

LA DOLOROSA REALIDAD DE LOS NIÑOS DE LA CALLE¹

Lydia S. Bond²

A medida que avanza el segundo decenio de la pandemia del SIDA y a pesar del cúmulo de investigaciones conductistas sobre el tema, los jóvenes sin hogar reciben poca atención en cuanto a su riesgo de exposición a la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (1). Pese al carácter alarmante de las noticias que se escuchan diariamente, el material escrito sobre la salud de estos niños es escaso (2-7).

Childhope, organismo internacional de protección infantil, calcula que unos 100 millones de niños en el mundo carecen de hogar (8). Son particularmente vulnerables al SIDA los que tienen pocos conocimientos sobre la enfermedad y los que prestan escasa atención al peligro, ya sea porque vienen de hogares inestables y a menudo violentos, o porque están desadaptados, enfermos, o agobiados por las tensiones y peligros de la vida en las calles. Para los niños que viven de esa forma, lo primordial es sobrevivir. El comportamiento delictivo, la farmacodependencia y la prostitución son parte de la vida callejera. Continuamente atentos al momento presente, estos niños difícilmente pueden preocuparse por una enfermedad que no amenaza su supervivencia inmediata (9). Sufren violaciones o truecan el sexo por un

lugar donde dormir, una comida o una prenda de vestir.

En los países industrializados, muchos jóvenes fugitivos terminan en las calles después de huir del hogar a raíz de conflictos con los padres o de maltratos y atropellos (se trata de los que "huyen de algo", según la clasificación de Homer de 1973). Otros huyen atraídos por las emociones que ofrece una subcultura callejera (10) y no están muy dispuestos a someterse a intervenciones educativas.

En el mundo en desarrollo, los jóvenes de la calle —cuya edad oscila entre 0 y 21 años, ya que algunos niños nacen en la calle— pueden clasificarse en aquellos que trabajan en la calle pero que tienen contactos familiares diarios o habituales, así como en quienes viven en ella y mantienen un contacto irregular o nulo con la familia. Además, hay niños completamente abandonados que viven en instituciones especiales. Los denominativos son muy variados —niños trabajadores o fugitivos, niños de la calle, niños en circunstancias especialmente difíciles, jóvenes arrojados a las calles, prostitutas y muchos más— y no son intercambiables, ya que cada uno denota algo específico.

El presente documento se ocupa especialmente de los niños en las siguientes circunstancias: los que trabajan en las calles

¹ La información estadística contenida en este documento proviene de estudios presentados en años recientes por el UNICEF y en algunos casos debe actualizarse.

² Organización Panamericana de la Salud, Programa de Evaluación de la Situación de Salud y sus Tendencias, Washington, DC, Estados Unidos de América. Dirección postal: Pan American Health Organization, 525 23rd Street, NW, Washington, DC 20037, EUA.

para suplementar los ingresos familiares; los que han sido rechazados por los padres o guardianes; los que han huido de padres violentos o adictos a las drogas o al alcohol, y los que carecen de un lugar donde poder expresarse como ellos quieren.

Algunos investigadores opinan que el maltrato sexual a muy corta edad puede tener efectos en la conducta que a la larga repercuten desfavorablemente en la salud pública, como en el caso del SIDA y otras ETS (11, 12). Los niños maltratados sexualmente a menudo tienen trastornos de la personalidad, falta de autoestima, odio a sí mismos, inestabilidad afectiva y falta de control de sus impulsos agresivos. En consecuencia, son más propensos al consumo de drogas y a la prostitución que los niños que no han sufrido este tipo de maltrato (13).

Otros investigadores afirman que la supervivencia de un niño sometido a esos abusos depende de su capacidad de ajustarse a un mundo psicótico en el cual tales tratos se consideran aceptables, pero donde no se le permite confesar la situación a otras personas (14). La adaptación a la vida callejera, con sus componentes de narcotráfico, prostitución y pornografía, constituye, fundamentalmente, una repetición del trauma sexual temprano (14).

