

# Niñas y adolescentes en riesgo de calle: Bienestar subjetivo y salud mental

Girls at risk of homelessness: Subjective well-being and mental health

Susana Castaños Cervantes<sup>1</sup>, Juan José Sánchez Sosa<sup>2</sup>  
Universidad Nacional Autónoma de México

Forma de citar: Castaños C., S., & Sánchez S., J.J. (2015). Niñas y adolescentes en riesgo de calle: Bienestar subjetivo y salud mental. *Revista CES Psicología*, 8(1), 120-133.

---

## Resumen

La salud mental de mujeres menores en riesgo de calle se ve seriamente afectada por las condiciones vulnerables en las que se desenvuelven; empero, mundialmente, hay pocos estudios al respecto. Este estudio se realizó para explorar la salud mental de 26 niñas y adolescentes en riesgo de calle mediante diferencias por nivel de bienestar subjetivo y el efecto de la ansiedad, depresión, asertividad y regulación emocional sobre éste. Los resultados principales muestran discrepancias significativas por grado de bienestar subjetivo en conductas asertivas y regulación emocional; consecuentemente, se encontraron deficiencias en salud mental. La utilidad clínica reside en elaborar intervenciones partiendo de las necesidades detectadas, contribuyendo, así, a mejorar la salud mental y, con ello, la calidad de vida de tal colectivo social.

Palabras claves: Niñas, Adolescentes, Riesgo de calle, Salud Mental, Bienestar Subjetivo.

## Abstract

Mental health of girls at risk of homelessness is seriously affected by the vulnerable conditions in which they are involved. However, there are few studies that have addressed the issue worldwide. This study was conducted to explore the mental health of a sample of 26 girls at risk of homelessness, through differences by subjective well-being level and the effect of anxiety, depression, assertiveness and emotional regulation. The findings show significant discrepancies by subjective well-being grade in assertiveness and emotional regulation. Therefore, participants present mental health deficiency. The clinical benefit consists in taking action from the identified needs, in order to improve mental health conditions and consequently, the quality of life of the mentioned social group.

Keywords: Girls, Adolescents, Human Females, Risk of Homelessness, Homeless, Mental Health, Subjective Well-Being.

---

<sup>1</sup> Doctora en Psicología. Subdirectora Operativa de la Institución de Asistencia Privada Fundación Clara Moreno y Miramón. Profesora en la Universidad Panamericana [susycc84@gmail.com](mailto:susycc84@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesor Titular Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Coordinador del Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México –UNAM-.

## Introducción

Como parte de la población infantil y juvenil, aquéllos en situación de calle representan la manifestación extrema de vulnerabilidad biopsicosocial; debido a que afrontan situaciones estresantes que atentan contra su integridad físico-psicológica. Dentro de este grupo, se encuentran los menores y jóvenes en riesgo de calle o en desventaja social, quienes, para fines de este estudio, se definen como todo aquel individuo de entre 0 y 29 años de edad que aún conserva como eje principal su vida familiar, escolar y de su comunidad de origen, las cuales le proporcionan un sentido de pertenencia que reconoce y preserva; pero que suele ser expulsado o que abandona su hogar de manera intermitente y, posteriormente, de forma definitiva por las condiciones de vulnerabilidad en las que se desenvuelve como, por ejemplo: el hacinamiento y la ausencia de servicios básicos y de infraestructura en su vivienda y comunidad de pertenencia, la falta de recursos suficientes para su subsistencia y la de su familia, la presencia de problemas sociales como el pandillerismo, la delincuencia, el narcotráfico, la farmacodependencia y la prostitución en su comunidad de origen, la negligencia emocional, educativa y física, la carencia de una residencia fija o estable, un bajo nivel socioeconómico, el desempleo o empleos con salarios ínfimos, el maltrato físico, incluido el sexual, y psicológico en su hogar, los conflictos intrafamiliares, el pertenecer a familias extensas, reconstituidas o de madres solteras, el abandono moral y físico, la irregularidad escolar y/o deserción total, un bajo rendimiento y aprovechamiento académicos, y el consumo de sustancias psicoactivas en la familia, entre otros (Canadian Homeless Research Network [CHRN], 2012; Montesinos & Pagano, 2010). A pesar de que es una realidad abrumadora, a nivel mundial son pocos los estudios que han abordado la problemática

de este colectivo social. Como tal, se desconoce la magnitud actual del fenómeno, se carecen de concepciones claras, no se tienen diagnósticos confiables y no se han desarrollado e implementado líneas de acción bien definidas (Washington, 2011). Lo que es más, la información referente a la salud mental de los menores y jóvenes en riesgo de calle es bastante limitada. Se sabe que su estado de salud mental es deficiente (Nyamathi et al., 2010), ya que es común que presenten diversos trastornos mentales siendo los más comunes los del estado de ánimo, de personalidad y del comportamiento (Bender, Ferguson, Thompson, Komlo & Pollio, 2010; Saewyc & Edinburgh, 2010). Dentro de éstos, los más frecuentes son los de ansiedad y depresión (Hudson & Nandy, 2012; Hughes et al., 2010). De hecho, usualmente presentan múltiples desórdenes mentales y rara vez reciben la atención apropiada, pues la gran mayoría no tiene acceso a los centros de salud ni los recursos para acudir a éstos e inclusive se les niega la atención médico-psicológica (Busen & Engebretson, 2008, Merscham, Van-Leeuwen & McGuire, 2009).

