

LA INHALACIÓN DE TEROKAL Y EL DETERIORO SOCIAL DE LOS NIÑOS DE LA CALLE

Data de aceite: 03/06/2024

Clody Genaro Guillén Albán

Sociólogo, Máster en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento por la Universidad Internacional de La Rioja (España), post grado en Educación de Niños de la Calle y especialista en educación no formal de niños en alto riesgo; tiene Certificación en Estrategias para Equipos de Salud que abordan problemas de consumo intrafamiliar por Sedronar (Argentina) y estudios de Maestría en Educación en la Facultad de Teología Pontificia y Civil de Lima (Perú), ha sido ponente en diferentes congresos internacionales en temas de infancia e institucionalización y es autor, entre otros, de los libros Covid-19 y Proyecciones del Trabajo Infantil en el Perú (2020), Iatrogenia y Nueva Socialidad (2021), La Paradoja Peruana (2021) y Paulo Freire y los Educadores de Calle (2021) y de artículos periodísticos sobre problemas de la niñez en el Perú. Tiene amplia experiencia en gestión y dirección de servicios sociales para niños en riesgo, tanto en el sector público como en el privado. En la actualidad se desempeña como Coordinador Nacional del Servicio de Educadores de Calle del INABIF y es Asesor de proyectos educativos para comunidades en vulnerabilidad por diversidad cultural

INTRODUCCIÓN

El problema del consumo de terokal entre los niños de la calle constituye una realidad bastante compleja; así, debido a que en ella confluyen situaciones que dependen del entorno, la sustancia y los propios niños, éste no puede dejar de ser definido como un problema multidimensional que se manifiesta en el deterioro físico, psicológico y social que éstos experimentan como consecuencia del proceso de callejización, el cual –al ser definido por el discurso hegemónico– los marginaliza y, además, los excluye progresivamente de la participación en la sociedad, no sin antes haberlos estigmatizado como no reintegrables por ser irrecuperables.

No obstante el deterioro físico, psicológico y social que se ha observado, en este artículo no nos referiremos a los deterioros físico y psicológico que produce el consumo prolongado de terokal, por lo que –si bien mencionaremos los efectos fisiológicos y psicológicos que son

ocasionados por la inhalación de tolueno— nos concentraremos en el *deterioro social* de los NNA de la calle y lo definiremos como una forma particular de situación que afecta su reintegración social, lo cual nos servirá para la intervención social con estos niños, luego de comprender adecuadamente la génesis de este problema.

De acuerdo con esto, en la acción socioeducativa con los niños de la calle, cobra importancia la *intervención temprana* con aquellos que recién han ingresado al círculo de la vida en la calle, ya que ésta disminuye el riesgo de que desarrollen consumos problemáticos de SPAs y que, además, se deterioren, afectando sus posibilidades de reintegración a la sociedad; asimismo, este tipo de intervención también contribuye a disminuir el riesgo de violencia urbana y la delincuencia, así como el gasto de recursos públicos en servicios de rehabilitación de drogodependencias.

Así, debido a que evitar el deterioro social es una de las prioridades en la acción socioeducativa con niños de la calle, a fin de tener una adecuada comprensión del problema, recurriremos al *Modelo de Leavell y Clark* para explicar la historia natural del consumo de terokal entre estos niños y, también, a la hipótesis de Denise Kandel que sustenta el *Modelo de la Escalada del Consumo*, en la que basaremos nuestra exposición sobre la *hipótesis del deterioro progresivo* por el tiempo de vida en la calle y el tipo de consumo de terokal; para esto, además, recurriremos a la evidencia recuperada a partir de los datos disponibles que han sido documentados y hechos públicos por el Servicio de Educadores de Calle del INABIF, lo cual cobra importancia si se tiene en cuenta que éste, además de ser una intervención estatal que busca la restitución de los Derechos de los niños de la calle, es también el servicio más importante que viene ejecutándose en el Perú, no sólo por su objetivo y cobertura, sino —sobre todo— por su estrategia¹.

EL DETERIORO SOCIAL ENTRE LOS NNA DE LA CALLE

En un documento anterior², se ha planteado la *existencia de una secuencia en el deterioro de los NNA que se encuentran viviendo en la calle* y, en base a ésta, se ha afirmado la ocurrencia de estadios que —de un modo progresivo— se concretizan en *perfiles de deterioro*³ (Guillén, 2002, 2017, 2023b; INABIF, 2002); así, se ha señalado que

Estos perfiles son tres y evidencian una situación secuencial que permite deducir el estadio de deterioro Leve, Moderado o Severo en que se encuentra cada NNA que vive en la calle y, en consecuencia, qué tipo de cambio se requiere y qué tipo de resistencias al cambio pueden presentarse, las cuales dependerán de dos condiciones: el tiempo de vida en calle y el tipo de consumo de SPAs. (Guillén, 2024, p. 160)

1 La estrategia del Servicio de Educadores de Calle para la recuperación social de los niños de la calle ha sido recogida en la tesis *Revisión teórica del modelo de intervención con niños de la calle en el Perú* que fue elaborado por nosotros para sustentar el grado de Máster en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento en la Universidad Internacional de La Rioja (España).