La situación en América Latina

En América Latina, la urbanización acelerada, el crecimiento demográfico, la migración, la deuda externa, la distribución desigual del ingreso y la pobreza enraizada han generado un aumento del número de niños que trabajan y viven en las calles (15-23). El UNICEF calcula que de los 117 millones de personas que se estima viven en la miseria, unos 75 millones son niños de 0 a 15 años de edad, y que de estos la mayoría se encuen-

tran en las calles buscando trabajo. Debido a que en muchos casos los padres dependen del aporte monetario de los hijos, con frecuencia se invierte la relación de dependencia natural, ya que son los hijos quienes, por su corta edad, deberían recibir de sus padres seguridad y estabilidad. La dependencia de los padres constituye un enorme reto para cualquier niño, puesto que lo obliga a abandonar su tendencia natural a aprender y a ser protegido para asumir las responsabilidades y desarrollar las destrezas asociadas con la supervivencia (16). Muchos de estos jóvenes son alistados en el ejército, pero cuando terminan su período de servicio se ven obligados a volver a las calles por no tener otro sitio adonde ir.

En 1987 en México, aproximadamente 250 000 niños habitaban en las calles y otros 10 millones luchaban por sobrevivir (18). Por otra parte, en Centroamérica hay cada vez más niños o jóvenes refugiados, huérfanos o discapacitados como resultado de los conflictos armados incesantes (15). De 8,2 millones de habitantes que tenía Guatemala en 1988, cerca de 4 millones se encontraban en circunstancias muy difíciles (24).

Algunos países de América del Sur se ven afectados por situaciones similares. En 1987 el Brasil tenía 7 millones de niños abandonados en las calles y 17 millones trabajando en ellas (9), y esta es la situación en todas las grandes urbes del país (25). En Bolivia, entre 3 000 y 5 000 niños viven en las calles y más de 100 000 trabajan en ellas, según informes de 1990 (26). Datos recibidos de Colombia indican que, de una población total de 28 millones en 1988, 4,5 millones eran niños menores de 15 años que vivían en condiciones de extrema pobreza (27). En la zona metropolitana de Asunción, Paraguay, más de 15 000 niños de 4 a 16 años de edad se encuentran en las calles como vendedores ambulantes, pregoneros, limpiabotas, prostitutas o mendigos (19). En muchos países latinoamericanos, el problema de los niños desamparados se debe, en parte, a la migración del campo a la ciudad.

En América Latina son sumamente escasas las estadísticas oficiales sobre

las condiciones de salud de estos niños, salvo en las cárceles y centros de detención. Por otra parte, en estos sitios los jóvenes deben soportar los atropellos de los guardianes, y las relaciones sexuales son una forma de consuelo muy común entre los jóvenes recluidos, quienes raras veces disponen de condones. En Bolivia, los niños indigentes son colocados arbitrariamente en “centros de rehabilitación”, donde se exponen a la tortura, los trabajos forzados y hasta el asesinato (28).

Problemas y riesgos de salud de los niños de la calle

El acceso de los niños de la calle a los servicios médicos se ve obstaculizado por el menosprecio y rechazo de la sociedad. Aun cuando estos niños se acercan a los centros de atención, no suelen acudir a los servicios de seguimiento con regularidad. En los Estados Unidos de América se ha demostrado que la alta frecuencia del uso de drogas intravenosas, de la prostitución y de las prácticas homo o bisexuales coloca a este grupo en muy alto riesgo de contraer y transmitir el SIDA (29).

Por otra parte, un estudio realizado en Toronto reveló que aunque en el Canadá los niños de la calle son básicamente saludables, muchos sufren de malnutrición y cerca de 50% tienen clamidiosis (30). El estudio confirmó la tendencia de los jóvenes desamparados a negar su conducta riesgosa y su estilo de vida y a rehusar la atención médica. Muchos incluso desconocen el SIDA o tienen nociones muy vagas de lo que son las ETS.