La realidad es más alarmante en el caso de las mujeres en riesgo de calle dado que no sólo se carece de información sobre su problemática sino que a nivel mundial casi no hay investigaciones referentes a su estado de salud mental. Existen algunos estudios que reportan que padecen ansiedad y depresión más veces que los hombres (Slesnick & Prestopnik, 2009; Tevendale et al., 2009; Levine, 2011). Sin embargo, los datos obtenidos presentan inconsistencias y grandes variaciones.

Tomando en cuenta que las menores y jóvenes en riesgo de calle conforman uno de los sectores más vulnerables de la población porque son víctimas de explotación sexual y laboral, violencia, marginación, discriminación y censura en una proporción mayor que los varones

(Misganaw & Worku, 2013), se realizó este estudio para explorar la salud mental de un grupo de niñas y adolescentes en riesgo de calle mediante discrepancias por nivel de bienestar subjetivo y sus factores asociados: sintomatología ansiosa y depresiva, asertividad y regulación emocional. Esto es, explorar la salud mental de tal colectivo al evaluar diferencias en el nivel de bienestar subjetivo y el efecto de los síntomas de ansiedad y depresión, asertividad y regulación emocional sobre éste; así como vía el análisis de las discrepancias según altos o bajos niveles de bienestar subjetivo, con respecto a dichos factores.

La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar por medio del cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). Entonces, la salud mental constituye el grado de ajuste psicológico determinado por, entre otros elementos, el nivel de bienestar subjetivo percibido. A mayor bienestar subjetivo, mejor ajuste mental y mayor satisfacción con las condiciones de vida actuales (Friedman, Kern & Reynolds, 2010).

El bienestar subjetivo se refiere al bienestar psicológico de una persona y a la satisfacción que tiene con su vida. Se ve afectado por diversos factores entre los que destacan la asertividad, la regulación emocional, la ansiedad y la depresión. El aprendizaje y adquisición de habilidades sociales como la asertividad y una adecuada regulación de emociones, afectan

positivamente el bienestar psicológico del individuo; mientras que la presencia de desórdenes mentales como la depresión y la ansiedad lo afectan negativamente. De modo tal que la asertividad incrementa el bienestar subjetivo (Zhang, Huang, Ye & Zeng, 2008), y la ansiedad lo disminuye (Jovanovic, 2011), al igual que la depresión y un mal manejo y control emocional (Altamura et al., 2011). Dichos factores son cruciales para la preservación del bienestar subjetivo y, con ello, de un estado de salud mental sano y funcional; puesto que la falta de asertividad y de regulación emocional y el padecimiento de ansiedad y depresión, conllevan una serie de repercusiones que, si no se atienden a tiempo, pueden llegar a persistir hasta la adultez (Crawford & Manassis, 2011):

- Autoconcepto y autoestima devaluados, y disminución de la autoeficacia percibida.
- Falta de competencia social y de habilidades de solución de problemas.
- Agresividad, hostilidad, frustración, impulsividad y comportamiento asocial.
- Rompimiento y pérdida de relaciones interpersonales funcionales e incapacidad para establecer vínculos satisfactorios.
- Realización de conductas nocivas para la salud (por ejemplo: uso y abuso de sustancias, actividad sexual sin protección y con múltiples parejas, etc.), y asociación con grupos de riesgo.
- Incremento en la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Ideación e intento suicida.
- Padecimiento de trastornos conductuales, afectivos y del estado de ánimo.
- Aislamiento, retraimiento, rechazo y exclusión sociales. Victimización físico-psicológica.
- Bajo rendimiento y aprovechamiento escolares. Deserción escolar y desempleo.

También, el detrimento en la calidad de vida y el funcionamiento interpersonal, junto con la necesidad de recibir atención y cuidados de la salud, constituyen una carga para el gobierno mediante los costos que generan directa e indirectamente.

Por consiguiente, dichas consecuencias, además de resultar devastadoras tanto para el individuo como para la sociedad, llevan al deterioro gradual y progresivo del bienestar subjetivo del ser humano y, con ello, de su estado de salud mental, pudiendo conducir, eventualmente, a una muerte temprana.

En resumen, el bienestar subjetivo es importante para la preservación y mantenimiento del estado de salud mental y, con ello, de la calidad y satisfacción que se tiene con la vida; ya que su ausencia deteriora la salud mental de la persona conllevando, de esta manera, al padecimiento de trastornos mentales (Leimkübler, Heller & Paulus, 2007), y a la pérdida de la integridad físico-psicológica. Razón por la cual es necesario efectuar investigaciones que aborden tanto el bienestar subjetivo como sus factores asociados contribuyendo, de esta manera, a alcanzar y conservar un estado de salud mental satisfactorio.

## Método

### Participantes

26 niñas y adolescentes<sup>3</sup> en riesgo de calle o en desventaja social de entre 6-17 años de edad ( $M/DE=11.16, 3.7$ ) de dos organizaciones no gubernamentales elegidas de manera intencional no probabilística.

<sup>3</sup> Para fines de esta investigación, la edad de las niñas comprende de los 6-11 años y la de las adolescentes de los 11-20 años siguiendo la clasificación de etapas del desarrollo establecida por Papalia, Olds y Feldman (2009).

