez⁴, José Gabriel Franco Vásquez⁵, Mayra Alejandra Celis Durán⁶.

RESUMEN

Objetivo: describir las características demográficas y la prevalencia de algunos trastornos mentales en niños y adolescentes habitantes de calle que asistían al Centro de Acogida de Medellín (Colombia).

Metodología: estudio descriptivo transversal en una muestra de 148 niños y adolescentes en quienes se valoró aspectos sociodemográficos y se determinó la prevalencia de algunos trastornos mentales a través de entrevista estructurada específica para este grupo de edad (MINI KID).

Resultados: la edad promedio fue de 14.8 años y el 85.1% estaba conformado por hombres. El motivo más frecuente para estar en la calle fue el maltrato familiar (43.2%). El 50% llevaba al menos 24 meses habitando en la calle. El 85.8% presentó alguno de los trastornos mentales evaluados, el más prevalente fue la dependencia de drogas (58.1%), seguido por el trastorno de conducta (54%) y el negativista desafiante con el 49.3%.

Conclusiones: la prevalencia de trastornos mentales en los niños y adolescentes habitantes de la calle fue similar a la reportada en otros países en esta misma población. Se encontró que el más prevalente fue la dependencia de drogas y la causa principal de vivir en la calle fue el maltrato.

Palabras clave: Jóvenes sin hogar. Factores socioeconómicos. Trastornos mentales.

ABSTRACT

Objective: to describe the demographic characteristics and prevalence of some mental disorders in a group of homeless children and adolescents attending a homeless shelter.

- 1 Médica psiquiatra, Grupo de investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia
- 2 Magíster en Desarrollo, Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Trabajo Social, Grupo de investigación en Familia. Medellín, Colombia
- 3 Médico psiquiatra de Enlace, Grupo de investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia
- 4 Enfermera especialista en Farmacodependencia, Grupo de investigación en Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia
- 5 Médico psiquiatra, Doctor en Neurociencias. Grupo de investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia
- 6 Estudiante de pregrado, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Carmenza Ricardo Ramírez. Correo electrónico: moralesricardo@une.net.co

Fecha de recibido: 24 de enero de 2011

Fecha de aprobación: 28 de marzo de 2011

Methods: a transversal descriptive study was performed in 148 children and adolescents in whom sociodemographic aspects were assessed, and the prevalence of some mental disorders was established through MINI KID.

Results: mean age was 14.8 years and 85.1% were male; 50% were living in the street at least for 24 months and parental abuse (43.2%) was the most frequent reason for leaving home. 85.8% had at least one of the mental disorders evaluated with substance dependence (58.1%), conduct disorder (54%) and oppositional defiant disorder (49.3%) as the three main diagnoses found.

Conclusions: prevalence of mental disorders in street children and adolescents was similar to that reported in other countries for the same population. We found substance dependence as the most prevalent disorder and parental abuse the main reason for living in the street.

Keywords: homeless youth; socioeconomic factors; mental disorders.

INTRODUCCIÓN

El concepto de habitante de la calle se refiere a las personas de cualquier edad, que han roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hacen de la calle su espacio permanente de vida. Mientras que el habitante en la calle es el menor de 18 años de edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alterna la casa, la escuela y el trabajo en la calle¹.

El censo de 2002 de la ciudad de Medellín (Colombia) reportó 629 niños habitantes de la calle, en una población total de 2 499 080 personas². Se calcula que existen en el mundo más de 100 millones de niños y adolescentes de la calle, que tienen diferentes actividades de supervivencia como trabajar, prostituirse, mendigar o robar³.

Los niños abandonan la familia y la institución escolar por la calle, situaciones que surgen como resultado de las guerras, la migración rural, la falta de vivienda y de servicios públicos, la desintegración familiar, el maltrato y el fracaso escolar³.

Este grupo poblacional se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo entre los que se cuentan la desnutrición, la exposición a la violencia y a traumas, prácticas sexuales inadecuadas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y trastornos mentales, que no tienen una adecuada y oportuna atención en salud ni soporte social⁴⁻⁶.