Se ha demostrado que en el mundo desarrollado los usuarios de drogas intravenosas se exponen a un alto riesgo de contraer la endocarditis bacteriana, debido a prácticas de inyección antihigiénicas (31). Cualquier aguja puede contaminarse al entrar en contacto con el agua usada para limpiar otras agujas o para disolver la droga.

La situación de salud de los jóvenes que carecen de hogar difiere notablemente de la de los niños con hogar o con mayores recursos. El dormir en albergues superpoblados, donde abundan los microor-

ganismos patógenos, y el tener que exponerse a la intemperie desde temprano o dormir al aire libre cuando se está enfermo interfieren con el proceso de curación y pueden originar complicaciones (31). Los albergues para indigentes también ponen en peligro la integridad física de sus moradores, tengan o no deteriorado el sistema inmunitario (32).

De acuerdo con algunas investigaciones, muchos jóvenes callejeros encarcelados tienen conocimientos sobre el SIDA, pero pocos están familiarizados con las conductas de reducción de riesgos, como el uso de condones (33). Estos pueden ser caros o inaccesibles en algunos lugares, y a veces su tamaño es inadecuado para los usuarios jóvenes. Además, la mayoría de los jóvenes de la calle perciben los condones como un método anticonceptivo solamente (34, 35).

Por último, la prueba de detección del VIH rara vez está al alcance de los jóvenes de la calle si no acuden a un servicio médico oficial. Por otra parte, en muchos centros de detención la prueba se realiza sin su consentimiento y sin ninguna forma de orientación (36).

Intervenciones educativas

Es sumamente importante proporcionar a los niños de la calle una instrucción adecuada sobre el SIDA y referirlos a servicios de asistencia social (34, 37). Lamentablemente, la mayor parte de los libros, folletos y otros materiales educativos sobre la enfermedad son para personas de clase media que han asistido a la escuela secundaria. En muchos casos, carecen de utilidad para los niños en riesgo de infección por el VIH, quienes suelen ser analfabetos. Además, a menudo los materiales provocan ansiedad y rechazo. Los niños de la calle tampoco suelen tener acceso a la televisión o la radio y desconfían de los medios de comunicación.

La instrucción de los niños, la cual se debe llevar a cabo en contacto directo con ellos en su propio territorio y en un lenguaje fácil de entender (38, 39), puede ayudarles a tener una actitud más racional hacia el SIDA y a no discriminar contra las personas que tienen la enfermedad. Las medidas educativas deben apoyarse, sin embargo, en estudios de las condiciones sociales, actitudes y conductas individuales y colectivas que favorecen la transmisión del SIDA en determinados entornos (38).

Hay intervenciones educativas muy innovadoras, como las del círculo de Paulo Freire, que utilizan a los propios niños como instructores. Este ejemplo lo han seguido en el Brasil el Movimiento Nacional en Favor de los Niños de la Calle y el Centro de Capacitación de los Educadores de la Calle.

En las Declaraciones de Kingston de 1990, se estipuló que en los programas de prevención del VIH y las ETS se debe dar prioridad a la educación sobre el SIDA dentro y fuera de las escuelas, en forma de programas comunitarios e intervenciones realizadas por los destinatarios mismos. Para cumplir con estas recomendaciones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un programa piloto para grupos, instituciones y organismos que trabajan con jóvenes desamparados (39). El programa, que se está probando en Bolivia, Colombia y Ecuador, se basa en la instrucción impartida por los propios compañeros de la calle, quienes participan en investigaciones orientadas a la promoción de la salud. La instrucción incluye conocimientos básicos sobre las características, transmisión y prevención del SIDA y otras ETS, así como cambios de actitud hacia el futuro y hacia las personas infectadas por el VIH. Se espera que esta intervención mejore la autoestima de los niños y que ello, a su vez, los lleve a tener relaciones sexuales sin riesgo.