### Instrumentos

Se emplearon cinco instrumentos que evalúan sintomatología ansiosa (11 reactivos) y depresiva (11 reactivos), asertividad (17 reactivos), regulación emocional (11 reactivos) y bienestar subjetivo (17 reactivos y 9 emociones: 5 negativas y 4 positivas) mediante una escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta: 1 (Nunca), 2 (Casi nunca [menos del 20% del tiempo]), 3 (Pocas veces [20% a 40% del tiempo]), 4 (A veces [40% a 60% del tiempo]), 5 (Muchas veces [60% a 80% del tiempo]) y 6 (Siempre o casi siempre [más del 80% del tiempo]). Las pruebas psicométricas utilizadas fueron desarrolladas en el presente estudio basándose en escalas validadas con población mexicana, más no con el grupo social en cuestión, y que tienen índices de confiabilidad y validez que pueden ser considerados como indicadores veraces de las propiedades psicométricas de las mismas (ver Tabla 1). Cabe destacar que para la elaboración de los inventarios se siguieron los procedimientos de validación psicométrica culturalmente relevantes propuestos a nivel internacional (Geisinger, 1994) y nacional (Reyes & García, 2008).

### Procedimiento

Tomando en cuenta que las niñas o adolescentes en riesgo de calle están en constante movimiento y son de difícil acceso (Coker et al., 2009), se acudió a instituciones asistenciales privadas que atienden a tal población para facilitar la obtención de información y el trabajo con la misma. Una vez obtenido el permiso de las instituciones, se solicitó la participación voluntaria de las menores en la realización de dicha investigación. Se les explicaron los propósitos generales del proyecto y se enfatizó en que los datos obtenidos serían confidenciales y usados únicamente para fines del estudio. Así mismo, se aclararon las posibles dudas que las participantes

tuvieran, cuidando de no sesgar sus posibles respuestas. No se estableció tiempo límite para la aplicación de los instrumentos y ésta se llevó a cabo en espacios asignados previamente por el personal de las organizaciones como un salón de juntas o de cómputo. Los instrumentos fueron aplicados individualmente en forma de entrevista con una duración de una hora aproximadamente. Una vez capturadas las respuestas de las escalas en una base de datos, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes. Teniendo presente que el representante legal de las menores y jóvenes entrevistadas es la institución de procedencia, se solicitó y obtuvo el aval de cada institución, dado el compromiso de los investigadores de seguir los procedimientos del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2004).

Además, la presente investigación cuenta con el aval del Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México como parte de la Tesis Doctoral "Breve intervención cognitivo-conductual grupal para mujeres en situación de calle". Dicho Comité evalúa con el más alto nivel de rigor científico y ético la realización de toda investigación de índole científico en el ámbito de la Psicología en la Ciudad de México, México. Así mismo, los aspectos éticos de la investigación fueron aprobados por el Comité Dictaminador de las Organizaciones No Gubernamentales participantes que se rigen, en el caso de México, y particularmente la Ciudad de México, por la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal y por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Tabla 1 Escalas psicométricas retomadas

Sintomatología Ansiosa	Sintomatología Depresiva	Asertividad	Regulación Emocional
Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS; Spence, 1998).- Adaptada a población mexicana por Hernández et al. (2008). 44 reactivos. $\alpha=0.80-0.93$ .	Cuestionario de Depresión para niños (CDS; Lang & Tisher, 1978).- Adaptado a población mexicana por Cruz, Morales y Ramírez (1996). 66 reactivos. $\alpha=0.96$ .	Escala Multidimensional de Asertividad para Niños (EMA; Flores & Díaz-Loving, en prensa).- 45 reactivos que miden las dimensiones de: Asertividad indirecta ( $\alpha=0.91$ ), No asertividad ( $\alpha=0.81$ ), y Asertividad ( $\alpha=0.74$ ).	Escala de Salud y Vida Cotidiana de Moos, Conkite, Billing y Finney (1984).- Adaptada a población mexicana por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano (1988). 35 reactivos. $\alpha=0.41-0.66$ .
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).- Adaptada a población mexicana por Díaz-Guerrero y Spielberger (1975). Dos subescalas de 20 reactivos cada una. $\alpha=0.83-0.92$ .	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977).- Adaptada a población mexicana por Benjet, L. Hernández, Tercero, G. Hernández y Chartt-León (1999). 20 reactivos. $\alpha=0.85$ .	Inventario de Asertividad (IA; Gambrell & Richey, 1975).- Adaptado a población mexicana por Castaños, Reyes, Rivera y Díaz-Loving (2011). Dos subescalas con un total de 39 reactivos: Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR). $\alpha=0.91$ (GI), 0.89 (PR) y 0.94 (inventario total).	Instrumento de Calidad de Vida.- Adaptada a población mexicana (Sánchez-Sosa & González, 2006).- 26 reactivos. Se obtienen 4 sumas parciales para c/dominio. A > calificación, >calidad de vida.
Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC; Sánchez-Sosa & Hernández, 1993).- 178 reactivos divididos en dos secciones (Sección A: 78 reactivos y Sección B: 100 reactivos). $\alpha= 0.88$ (Sección A), 0.89 (Sección B) y 0.93 (inventario total). Esta prueba se usó como base para todas las variables y no sólo una de ellas.			

## Análisis estadístico

Los análisis estadísticos correspondientes incluyeron análisis descriptivos, de correlación usando el coeficiente de correlación por rangos de Spearman y de diferencias entre nivel de bienestar subjetivo (alto y bajo) mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se usó el programa SPSS versión 21 para Windows.