2 Nos referimos al artículo *Niños, niñas y adolescentes que viven en la calle en Lima: Algunos aportes para su definición y atención especializada* (Guillén, 2024).

3 El *Modelo de Perfiles de Deterioro* fue elaborado en el año 2002 y para establecer el nivel de deterioro de los NNA que viven en la calle se propuso que cada nivel depende del desempeño de seis variables recurrentes.

En dicho documento, asimismo, se señaló que en la construcción de los tres perfiles de deterioro concurren seis variables que son recurrentes [atingentes], una de las cuales es el “*tipo de consumo de sustancias psicoactivas (SPAs)*”⁴, entre las que se encuentran los pegamentos sintéticos como el terokal y el africano, cuyo principio activo es el tolueno.

Si bien dichos perfiles han sido construidos sobre la base de las premisas “*a menor tiempo de vida en la calle, mayores probabilidades de reintegración familiar*” y “*a mayor tiempo de vida en la calle, menor probabilidad de reintegración familiar y social*” (Guillén, 2024), ello se debe a que en éstas se encuentran dos regularidades que, luego de haberse observado sus desempeños, ponen en evidencia que “*el tiempo de vida en la calle*” es la variable independiente de mayor incidencia en el deterioro de los NNA que viven en la calle y –además– la de mayor relevancia en la intervención social orientada a que abandonen la vida en la calle.

Así, al cruzar la variable independiente (el “*tiempo de vida en la calle*”) con la variable “*tipo de consumo de sustancias psicoactivas*” puede conocerse el *nivel de deterioro por consumo de terokal* (es decir por la inhalación de tolueno), el cual –sin duda– es el plano más evidente del deterioro de los NNA de la calle⁵; en el Gráfico 1 puede apreciarse la correlación de estas dos variables y su correspondencia con alguno de los estadios de deterioro, los cuales son *Leve*, *Moderado* y *Severo* (Guillén, 2024) y, a su vez, están vinculados a una “*carga disocial*”⁶ específica que se valora de menor a mayor.

4 Las otras variables son: 1) el tiempo de permanencia en la calle, 2) el vínculo familiar, 3) las actividades de sobrevivencia, 4) el aspecto personal y 5) los antecedentes de institucionalización.

5 Excluyendo el *nivel de deterioro por el tiempo de vida en la calle* y el *nivel de deterioro por el tipo de consumo de SPAs*, los otros planos del deterioro de los NNA de la calle son: 1) el *nivel de deterioro por el tipo de vinculación familiar*, 2) el *nivel de deterioro por el desarrollo de actividades de sobrevivencia*, 3) el *nivel de deterioro por el tipo de cuidado de la apariencia personal* y 4) el *nivel de deterioro por la cantidad de institucionalizaciones*.

6 La idea de la *Carga Disocial* alude a la menor o mayor frecuencia de cada una de las seis variables que son atingentes a los Perfiles de Riego de los NNA de la calle; esta idea ha sido desarrollada en el trabajo *NNA de la calle: Carga disocial y Recuperación social* (Guillén, 2019b). La *Carga Disocial* se expresa en la conducta de los NNA de la calle y es un predictor del éxito o fracaso de la intervención social.

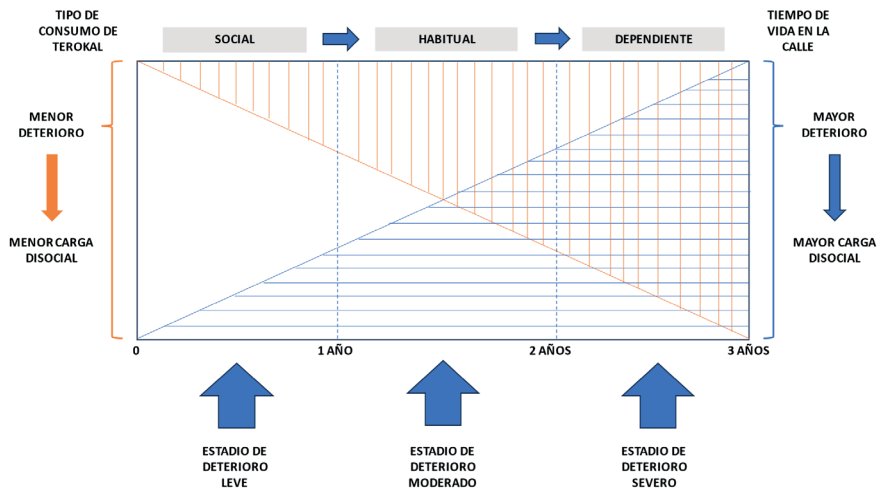


Gráfico 1

Nivel de deterioro por tiempo de vida en calle y tipo de consumo de terokal

Elaboración propia; en base a Guillén, 2002 y 2024.