Las actividades educativas han sido clasificadas por algunos investigadores en encuentros únicos, encuentros breves, encuentros múltiples, intervenciones ocasionales y tratamiento de casos (32). En los encuentros únicos, se da una breve charla de demostración, así como folletos y condones, a cualquier niño encontrado en la calle o en otro lugar público o privado. Los encuentros breves son aquellos que se tienen con niños abordados en una o dos ocasiones previas y para quienes ya se ha encontrado una vía de referencia a centros comunitarios o de bienestar social. Los encuentros múltiples se tienen, ya sea en las calles o en la cárcel, con niños que han recibido charlas sobre el SIDA previamente y que han sido escogidos para recibir información continuada sobre la enfermedad.

Las charlas con los niños son informales, como los diálogos del círculo de Paulo Freire. En ellas se hace énfasis en preguntas concretas sobre el origen, la transmisión y la manera de prevenir el SIDA y otras ETS. Después de las charlas, se llevan a cabo ciertas actividades de refuerzo de aproximadamente una hora de duración, con la participación de todos los niños. Siempre que sea posible, las actividades se deben distribuir en varios días para aumentar su eficacia.

Populations Options y otros grupos (40) han desarrollado un juego o actividad muy popular que consiste en colocar en un sombrero papelitos con las firmas de todos los jóvenes participantes, para luego sacarlos al azar. Algunos papelitos tienen la letra C, otros la X, y otros están en blanco como indicación de no participar en el juego. Cada símbolo indica un tipo de encuentro sexual o su ausencia. La C equivale al uso de un condón, y la X indica que la persona que ha sacado el papelito está infectada con el VIH y puede transmitir la infección a quienes tengan papelitos con su firma. El no participar en el juego equivale a abstenerse de las relaciones sexuales. Después del juego, se pide a los niños que expresen sus sentimientos con respecto a la persona X —quien propaga el VIH sin saberlo—, al mensaje C, o al no haber participado.

El juego ilustra, mejor que las palabras, cómo se propaga el VIH. Por lo general, los niños de la calle no captan fácilmente las abstracciones y explicaciones conceptuales, de manera que el relato de experiencias ajenas y la participación en juegos educativos como este son medios más apropiados para estimularles la imaginación y la capacidad de resolver problemas. Otra actividad del programa es la compra de condones en grupo, lo cual refuerza la confianza de los niños en sí mismos.

En el Brasil se está produciendo un sistema de instrucción por videos en las calles donde se sabe que concurren estos niños. Los videos se acompañan de discusiones sobre el contenido y de la distribución de materiales educativos ilustrados.

En América Latina, son requisitos para el desempeño profesional que los educadores o trabajadores de calle sepan conversar convincentemente sobre el riesgo de transmitir el VIH y las ETS y que tengan conocimientos generales de salud (41). Asimismo, deben conocer los recursos y las posibilidades de trabajo en la comunidad y estar en posición de solicitar la ayuda de organismos gubernamentales o internacionales, así como de organizaciones no gubernamentales y de voluntarios. En algunos casos, el trabajador se ocupa de evaluar, orientar y remitir al niño a otro servicio. Esta atención especializada requiere intervenciones de refuerzo a largo plazo (42, 43).

Dificultades de las intervenciones educativas

Las intervenciones dirigidas a los niños de las calles tienen diversas limitaciones. Entre ellas se encuentran la escasez de personal y recursos, la falta de información epidemiológica sobre la situación de salud de los niños (quienes no existen para fines oficiales), y el rechazo por temor a la posibilidad de maltrato (25, 44, 45).

Los niños que pasan solo parte del día en las calles no pueden estudiar debidamente, puesto que deben dedicar las horas fuera de la escuela a trabajar para cumplir con

sus obligaciones financieras. Por otra parte, los niños que pasan nueve horas o más trabajando en las calles no pueden asistir a la escuela. Muchos niños de la calle hablan solo dialectos o muy poco español o portugués. En consecuencia, tienen un bajo rendimiento escolar. Con frecuencia abandonan los estudios, arrastrando su carga de desilusión, ignorancia e inseguridad.