## Resultados

Los resultados reflejan la existencia de serias repercusiones en la salud mental de las participantes pues de las 26, el 76.92% presenta sintomatología ansiosa y el 65.38% sintomatología depresiva. De hecho, experimentan emociones negativas con gran frecuencia [ $M(DE)=4.35, 1.6$ ] e intensidad [ $M(DE)=4.89, 2.7$ ]; siendo la tristeza [ $M(DE)=5.77, 3.2$ ], el enojo [ $M(DE)=5.15, 3.6$ ] y la preocupación [ $M(DE)=5.8, 3.7$ ], las más prevalentes. También, por lo menos un 7.7% de las participantes se caracteriza por ser inasertivas dado que el 46.15% del total de las niñas y adolescentes presentan dificultades para manejar la crítica y el 11.54% para expresar sus deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos. Así mismo, un 23.1% carece de habilidades de solución de problemas y un 26.92% de regulación emocional. Lo que es más, el 69.23% emplea estrategias disfuncionales de regulación emocional. Datos que se constatan con el hecho de que por lo menos el 88.5% del total de menores lleva a cabo conductas de automutilación, consumo de sustancias psicoactivas, aislamiento y evitación, entre otras, para manejar y controlar sus sentimientos negativos y afrontar situaciones estresantes. Finalmente, un 19.23% se encuentra insatisfecha con sus condiciones

de vida actuales: situación familiar y escolar y en sus relaciones interpersonales.

Respecto al coeficiente de correlación por rangos de Spearman (ver Tabla 2), los resultados alcanzados muestran que a mayor sintomatología ansiosa, mayor índice de depresión y viceversa. De igual manera, tanto los síntomas de ansiedad como de depresión, disminuyen la aparición de conductas asertivas. Igualmente, la sintomatología ansiosa se asocia con un decremento en el nivel de bienestar subjetivo, particularmente con una mayor insatisfacción en la institución y en las relaciones sociales. Por su parte, la presentación de conductas asertivas aumenta el nivel de bienestar subjetivo ya que el manejo asertivo de la crítica aumenta la satisfacción en la institución, y la adecuada expresión de opiniones y sentimientos acrecienta el gozo en las relaciones con el grupo de iguales. Referente a la regulación emocional, se observó que un adecuado manejo y control de emociones aumentan la posibilidad de ser asertivo, en concreto de aceptar deficiencias y limitaciones personales y de expresar pensamientos y sentimientos negativos. Así mismo, el nivel de bienestar subjetivo se asocia con un incremento y decremento en la intensidad de emociones positivas y negativas respectivamente, con mayores habilidades de solución de problemas y con mayor satisfacción en los ámbitos familiar, institucional, escolar y con el grupo de pares.

Finalmente, en cuanto a diferencias en el nivel de bienestar subjetivo con respecto a síntomas de ansiedad y depresión, asertividad y regulación emocional mediante la prueba U de Mann-Whitney, se encontraron discrepancias significativas en la habilidad para llevar a cabo diversas conductas asertivas, la intensidad con la que se experimentan las emociones, la satisfacción percibida en los distintos

entornos en los que las menores se resuelven problemas de la vida cotidiana (ver  
 desenvuelven y en sus habilidades para Tabla 3).

Tabla 2. Correlaciones entre las variables de estudio

VS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ANS	---	<b>.813**</b>	<b>-.407*</b>	.036	<b>-.471*</b>	.014	-.380	-.368	<b>.443*</b>	-.326	.044	-.369	<b>-.489*</b>	<b>-.415*</b>	-.344
DEP	---	---	<b>-.427*</b>	-.134	-.371	-.113	-.154	<b>-.392*</b>	<b>.501**</b>	<b>-.412*</b>	-.022	<b>-.414*</b>	-.221	-.385	-.386
AS	---	---	---	<b>.562**</b>	<b>.487*</b>	<b>.684**</b>	<b>.483*</b>	<b>.951**</b>	-.270	<b>.587**</b>	.071	.278	.305	.372	.358
RE	---	---	---	---	.145	<b>.583**</b>	.253	<b>.602**</b>	-.043	<b>.426*</b>	.137	.061	.045	.191	.201
BS	---	---	---	---	---	.335	.212	<b>.481*</b>	<b>-.516**</b>	<b>.548**</b>	<b>.396*</b>	<b>.768**</b>	<b>.732**</b>	<b>.863**</b>	<b>.526**</b>
HAS <sub>1</sub>	---	---	---	---	---	---	.021	<b>.613**</b>	-.079	<b>.398*</b>	.320	.159	.001	.190	.339
HAS <sub>2</sub>	---	---	---	---	---	---	---	.374	.032	.305	-.221	.103	<b>.402*</b>	.205	.174
HAS <sub>3</sub>	---	---	---	---	---	---	---	---	-.265	<b>.567**</b>	.037	.262	.306	<b>.398*</b>	.301
IEN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-.067	-.087	<b>-.524**</b>	<b>-.402*</b>	<b>-.482*</b>	-.341
IEP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.258	<b>.389*</b>	<b>.396*</b>	<b>.581**</b>	.353
SFAM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.255	.181	.244	.075
SESC	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	<b>.533**</b>	<b>.853**</b>	.280
SORG	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	<b>.755**</b>	.237
SREL	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.313
HSP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

VS=Variables, ANS=Sintomatología ansiosa, DEP=Sintomatología depresiva, AS=Asertividad, RE=Regulación emocional, BS=Bienestar subjetivo, HAS<sub>1</sub>=Admitir deficiencias y limitaciones personales, HAS<sub>2</sub>=Manejo de la crítica positiva y negativa, HAS<sub>3</sub>=Expresión de deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos, IEN=Intensidad de emociones negativas, IEP=Intensidad de emociones positivas, SFAM=Satisfacción familiar, SORG=Satisfacción organizacional, SESC=Satisfacción escolar, SREL=Satisfacción en las relaciones interpersonales con el grupo de pares y HSP=Habilidades de solución de problemas.