La prevalencia de los trastornos mentales en los niños y adolescentes que viven en sus hogares es menor que en la población de los niños de la calle. En los primeros se encuentran prevalencias de trastornos de conducta del 5.9% y de trastornos de ansiedad y afectivos del 4.7%⁷, mientras que en niños de la calle estos trastornos mentales son más frecuentes⁸⁻¹⁴, como lo demuestran estudios realizados en algunos países desarrollados, en los que los trastornos mentales más frecuentes fueron el abuso de alcohol con 58.8% y el abuso o dependencia a drogas hasta del 76.5%. Le siguen en frecuencia los trastornos de conducta con 75.7%¹¹, los trastornos afectivos con 40%¹¹, los trastornos psicóticos con 25%¹⁵ y, por último, los trastornos de ansiedad con 22%¹⁰.

En Colombia, dos estudios en niños y adolescentes de la calle encontraron prevalencias de trastornos mentales de 76% a 79.2%^{16,17}.

La presente investigación tuvo por objetivo describir las características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de atención social de la ciudad de Medellín, con la participación de grupos de investigación de diversas disciplinas relacionadas con la salud mental: Trabajo social, Enfermería y Psiquiatría.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal, que tuvo una muestra por conveniencia constituida

por 148 niños y adolescentes de ambos sexos habitantes de la calle, que asistían a un centro de acogida de la ciudad de Medellín, institución municipal en la que éstos acuden voluntariamente y reciben educación básica primaria, secundaria, atención en salud, alimentación y recreación. Fue aprobado en enero del 2008 por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia). Se consideró como un estudio de riesgo mínimo para la salud. Se solicitó consentimiento informado por escrito a las directivas del Centro de acogida de la ciudad de Medellín, institución municipal representante legal de los jóvenes, y también se pidió el asentimiento por escrito a los niños y adolescentes.

Antes de empezar el estudio, se realizó una prueba piloto en 15 niños de la calle, con el fin de evaluar la facilidad en la comprensión de las preguntas de los instrumentos usados en el estudio (ver cuadro), la agilidad en el diligenciamiento, el tiempo de resolución y la estandarización de los investigadores que aplicaron los instrumentos. Además, se hizo énfasis en las instrucciones dadas por el *Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid* (MINI-Kid), y se concluyó que la presencia de algunos trastornos excluye explorar otros, como por ejemplo depresión mayor y distimia, trastorno de conducta y trastorno oposicional desafiante. Las observaciones fueron tomadas en cuenta para modificar la encuesta sociodemográfica para obtener la versión definitiva. La recolección de la información se hizo por parte de residentes de psiquiatría y psiquiatras, acompañados por enfermeras y trabajadoras sociales, quienes se encargaron de la organización del proceso.

Los investigadores sensibilizaron a las directivas del Centro de acogida y a los niños y jóvenes, se enfatizó en los conceptos de autonomía, libertad para participar y anonimato de los datos recolectados.

Se excluyeron los jóvenes con retraso mental evidente, con problemas de lenguaje y audición o intoxicación aguda por sustancias, y quienes, de acuerdo con la evaluación clínica, estuvieran

impedidos para participar de la entrevista estructurada.

La recolección de la información se hizo a través de un instrumento que comprendía dos partes: la primera, referida a las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, tipo de familia y departamento de procedencia, motivos de abandono del hogar, tiempo de vivir en la calle, pertenencia a un grupo, vinculación con actividades de prostitución y comercio con drogas, escolarización en el momento de la entrevista, percepción de maltrato de cualquier tipo y por quien(es) es maltratado, y estar o no en proceso de dejar la vida en la calle.

La segunda parte, que midió las variables clínicas, presencia o ausencia de los trastornos mentales, fue valorada con la *Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid* (MINI-Kid). Se incluyeron: trastorno afectivo bipolar, depresión, distimia, manía, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, psicosis, dependencia y abuso de alcohol, trastorno y dependencia de sustancias, además del riesgo de suicidio. El MINI-Kid es una entrevista clínica diagnóstica estructurada, diseñada para valorar la presencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con base en los criterios internacionales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹⁸. Idealmente, se aplica al joven y se corrobora con la información de los padres. En esta investigación, por su condición de calle no se contó con ninguno de ellos para cumplir esta sugerencia. Ha sido validado con respecto a la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R, y su aplicación tiene una duración de 30 a 60 minutos.

El análisis estadístico de la información se realizó en el programa estadístico SPSS® versión 15.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA). Las variables continuas se reportaron con medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar); las variables

cualitativas se reportaron en frecuencias y porcentajes. Se hicieron los cruces entre los principales trastornos mentales encontrados y se reportó la comorbilidad entre éstos.