Cuando se ve a un niño en la calle, no se puede contar con verlo por segunda vez para repetir o reforzar la instrucción impartida en el primer encuentro. Muchos niños evitan estos contactos educativos, sobre todo por desconfianza o por querer proteger su sentido del machismo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El problema de la juventud sin hogar es muy grave y se encuentra profundamente enraizado en las condiciones socioeconómicas que prevalecen en algunos lugares. No se trata, en este caso, del exterminio de un vector, sino de niños que, sin haberlo elegido, se ven involucrados en las sordideces de la vida callejera. Amnistía Internacional y otros grupos han notificado el asesinato premeditado de centenares de niños de la calle cada año (46). Estos crímenes deben impedirse mediante la intervención de múltiples organismos y sectores.

Los cambios de comportamiento que reducen el riesgo no se logran con una simple intervención (47). Por lo tanto, es necesario repetir el mensaje impartido en los encuentros educativos, reforzándolo mediante juegos estructurados y semiestructurados y socialmente aceptables para el grupo. A lo largo de cualquier intervención también

es importante tener la suficiente flexibilidad para adaptarse continuamente a la cultura local. Cada grupo callejero tiene una subcultura propia que se debe respetar (2).

Las intervenciones educativas destinadas a los usuarios de drogas intravenosas se deben hacer en el momento oportuno y en el contexto de la atención de salud, ya que ello reduce los sentimientos de culpabilidad y vergüenza y predispone a la persona a aceptar sugerencias (31). Los niños de la calle, independientemente de los motivos que los hayan llevado a su estilo de vida, han conocido el sexo desde muy corta edad y es probable que continúen su actividad sexual con múltiples parejas (11). Por lo tanto, no es realista sugerir que estos niños posterguen las relaciones sexuales.

Coincidimos con algunos investigadores (47) en que el conocimiento por sí solo es insuficiente para impedir que los niños de la calle tengan conductas de alto riesgo, y en que las medidas de prevención, para ser eficaces, deben incluir alguna forma de atención a la salud mental destinada a contrarrestar el efecto de las conductas riesgosas y de los muchos atropellos que sufren estos niños.

Dadas las diferencias del grado de ansiedad provocado por las distintas drogas, como la heroína y las metaanfetaminas, las estrategias educativas deben ser diferentes para cada tipo de adicción. Es importante, al mismo tiempo, comprender las circunstancias en las cuales una intervención educativa resultaría o no exitosa (31).

Las personas que se dedican a trabajar con los jóvenes desamparados deben tener la habilidad de comunicarse con ellos y de manejar problemas relacionados con la sexualidad, la violación dentro del núcleo familiar, la prostitución infantil, los embarazos en la adolescencia y las fugas del hogar. Estos educadores deben explicar a los jóvenes que usan drogas intravenosas la importancia de

evitar cualquier contacto con la sangre de otra persona, aun cuando ya se esté infectado por el VIH, puesto que la reinfección con otra cepa del virus puede acelerar el proceso hacia el SIDA (32). Para evitar la contaminación de las agujas, deben aconsejar limpiarlas con cloro doméstico en vez de agua, o primero con agua para eliminar los últimos residuos de la droga (32).

Debe facilitarse el acceso a la prueba de detección del VIH, especialmente en el caso de niños que demuestran tener un riesgo mayor de contraerlo. La prueba se debe acompañar de una orientación previa y posterior por parte de miembros de organismos especializados. Esta debe abarcar aspectos educativos y psicosociales, enfocando las vías de transmisión, las prácticas sexuales sin riesgo y la confiabilidad del resultado de la prueba (48). También es recomendable estudiar la mejor manera de dar los resultados positivos de una prueba, haciendo hincapié en la importancia del tratamiento y seguimiento médico. Ya sea antes o después de la prueba, es necesario evaluar el apoyo que el niño puede esperar, así como los mecanismos para hacer frente a la posible infección (36). Todo esto debe comunicarse en lenguaje sencillo y fácilmente asimilable.