\*p<0.01

Tabla 3. Diferencias en los puntajes de conductas asertivas e intensidad emocional según el nivel de bienestar subjetivo utilizando la prueba U de Mann-Whitney

Variable	Rango Promedio		U	p
	BS			
	1	2		
Asertividad	9.5	16.43	38.5	.022*
Admitir deficiencias y limitaciones personales	9.55	16.4	39	.023*
Expresión de pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos	9.05	16.77	33.5	.011*
Intensidad de emociones negativas	17.18	10.80	42	.035*
Intensidad de emociones positivas	8.95	16.83	32.5	.009**
Satisfacción en el colegio	8.23	17.37	24.5	.003**
Satisfacción en la institución	8.68	17.03	29.5	.006**
Satisfacción en las relaciones con el grupo de pares	6.77	18.43	8.5	.000**
Habilidades de solución de problemas	8.82	16.93	31	.007**

BS=Bienestar subjetivo, 1=BS bajo (n=11) y 2=BS alto (n=15).

\*p<0.01

\*\*p<0.05

## Discusión

Los resultados obtenidos mostraron prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva como otras investigaciones han

reportado con poblaciones vulnerables similares, particularmente menores y jóvenes en situación de calle (Gelberg et al., 2008; Rayens, Peden & Hall, 2008). De ahí que experimenten emociones

negativas con mayor frecuencia. Aunado a lo anterior, carecen de recursos para afrontar situaciones estresantes (Weinreb, Buckner, Williams & Nicholson, 2006), por lo que presentan deficiencias en habilidades para la solución de problemas e incapacidad para manejar y controlar eficazmente sus emociones adversas. También se constató que las menores en riesgo de calle exhiben dificultades para comportarse asertivamente; tal como ha sido señalado en estudios previos que se refieren a la agresividad que esta población presenta en sus relaciones interpersonales y en la actitud defensiva con las personas que adoptan (Luhmann, 2008); y otros que han reportado sus problemas para verbalizar sus sentimientos y pensamientos (Cepero, 2006); por lo cual, se sienten a disgusto en las relaciones que establecen con su grupo de pares. También se observó que las participantes refieren estar insatisfechas con sus condiciones de vida actuales dado que perciben su situación familiar y escolar como indeseables; lo cual es de esperarse ya que las familias de dicha población se caracterizan por ser disfuncionales al imperar el maltrato, la negligencia y el abandono (McCarthy & Thompson, 2010; Thompson, Bender & Kim, 2011), y en la escuela son víctimas de aislamiento y exclusión social porque los colegios se sustentan en principios y programas educativos alejados de las características y necesidades de este grupo (Aviles-de-Bradley, 2008; Van-den-bree et al., 2009). Por consiguiente, exhiben un pobre ajuste psicológico que deteriora progresiva y gradualmente su salud mental (Rhule-Louie, Bowen, Baer & Peterson, 2008; Votta & Farrell, 2009).

Mediante la correlación por rangos de Spearman, se encontraron asociaciones positivas entre la sintomatología ansiosa y depresiva y entre éstas y la intensidad de emociones negativas, y correlaciones

negativas entre la asertividad y los síntomas de ansiedad y depresión. La ansiedad y la depresión están relacionadas puesto que un alto nivel de ansiedad se asocia con un alto nivel de depresión (Frank-Briggs & Alikor, 2010); además, esta comorbilidad es más frecuente en las mujeres que en los hombres (Essau, 2009). Adicionalmente, padecer altos niveles de ansiedad y depresión, incrementa la probabilidad de experimentar emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad y disminuye la posibilidad de vivenciar emociones positivas. De igual manera, tanto la ansiedad como la depresión, inhiben e interfieren en la adquisición de conductas asertivas (Deniz, Öztürk, Turan & Özyez, 2009), y la falta de asertividad, que se asocia con la carencia de regulación emocional (Kim & Cicchetti, 2010), lleva al padecimiento de sintomatología ansiosa y depresiva (Keenan et al., 2010). En cuanto a la regulación emocional, se observaron correlaciones positivas con la intensidad con la que se experimentan las emociones, la asertividad y diversas conductas asertivas. Un buen manejo y control de emociones, incrementa la intensidad de las emociones positivas y la probabilidad de comportarse asertivamente ya que la regulación emocional implica expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados de manera que los recursos que la persona tiene queden protegidos sin que la confianza en sí misma disminuya (Sánchez & Díaz-Loving, 2009). Es decir, se refiere a expresar los sentimientos tanto positivos como negativos de manera honesta, clara y oportuna respetando al mismo tiempo los derechos de los demás dentro de un contexto sociocultural determinado. Respecto al bienestar subjetivo, se observó que la sintomatología ansiosa disminuye el nivel de bienestar mientras que la asertividad lo incrementa.