RESULTADOS

Se analizó la información de los 148 niños y adolescentes, la edad promedio fue de 14.87 \pm 2.22 años, con edades comprendidas entre 7 y 20 años. El 85.1% está conformado por hombres y el 82% provenía de la ciudad de Medellín y municipios cercanos. Otros datos sociodemográficos se describen en la Tabla 1.

Los motivos más frecuentes mencionados por los niños para estar en la calle fueron: maltrato familiar 43.2%, pobreza 21.6%, violencia social 18.9%, abandono familiar 16.2% y desplazamiento forzado 10.8%.

El 52.7% se sentía maltratado, el 25% de éstos por la Policía, el 10.8% por los ciudadanos, el 6.7% por otros habitantes de la calle, los demás (57.5%) dieron diversas respuestas.

De los entrevistados, el 85.8% había tenido alguno de los trastornos mentales evaluados. Los más frecuentes fueron la dependencia a drogas con 58.1%, trastorno de conducta 54%, trastorno negativista desafiante 49.3%; el 51.3% tenía algún riesgo suicida. En la Tabla 2 se pueden observar otros trastornos mentales.

Las drogas más consumidas en orden de frecuencia fueron: marihuana 41.2%, inhalantes 13.5%, cocaína 6.7%, pasta básica de coca o "bazuco" (PBC) 2.7%.

El 60.8% tenía al menos dos trastornos psiquiátricos simultáneamente (comorbilidad). En la Tabla 3 se registran las comorbididades de los tres trastornos mentales más frecuentes.

DISCUSIÓN

En primer lugar se discuten las limitaciones de este trabajo. Se trata de un estudio no probabilístico de un centro de acogida, lo que dificulta extrapolar nuestros hallazgos a todos los menores habitantes de la calle de Medellín, por lo que los resultados deben ser evaluados con reserva y no es posible explorar hipótesis de causalidad. El instrumento diagnóstico utilizado (MINI-Kid) sugiere entrevistar a los padres y a los niños menores de 13 años juntos, para que haya más credibilidad de los resultados, pero por las características de la población esto no fue posible. Sin embargo, esta es la primera aproximación al estudio de los aspectos sociales y de trastornos psiquiátricos en este colectivo, que por sus características específicas (habitantes de la calle) plantea serias dificultades de acceso, pero que permite hacer una contribución al conocimiento del panorama epidemiológico de la ciudad.

Tabla 1. Características sociodemográficas en 148 niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de acogida de la ciudad de Medellín (Colombia), 2008.

Característica	n	%
Familia monoparental	34	23
Familia simultánea	32	21.6
Otros tipos de familia	82	55.4
Entre 1 y 24 meses de permanencia en la calle*	74	50
Escolarizado en el momento de la entrevista	84	56.7
Prostitución y comercio de drogas	34	23
Pertenecían a algún grupo conformado por niños o adultos	38	25.7

*La estancia en la calle tuvo una mediana de 24 meses RIQ (5 – 60 meses)

En este estudio se encontró que las variables sociodemográficas son similares a las reportadas en otras investigaciones de países como Canadá, Estados Unidos, México y Venezuela¹⁹⁻

²⁴. Los problemas de convivencia familiar como los desacuerdos familiares, el abuso físico y sexual, la violencia doméstica, la pobreza y los problemas de conducta tempranos fueron los

Tabla 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en 148 niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de acogida de la ciudad de Medellín (Colombia), 2008.

Trastorno	n	%
Dependencia de drogas	86	58.1
Trastorno de conducta	80	54
Trastorno negativista desafiante	73	49.3
Psicosis de cualquier etiología	68	45.9
TAB	67	45.3
Trastorno de angustia	57	38.5
Dependencia de alcohol	28	18.9
TOC	21	14.2
TEPT	18	12.2
Abuso de drogas	9	6.1
Episodio depresivo (unipolar)	7	4.7
Abuso de alcohol	4	2.7
Distimia	3	2

TAB: Trastorno afectivo bipolar. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. TEPT: Trastorno de estrés post traumático

Tabla 3. Comorbilidad de los 3 trastornos psiquiátricos más frecuentes, en 148 niños y adolescentes habitantes de la calle en un centro de acogida de la ciudad de Medellín (Colombia), 2008. Los porcentajes se expresan para cada columna.