Destaca la necesidad de realizar investigaciones para determinar la situación mundial epidemiológica y etnográfica de los niños de la calle, quienes no suelen figurar en las redes institucionales de atención de salud y servicios sociales (49, 50). También es necesario que la comunidad ofrezca soluciones creativas a las necesidades médicas de estos niños. Hace falta, dentro del contexto cultural de cada país, diseñar y prestar servicios de salud preventivos que sean aceptables y accesibles a los niños. Si estos servicios se ofrecen en el propio ambiente de los niños desamparados, hay mayores probabilidades de que estos reciban la atención que necesitan y se reduce la sobrecarga de las salas de emergencia (50). Finalmente, los jóvenes desamparados deben ser una población destinataria de tipo prioritario en todo programa educativo y preventivo orientado a reducir la propagación del SIDA y otras ETS.

REFERENCIAS

1. Matthews BR, et al. Homeless youth and AIDS: knowledge, attitudes and behaviour. *Med J Aust.* 1990;153:20-23.
2. Bond LS, Nazin R, Jiménez MV. Street kids and AIDS. *AIDS Educ Prev.* En prensa.
3. Council on Scientific Affairs. Health care needs of homeless and runaway youth. *JAMA.* 1989;262.
4. Darrow W, Siegel K. Preventive health behavior and sexually transmitted diseases. En: Holmes K, et al., eds. *Sexually transmitted diseases.* 2d. ed. New York: McGraw Hill; 1990.
5. European Collaborative Study. Children born to women with HIV-1 infection: natural history and risk of transmission. *Lancet.* 1991;337:253-260.
6. United Nations Children's Fund. *The state of the world's children.* Oxford University Press; 1991.
7. Green LW, et al. Health education as intervention: the Precede framework. In: Green LW, et al., eds. *Health education planning: a diagnostic approach.* Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University; 1980:2-17.
8. Childhope, USA. *Esperanza* [Newsletter]. Volume 3, June 1991.
9. Belin DO. Lost to the streets. *Scholastic Update* [teacher's edition]. 1991;123:8-13.
10. Miller T, et al. Patterns of runaway behavior within a larger systems context: the road to empowerment. *Adolescence.* 1990;25:270-287.
11. Janus MD, et al. Histories of sexual abuse in adolescent male runaways. *Adolescence.* 1987;22:404-417.
12. Zierler S, et al. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health.* 1991;81:572-577.
13. Alexander Randell, C. Education of the physician in child abuse. *Pediatr Clin North Am.* 1990;37:971-987.
14. Carmen Hilberman E, Rieker PP. A psychosocial model of the victim-to-patient process: implications for treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12:431-443.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Primera aproximación de análisis de situaciones de menores en circunstancias especialmente difíciles.* San José, Costa Rica: UNICEF; 1990.
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *El niño de la calle: un niño en riesgo.* Quito: UNICEF; 1985.
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Niños y niñas de la calle: encuentro profesional Paulo Freire.* Bogotá: UNICEF; 1985.
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Nuevas alternativas de atención para el niño de y en la calle de México.* Bogotá: UNICEF; 1988. (Serie metodológica 3).
19. Espinola B, Glauser B, Ortiz RM, Carrizosa SO. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *In the streets: working street children in Asunción. A book for action.* Asunción: UNICEF; 1987. (Methodological series 4).
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Guía metodológica para la evaluación de proyectos de atención a menores en circunstancias especialmente difíciles (niños trabajadores de la calle).* Bogotá: UNICEF; 1988. (Serie metodológica 5).
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Methodological guide on situation analysis of children in especially difficult circumstances.* Bogotá: UNICEF; 1988. (Methodological series 6).
22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Apertura y humanización institucional.* Bogotá: UNICEF; 1989. (Serie metodológica 7).
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Lineamientos para la aplicación de la guía metodológica para el análisis de la situación de los menores en circunstancias especialmente difíciles.* Bogotá: UNICEF; 1989. (Serie metodológica 8).
24. Connolly M. Adrift in the city: a comparative study of children in Bogotá, Colombia, and Guatemala City. En: Boxill NA, ed. *Homeless children: the watchers and the waiters.* New York: Haworth Press, 1990:129-149.
25. Robinson E. Living in Brazil's streets emperils millions of youth. *The Washington Post.* Wednesday, October 10, 1990. (Final edition).
26. Domic J, et al. *Niños, calle y sobrevivencia.* La Paz: UNICEF; 1988.
27. Espert F, Myers W. *Situation analysis: Latin American and the Caribbean Regional Programme. Children in especially difficult circumstances.* Bogotá: UNICEF; 1988. (Outreach series 1).