Resultados que concuerdan con la literatura de investigación revisada porque los síntomas de ansiedad y depresión se asocian con bajos niveles de bienestar subjetivo (Derdikman-Eiron et al., 2011). De ahí que el padecimiento de ansiedad disminuya la satisfacción percibida en la institución de residencia y dentro del grupo de pares, y la presencia de depresión repercute negativamente en el desenvolvimiento en el entorno escolar. En contraste, el aprendizaje y adquisición de conductas asertivas tienden a aumentar dicho bienestar (Paezzy, Shahraray & Abdi, 2010). Ello porque la asertividad conduce a la interacción interpersonal sana y funcional ya que el individuo expresa sus ideas, pensamientos y sentimientos de forma socialmente deseada. De igual manera, se obtuvo que la satisfacción percibida en los ámbitos familiar, escolar e institucional se relaciona con un mayor bienestar subjetivo. Lo cual se debe a que, en el caso del entorno familiar, la interacción positiva entre los miembros de la familia, caracterizada por comunicación, apertura, apoyo, autonomía, convivencia, cariño y entendimiento, incrementa el bienestar subjetivo de los individuos (Osmangazi, 2012). En el caso de la escuela y la institución, se tiene que el desenvolverse en un ambiente de seguridad, protección, estabilidad, apoyo y comprensión, contribuyen a mejorar el nivel de bienestar subjetivo al incrementar la satisfacción percibida en dichos entornos. Consecuentemente, la presencia de conflictos, violencia, abandono y negligencia en todos los ámbitos, influyen negativamente en dicho bienestar. Por tanto, las personas que se sienten satisfechas en sus relaciones sociales tienen niveles más altos de bienestar subjetivo (Marrero & Carballeira, 2010). Los resultados avalan que las relaciones interpersonales son uno de los componentes que en mayor medida

contribuye al bienestar de las menores porque estas relaciones constituyen factores facilitadores clave para aumentar su bienestar subjetivo (Malo, Navarro & Casas, 2012). Igualmente, los datos obtenidos mostraron que la intensidad con la que se experimentan las emociones sean positivas o negativas incide en el nivel de bienestar. A mayor intensidad de emociones positivas y negativas, aumenta y disminuye el bienestar respectivamente. Esto se debe a que la intensidad con la que se experimentan las emociones influye en la satisfacción que se percibe en las relaciones interpersonales sean familiares, escolares o institucionales. Las emociones negativas disminuyen dicha satisfacción mientras que las positivas la incrementan (Wirtz, Chiu, Diener & Oishi, 2009). Finalmente, el poseer habilidades de solución de problemas conduce a afrontar eficazmente las situaciones estresantes y, con ello, aumenta la satisfacción que se tiene con la vida. Esto es, habilidades de afrontamiento centradas en la resolución de conflictos incrementan el bienestar subjetivo (Karlsen, Dybdahl & Vitterso, 2006).

Como puede observarse, al acrecentar el bienestar subjetivo, que implica, según los hallazgos de este estudio, ausencia de emociones negativas y presencia de positivas, bajos niveles de síntomas de ansiedad y depresión, realización de conductas asertivas, habilidades de solución de problemas, satisfacción con el entorno y el grupo sociocultural de pertenencia, conduce a un mejor estado de salud mental y, por consiguiente, a una mejor calidad de vida (Diener & Chan, 2011).

Los resultados alcanzados mediante la prueba U de Mann-Whitney, revelaron diferencias entre las participantes con niveles bajos y altos de bienestar subjetivo. De modo tal que aquéllas con

niveles altos tienden a ser más asertivas, en específico, a admitir deficiencias y limitaciones personales y a expresar de forma socialmente habilidosa sus ideas, pensamientos y sentimientos, interactúan más fácil y adecuadamente con su grupo de pares, experimentan emociones positivas con mayor intensidad que las negativas, poseen más habilidades de solución de conflictos y se sienten más satisfechas en la escuela y la institución en la que residen, en comparación con las menores que presentan bajos niveles de bienestar subjetivo. Dichos resultados son equiparables a lo que la literatura de investigación reporta en otras poblaciones: un bajo nivel de bienestar subjetivo se asocia con problemas psicológicos, sociales y conductuales; mientras que un alto nivel se relaciona con un estado de salud mental óptimo y con la adaptación funcional al entorno (Ozmete, 2011). Dentro de los problemas psicológicos, se encuentran el padecer síntomas de ansiedad y depresión (Hansson, Forsell, Hochwälder & Hilleras, 2008), y, con ello, el experimentar emociones negativas con mayor intensidad que las positivas (Gülaçt, 2010). Como parte de los problemas sociales y conductuales, se observan la falta de apoyo social y de habilidades de solución de conflictos, y la incapacidad para iniciar, establecer y mantener relaciones interpersonales funcionales (Malkoç, 2011), de expresar las ideas, los pensamientos y los sentimientos de manera clara, honesta y oportuna respetando al mismo tiempo los derechos de los demás y de afrontar eficazmente situaciones estresantes (Paezzy et al., 2010). En consecuencia, el individuo es

incapaz de adaptarse funcionalmente a los distintos ámbitos en los que se desenvuelve, experimentando, así, insatisfacción y conflictos en los mismos (Lepistö, Joronen, Åstedt-Kurki, Luukkaala & Paavilainen, 2012). Ello sugiere que la salud psicológica, las relaciones sociales y el entorno, constituyen factores que inciden en el nivel de bienestar subjetivo percibido afectando, de esta manera, el estado de salud mental de las personas.

En conclusión, las niñas y adolescentes en riesgo de calle conforman un grupo social desatendido y marginado socialmente; por lo que se les restringen las oportunidades de conseguir una mejor calidad de vida y se contribuye, de esta manera, a que la problemática crezca día con día rebasando la capacidad de la sociedad de atender las demandas de la población. Los resultados obtenidos denotan deficiencias de salud mental en el grupo social en cuestión, que resaltan la importancia de realizar investigaciones mediante las cuales se identifiquen y aborden factores asociados como los evaluados en el presente estudio que permitan el desarrollo de intervenciones efectivas que garanticen el completo bienestar físico-mental de las menores y que lleven a disminuir gradualmente la problemática. Es importante resaltar que los hallazgos alcanzados proporcionan una aproximación preliminar al fenómeno debido al tamaño de la muestra y a que los instrumentos estuvieran en proceso de validación. Estudios posteriores podrían retomar dichos resultados y así brindar mayor información al respecto que posibilite su generalización y la obtención de un panorama más integral y completo.