Trastornos	T. conducta (n=80)	T. negativista desafiante (n=73)	Dependencia a drogas (n=86)
TAB, n (%)	41 (51.2)	34 (46.6)	41 (47.7)
Episodio depresivo (unipolar), n (%)	4 (5)	5 (6,8)	6 (7)
Distimia, n (%)	-	1 (1.4)	1 (1.2)
T. de angustia, en la vida, n (%)	25 (31.2)	24 (32.9)	25 (29.1)
T. de angustia, actual, n (%)	16 (20)	16 (21,9)	18 (21)
TOC, n (%)	13 (16.2)	15 (20.5)	18 (21)
TEPT, n (%)	13 (16.2)	13 (17.8)	14 (16.3)
T. de conducta, n (%)	N/A*	N/A*	61 (71)
T. negativista desafiante, n (%)	N/A*	N/A*	56 (65.1)

*No aplica

motivos más frecuentes argumentados por los niños para vivir en la calle, como se confirma en otros estudios^{21,22,24-27}.

Los jóvenes estudiados ocupan la mayoría de su tiempo en actividades educativas, lo que coincide con observaciones previas^{21,24}. La relativa institucionalización en el centro de acogida de los niños y jóvenes entrevistados explica el por qué las actividades educativas representan la utilización más frecuente del tiempo.

La mayoría de los niños y adolescentes que perciben maltrato consideraban que éste era ocasionado por la Policía, dicha observación se ve confirmada por otros estudios^{22,25,26,28}. El maltrato puede estar relacionado con la respuesta de su entorno a las actividades no aceptadas socialmente, como también a la desconfianza en los adultos que lleva a que se interpreten los ofrecimientos de ayuda como intentos de capturarlos, retenerlos y/o maltratarlos²⁹.

Así como en nuestro caso, varias investigaciones, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, han encontrado mayor prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes habitantes de la calle (entre el 75% y el 90%)^{6,11,17}, comparados con población general infantil^{7,30}.

La frecuencia de consumo de drogas en menores de la calle es superior a la de aquellos que viven en sus hogares. Esto se confirma en la presente investigación, en la que se halló que la frecuencia de dependencia de drogas es cinco veces mayor a la reportada en Medellín en adolescentes que viven en casa y con su familia³¹.

La marihuana fue la droga más consumida por los niños de este estudio; sin embargo, la frecuencia fue inferior al 52.9% encontrado en niños de la calle en la ciudad de Bucaramanga (Colombia)¹⁶ y varias ciudades de los Estados Unidos (72.1%)³²; lo que puede ser explicado porque nuestra población se encontraba en proceso de escolarización en el centro de

acogida y estaba prohibido el consumo de sustancias durante las clases.

Cerca de la mitad de los entrevistados tenía al menos 2 trastornos mentales comórbidos, prevalencia similar a la reportada por Whitbeck del 67.3%⁷, pero diferente al reporte de Slesnick con un 26.1%³³ probablemente porque este último fue de adolescentes que aún tenían vínculos familiares y sus padres asistían a terapia familiar.

Los trastornos de conducta y negativista desafiante fueron inferiores a los encontrados en población similar en Estados Unidos¹¹ y semejante al estudio de Amsterdam⁶, lo que puede ser explicado por la relativa institucionalización de nuestros jóvenes y el proceso de reeducación que reciben, como también porque puede haber subreportes de estas conductas por parte de ellos. La existencia de estos trastornos se pueden analizar desde dos puntos de vista, el primero es que éstos facilitan la adaptación del individuo y su supervivencia en la calle, ante las adversidades situacionales del medio; y el segundo, que el inicio temprano de estos trastornos pueden favorecer, junto con las otras condiciones sociodemográficas, que lleguen a vivir en la calle y delinquir, como a la victimización de los jóvenes en el medio³⁴.

La comorbilidad entre los trastornos relacionados con sustancias y trastornos de conducta y negativista desafiante fue la más frecuente en este estudio. Al compararla con otros se pudo corroborar que fue superior a la observada en adolescentes habitantes de calle pero que aún tenían vínculos familiares³⁵ y a los que asistían a un refugio^{30,34}.

Lo anterior puede explicarse porque el consumo de sustancias es una de las estrategias para garantizar la supervivencia en la calle y porque los trastornos de conducta ayudan al inicio y mantenimiento en la adolescencia del consumo de sustancias tóxicas. Entonces es difícil establecer si éste favorece la situación de calle, o si es la calle la que induce en algunos casos el consumo de tóxicos.