28. Hermann KJ, Jr. The Bolivian mystery. *Americas*. 1991;158(3).
29. Yates G, et al. A risk profile comparison of runaway and nonrunaway youth. *Am J Public Health*. 1988;78:820-821.
30. Goldman B. Health of Toronto's street kids disturbing, study reveals. *CMAJ*. 1988;138:1041-1043.
31. Froner G. AIDS and homelessness. *J Psychoactive Drugs*. 1988;20:198-202.
32. Froner G, Rowniak S. The Health Outreach Team: Taking AIDS education and health care to the street. *AIDS Educ Prev*. 1989;1:105-118.
33. DiClemente R, et al. Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviors among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco. *Am J Public Health*. 1991;81:628-630.
34. Martin CC, Tafur MS. *Prevención de SIDA y enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescentes de la calle*. CRESALC; 1990.
35. Luna C, et al. Condom use, misuse and nonuse among homeless youth. Resumen presentado en la VII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Florencia, Italia, junio de 1991.
36. Luna C, Bond L. *Health rights and actions for street youth*. San Francisco: Mount Zion Medical Center of UC San Francisco; 1991.
37. King AJC, Wright NP. The design of HIV-risk reduction interventions: an analysis of barriers and facilitators. Informe preparado para la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, marzo de 1981. (Documento inédito).
38. Freire P. *Los educadores de la calle*. Bogotá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 1988.
39. Bond L, Connolly M. *Algunos lineamientos sobre la educación participativa con niños y jóvenes en desventaja para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*. La Paz: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
40. Center for Population Options y Asociación Demográfica Costarricense. *Cómo planear mi vida: un programa para el desarrollo de la juventud latinoamericana*. San José, Costa Rica: Center for Population Options y Asociación Demográfica Costarricense; 1990.
41. Aptekar L. Colombian street children: gamines and chupagrueros. *Adolescence*. 1989;24.
42. Barker G, Knaul F. *Exploited entrepreneurs: Street and working children in developing countries*. New York: Childhope USA; 1991. (Working paper 1).
43. Hermann RC. The Larkin Street Youth Center provides approach to major social ill: homeless urban runaways, "throwaways". *JAMA*. 1988; 260:311-312.
44. Herr K. Adoption vs. parenting decisions among pregnant adolescents. *Adolescence*. 1989;24.
45. Treguear TL, Carro CB. *Diagnóstico situacional de la niña trabajadora de y en la calle*. San José, Costa Rica: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y PROCAL; 1990.
46. Amnesty International USA. *Children's campaign*. San Francisco: Amnesty International; 1991.
47. Rubin Stiffman A, et al. Change in AIDS risk behaviors from adolescence to adulthood. Presentado en la VII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Florencia, Italia, junio de 1991.
48. Luna C, et al. The significance of the AIDS pandemic for homeless adolescents. Presentado en la VII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Florencia, Italia, junio de 1991.
49. Stricof RL, et al. HIV seroprevalence in a facility for runaway and homeless adolescents. *Am J Public Health*. 1991;81.
50. Spiegel L, Mayes A. Psychosocial aspects of AIDS in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 1991;38:153-167.