## Referencias

- Altamura, A., Porcellana, M., Marinaccio, P., Ciabatti, M., Nocito, E., Magri, L. & Bressi, C. (2011). Is it possible to assess subjective well-being among bipolar inpatients? An 18-week follow-up study. *Gen Hosp Psychiat*, 33, 185-190.

- Aviles de Bradley, A. (2008). Educational rights of homeless children and youth: legal and community advocacy. *American Educational History Journal*, 35(2), 261-277.
- Ayala, H., Aduna, A., Vázquez, F. & Lozano, A. (1988). *Cuestionario de salud y vida cotidiana*. En. A. Aduna, 1998, Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Un estudio experimental. (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México).
- Bender, K., Ferguson, K., Thompson, S., Komlo, C. & Pollio, D. (2010). Factors associated with trauma and posttraumatic stress disorder among homeless youth in three U.S. cities: the importance of transience. *J Trauma Stress*, 23(1), 161-168.
- Benjet, C., Hernández, L., Tercero, G., Hernández, A. & Chartt-León, R. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 177-185.
- Busen, N. & Engebretson, J. (2008). Facilitating risk reduction among homeless and street-involved youth. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(11), 567-575.
- Canadian Homelessness Research Network (2012) *Canadian Definition of Homelessness*. Homeless Hub: [www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/](http://www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/)
- Castaños, S., Reyes, I., Rivera, S. & Díaz-Loving, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27-50.
- Cepero, S. (2006). Los niños de la calle de Ceuta. Aproximación psicopedagógica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 10(1), 1-12.
- Coker, T., Elliott, M., Kanouse, D., Grunbaum, J., Gilliland, J., Tortolero, S., ... Schuster, M. (2009). Prevalence, characteristics and associated health and health care of family homelessness among fifth-grade students. *American Journal of Public Health*, 99(8), 1446-1452.
- Crawford, M. & Manassis, K. (2011). Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: an integrated model. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 924-931.
- Cruz, J., Morales, M. & Ramírez, O. (1996) *Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS)*. (Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México).
- Deniz, M., Öztürk, A., Turan, E. & Özyes, Z. (2009). Evaluation of depression with respect to different social skill levels: a Turkish study. *Social Behavior and Personality*, 37(7), 881-888.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M., Bratberg, G., Taraldsen, G., Bakken, I. & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(3), 261-267.
- Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e Instructivo*. México: Manual Moderno.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *AP: HWB*, 3(1), 1-43.

- Essau, C. (2009). *Treatments for adolescent depression. Theory and Practice*. E.U.A.: Oxford University Press.
- Flores, M. & Díaz-Loving, R. (2010). *Asertividad en niños, su medición y correlatos: una aportación a la etnopsicología mexicana*. Ponencia presentada en Western Psychological Association (WPA) Conference. Del 22 al 25 de Abril Cancún, Quintana Roo.
- Frank-Briggs, A. & Alikor, E. (2010). Anxiety disorder amongst secondary school children in an urban city in Nigeria. *International Journal of Biomedical Science*, 6(3), 246-251.
- Friedman, H., Kern, M. & Reynolds, C. (2010). Personality and health, subjective well-being and longevity. *J Pers*, 78(1), 179-215.
- Gambrill, E. & Richey, C. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Gelberg, L., Lu, M., Leake, B., Andersen, R., Morgenstem, H. & Nyamathi, A. (2008). Homeless women: who is really at risk for unintended pregnancy? *Matern Child Health J*, 12, 52–60.
- Gülaçt, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Soc Behav Sci*, 2, 3844-3849.
- Hansson, A., Forsell, Y., Hochwälder, J. & Hilleras, P. (2008). Impact of changes in life circumstances on subjective well-being in an adult population over a 3-year period. *Public Health*, 122, 1392-1398.
- Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. & Gallegos, J. (2008). *Spanish versión of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*. Unpublished manuscript.
- Hudson, A. & Nandy, K. (2012). Comparison of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement. *Contemp Nurse* 2012, 42(2), 178-186.
- Hughes, J., Clark, S., Wood, W., Cakmak, S., Cox, A., MacInnis, M. ...Broom, B. (2010). Youth homelessness: the relationships among mental health, hope and service satisfaction. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19(4), 274-283.
- Jovanovic, V. (2011). Personality and subjective well-being: one neglected model of personality and two forgotten aspects of subjective well-being. *Pers Indiv Differ*, 50, 631-635.
- Karlsen, E., Dybdahl, R. & Vitterso, J. (2006). The possible benefits of difficulty: how stress can increase and decrease subjective well-being. *Scand J Psychol*, 47, 411-417.
- Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X., Rischall, M., Henneberger, A. & Klosterman, S. (2010). Lack of assertion, peer victimization, and risk for depression in girls: testing a diathesis-stress model. *Journal of Adolescent Health*, 47, 526-528.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716.