Más de la tercera parte de los evaluados sufrió en algún momento de la vida un episodio psicótico y TAB, lo cual podría estar en relación con el alto consumo de sustancias y la presencia de síntomas afectivos en algún momento de la vida, lo que puede confundir el diagnóstico por la similitud de la sintomatología.

La frecuencia de TAB en vida encontrada (45.3%) supera lo hallado por otros investigadores⁶, sin embargo, es similar a un estudio realizado por el mismo grupo de investigadores con igual instrumento de evaluación, pero aplicado a habitantes de la calle de Medellín en edad adulta (47.4%)³⁶. Es importante tener en cuenta que aunque la escala es diagnóstica, para confirmar este trastorno se tendría que aplicar un instrumento específico para TAB, de esta manera probablemente se encontraría una frecuencia menor, sin embargo, éste no era parte del objetivo del estudio, tanto con este trastorno como en los demás.

La prevalencia de riesgo suicida contrasta con la informada por Yoder *et al.* (28%)³⁷ y Rhode *et al.* (70.1%)³⁸, que supera a las de depresión mayor y distimia, ya que en esta población el riesgo suicida no tiene que estar relacionado directamente con trastornos afectivos, sino probablemente con las conductas de riesgo e impulsividad que caracterizan los trastornos de conducta y oposicional desafiante³⁹.

A pesar de ser un grupo expuesto a eventos vitales traumáticos, sólo el 12.2% presenta actualmente TSPT, cifra inferior a la de otros estudios en niños habitantes de calle (más del 20%) de TSPT en vida pero similar al actual y a la de población adulta habitante de calle de esta misma ciudad (22%)^{17,36}. Se han reportado prevalencias altas de este trastorno en población con situaciones específicas de victimización previa, como el abuso sexual y el maltrato físico (18%)⁴⁰. Esto puede explicarse por la situación de violencia que la ciudad de Medellín ha sufrido en las últimas décadas, relacionada con el narcotráfico y bandas delincuenciales emergentes, que ha llevado a la desensibilización de la población general a

los eventos vitales traumáticos y, por ende, a estos niños que están más expuestos a estos eventos.

De acuerdo con los resultados de esta investigación se sugiere trabajar en políticas de salud mental que tengan en cuenta las condiciones específicas de este tipo de población vulnerable, que ayuden a reducir los riesgos y daños relacionados con la enfermedad mental (incluidas las adicciones) y los problemas psicosociales.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI). Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín (Colombia).

AGRADECIMIENTOS

Al personal del "Centro de Acogida" de la Ciudad de Medellín (Colombia) por su interés y apoyo en este trabajo. A la estudiante de Trabajo Social Melisa Saldarriaga, a los residentes de Psiquiatría Felipe Valderrama y Clara Salazar y a los médicos psiquiatras Antonio Toro Obando y Lina Escobar Gómez.

REFERENCIAS

1. Correa M. La otra ciudad-otros sujetos: los habitantes de la calle. *Trabajo Social*. 2007;(9):37-56.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Alcaldía de Medellín. Informe final del censo sectorial de habitante de y en la calle. Medellín: DANE; 2002.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 1996.
4. Whitbeck L, Hoyt DR, Bao WN. Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Dev*. 2000; 71:721-32.
5. Boivin JF, Roy E, Haley N, Galbaud du Fort G. The health of street youth. *Can J Public Health*. 2005 Nov-Dec; 96:432-437.
6. Slegers J, Spikier, Van Limbeek J, Van Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:253-9.
7. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42:1203-11.
8. Greenblatt M, Robertson MJ. Life-styles, adaptive strategies, and sexual behaviors of homeless adolescents. *Hosp Community Psychiatry*. 1993; 44:1177-80.
9. Unger J, Kipke MD, Simon TR, Montgomery SB, Johnson CJ. Homeless youths and young adults in Los Angeles: prevalence of mental health problems and the relationship between mental and substance abuse disorders. *Am J Community Psychol*. 1997;25:371-94.
10. Booth RE, Zhang Y. Severe aggression and related conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Psychiatr Serv*. 1996;47: 75-80.
11. Whitbeck LB, Johnson KD, Hoyt DR, Cauce AM. Mental disorder and comorbidity among runaway and homeless adolescents. *J Adolesc Health*. 2004;35: 132-40.
12. Forster LM, Tannhauser M, Barros HM. Drug use among street children in southern Brazil. *Drug Alcohol Depend*. 1996; 43:57-62.
13. Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E, Malysz AS, Stein AT, Barros HM. Drug use prevalence at FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:10-6.
14. Ahmadi J, Hasani M. Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addict Behav*. 2003; 28:375-9.
15. Kamieniecki GW. Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:352-8.
16. Rodríguez Liney A, Bohórquez Plaza DC, Cifuentes Sandoval JD, Giraldo Aristizábal SP, Ávila Camacho G, Campo Arias A. Trastornos mentales en niños y adolescentes de la calle: un estudio piloto. *Medunab*. 2003;6: 144-7.
17. Campo A, Rambal C, De la Rosa J. Perfil psiquiátrico de niños, niñas y adolescente maltratados (de la calle). *Pediatría*. 2000; 35:96-100.
18. Sheehan D, Sheehan K, Shytle D, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, *et al*. Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*. 2010; 71:313-26.
19. Gutiérrez R, Vega L. Las investigaciones psicosociales sobre la subsistencia infantil en las calles desarrolladas en el INP durante los últimos 25 años. *Salud Mental*. 2003; 26:27-34.
20. Mejía G, Rea R, Anaya M, Gorab A, Sumano E. Morbilidad de los niños de la calle. *Adolescencia Latinoamericana*. 1998; 1:175-82.
21. Llorens M, Alvarado C, Hernández N, Jaramillo U, Romero M, Souto J. Niños con experiencia de vida en la calle, una aproximación psicológica. Buenos Aires: Paidós; 2005.
22. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA*. 2004; 292:569-74.
23. Scanlon TJ, Tomkins A, Lynch M, Scanlon F. Street children in Latin America. *BMJ*. 1998;316:1596-600.
24. Galeano E, Vélez O. La calle como forma de sobrevivencia. Medellín: Cámara de Comercio de Medellín; 1996.
25. Kushel MB, Yen IH, Gee L, Courtney ME. Homelessness and health care access after emancipation: results from the Midwest Evaluation of Adult Functioning of Former Foster Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161:986-93.
26. Greene JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *Am J Public Health*. 1999; 89:1406-9.
27. Dearley-Smith C, Bond L, Littlefield L, Thomas L. The psychosocial of adolescent risk of homelessness. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17:223-234.
28. Huang CC, Barreda P, Mendoza V, Guzman L, Gilbert P. A comparative analysis of abandoned street children and formerly abandoned street children in La Paz, Bolivia. *Arch Dis Child*. 2004; 89:821-6.

29. Bonasso A, Forselledo AG. Programa de promoción integral de los derechos del niño Proder. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño; 2002.
30. Torres de Galvis Y, Osorio Gómez JJ, López Bustamante PL, Mejía R. Salud mental del adolescente: Medellín, 2006. Medellín: CES: Alcaldía de Medellín; 2006.
31. Zapata M, Segura A. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia: investigación comparativa 2003-2007. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2007.
32. Greene JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *Am J Public Health*. 1997; 87: 229–35.
33. Slesnick N, Prestopnik J. Dual and multiple diagnoses among substance using runaway youth. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31:179-201.
34. Chen X, Thrane L, Whitbeck L, Johnson K, Hoyt D. Onset of conduct disorder, use of delinquent subsistence strategies, and victimization among homeless and runaway adolescent in the midwest. *J Interpers Violence*. 2007; 22: 1156-83.
35. Storr C, Accornero V, Crum R. Profiles of current disruptive behavior: association with recent drug consumption among adolescents. *Addict Behav*. 2007; 32:248-64.
36. Hernández M, Correa N, Mejía GI, Robledo J, Franco JG, Correa M, *et al*. Tuberculosis en población indigente de Medellín: análisis de los patrones de transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* y su asociación con trastornos mentales y factores psicosociales. En: *Memorias: XII Jornadas de Investigación*. Medellín: UPB; 2008. p. 103-112.
37. Yoder KA, Longley SL, Whitbeck LB, Hoyt DR. A dimensional model of psychopathology among homeless adolescents: suicidality, internalizing, and externalizing disorders. *J Abnorm Child Psicol*. 2008; 36(95): 95-104.
38. Rohde P, Noell J, Ochs L, Seeley JR. Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents. *J Adolesc*. 2001; 24: 447-60.
39. Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel AE, Hovey LD, Wolff JC. Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1447-71.
40. Stewart AJ, Steiman M, Cauce AM, Cochran BN, Whitbeck LB, Hoyt DR. Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:325-31.