- Lang, M. & Tisher, M. (1978). *Children's depression scale*. Australian Council for Educational Research: Australia.
- Leimkühler, A., Keller, J. & Paulus, N. (2007). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *Journal of Affective Disorders, 98*, 65–72.
- Lepistö, S., Joronen, K., Åstedt-Kurki, P., Luukkaala, T. & Paavilainen, E. (2012). Subjective well-being in Finnish adolescents experiencing family violence. *Journal of Family Nursing, 18*(2), 200–233.
- Levine, A. (2011). *Intimate partner violence typology, self-blame, depression and PTSD among homeless women*. (Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, University of Windsor, Canada).
- Luhrmann, T. (2008). "The street will drive you crazy": why homeless psychotic women in the institutional circuit in the United States often say no to offers of help. *American Journal of Psychiatry, 165*, 15-20.
- Malkoç, A. (2011). Quality of life and subjective well-being in undergraduate students. *Procedia Soc Behav Sci, 15*, 2843-2847.
- Malo, S., Navarro, D., & Casas, F. (2012). El uso de los medios audiovisuales en la adolescencia y su relación con el bienestar subjetivo: análisis cualitativo desde la perspectiva intergeneracional y de género. *Athenea Digital, 12*(3), 27-49.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Ment, 33*, 39-46.
- McCarthy, M. & Thompson, S. (2010). Predictors of trauma-related symptoms among runaway adolescents. *Journal of Loss and Trauma, 15*, 212-227.
- Merscham, C., van Leeuwen, J. & Mcguire, M. (2009). Mental health and substance abuse indicators among homeless youth in Denver, Colorado. *Child Welfare, 88*(2), 93-110.
- Misganaw, A. & Worku, Y. (2013). Assessment of sexual violence among street females in Bahir-Dar town, North West Ethiopia: a mixed method study. *Public Health, 13*(825), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-13-825.
- Montesinos, M. & Pagano, A. (2010). Chicos y chicas en situación de calle y procesos de democratización educativa. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8*(1), 293-310.
- Moos, R., Conkite, R., Billing, A. & Finney, J. (1986). *Health and daily living form manual*. E.U.A.: Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavior Science, Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- Nyamathi, A., Hudson, A., Greengold, B., Slagle, A., Marfisee, M., Khalilifard, F. & Leake, B. (2010). Correlates of substance use severity among homeless youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4), 214-222.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). ¿Qué es la salud mental? Preguntas y respuestas en línea. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.

- Osmangazi, A. (2012). How do adolescents increase their subjective well-being by means of establishing relationships with their parents? *Düşünen Adam*, 25(3), 252-257.
- Ozmete, E. (2011). Subjective well-being: a research on life satisfaction as cognitive component of subjective well-being. *IJAR*, 3(4), 55-61.
- Paezzy, M., Shahraray, M. & Abdi, B. (2010). Investigating the impact of assertiveness training on assertiveness, subjective well-being and academic achievement of Iranian female secondary students. *Procedia Soc Behav Sci*, 5, 1447-1450.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rayens, M., Peden, A. & Hall, L. (2008). Predictors of depression for low-income African American single mothers. *Journal of HDRP*, 2(3), 89-110.
- Rhule-Louie, D., Bowen, S., Baer, J. & Peterson, P. (2008). Substance use and health and safety among homeless youth. *J Child Fam Stud*, 17, 306-309.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. & Del-Águila, M. (2009). *Inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA)*. México: Manual Moderno.
- Saewyc, E. & Edinburg, L. (2010). Restoring healthy developmental trajectories for sexually exploited young runaway girls: fostering protective factors and reducing risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 180-188.
- Sánchez-Sosa, J. & González, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*, (pp 473-492). España: Pirámide.
- Sánchez-Sosa, J. & Hernández, L. (1993). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento (SEVIC)*. México: UNAM.
- Sánchez, R. & Díaz-Loving, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional para la frustración y el enojo mediante una medida psicométrica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 54-69.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 255-277.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2004). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Spence, S. (1998). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). *STAI manual*. California, Consulting Psychologists Press.

- Tevendale, H., Lightfoot, M. & Slocum, S. (2009). Individual and environmental protective factors for risky sexual behavior among homeless youth: an exploration of gender differences. *AIDS and Behavior*, *13*, 154-164.
- Thompson, S., Bender, K. & Kim, J. (2011). Family factors as predictors of depression among runaway youth: do males and females differ? *Child and Adolescent Social Work Journal*, *28*, 35-48.
- Van-den-bree, M., Shelton, K., Bonner, A., Moss, S., Thomas, H. & Taylor, P. (2009). A longitudinal population-based study of factors in adolescence predicting homelessness in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *45*(6), 571-578.
- Votta, E. & Farrell, S. (2009). Predictors of psychological adjustment among homeless and housed female youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *18*(2), 126-132.
- Washington, P. (2011). Homeless youth: a concept analysis. *J Commun Health Nurs*, *28*, 168-178.
- Weinreb, L., Buckner, J., Williams, V. & Nicholson, J. (2006). A comparison of the health and mental status of homeless mothers in Worcester, Mass: 1993-2003. *American Journal of Public Health*, *96*(8), 1444-1448.
- Wirtz, D., Chiu, C., Diener, E. & Oishi, S. (2009). What constitutes a good life? Cultural differences in the role of positive and negative affect in subjective well-being. *J Pers*, *77*(4), 1167-1269.
- Zhang, J., Huang, H., Ye, M. & Zeng, H. (2007). Factors influencing the subjective well-being (SWB) in a sample of older adults in an economically depressed area of China. *Arch Gerontol Geriat*, *46*, 335-347.

---

Recibido: Enero 25-2015 Revisado: Mayo 7-2015 Aceptado: Junio 3-2015

Copyright of Revista CES Psicología is the property of Universidad CES and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.