De acuerdo con la hipótesis propuesta para el *Modelo de Perfiles de Deterioro*, el “deterioro por consumo de terokal” debe correlacionarse con los “otros” planos de deterioro (tal como se aprecia en el Gráfico 2), a fin de construir cada uno de los *tres perfiles de deterioro de los NNA de la calle*, los mismos que –al construirse– ponen en evidencia una tendencia natural que cumple con los requisitos del *Modelo de la Escalada del Consumo* que fue propuesto por Kandel.

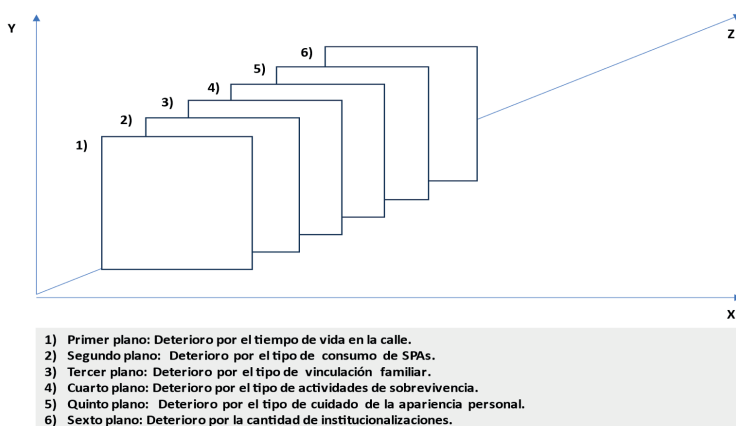


Gráfico 2

Planos de deterioro de los niños de la calle

Elaboración propia; en base a Guillén, 2024.

Teniendo en cuenta la importancia del tiempo y recogiendo la premisa “a mayor tiempo de vida en la calle, menor probabilidad de reintegración familiar y social”, se ha aceptado la importancia que tiene la *intervención temprana*; de acuerdo con esto, Montes (2008) ha señalado que

Se sabe que, a mayor tiempo en calle, es más improbable que el niño regrese a su familia o viva de manera autónoma. En otras palabras, a mayor tiempo en calle, el niño se apropia de la cultura callejera y es probable que siga habitando en la calle hasta la edad adulta. Por ello, es fundamental que la detección temprana sea efectiva para realizar un trabajo psicosocial cuando los niños llevan el mínimo de tiempo en calle combinado con una atención especializada a la familia de origen, la familia extendida o un adulto significativo en caso que la primera no lo pueda acoger. (p. 51)

En este mismo sentido, recientemente también se ha afirmado que

el mayor tiempo de vida en la calle (o la menor probabilidad de reintegración familiar y social que éste supone) aumenta el costo social de no intervenir tempranamente y de modo especializado, lo que dificulta la recuperación social de aquellos NNA que tienen un mayor deterioro, por presentar una mayor *carga disocial* y –las más de las veces– *patología dual*. (Guillén, 2024, pp. 145-146)

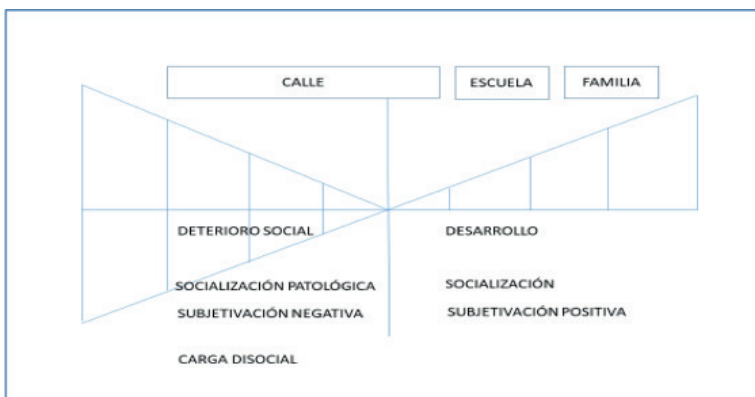
Respecto a la vida de los niños, niñas y adolescentes en la calle, Alicia Le Fur (1999) ha señalado que “la calle no está preparada para albergar cuerpos y psiquismos infantiles y éstos no lo están para alojarse en la calle” (p. 40); en este sentido, la calle es comprendida como un espacio que es hostil para quien la habita y –en correspondencia a ello– la vida en la calle es especialmente nociva para la infancia, habiéndose observado que a mayor tiempo de vida en la calle los niños, niñas y adolescentes presentan mayor deterioro social⁷.

Aunque no se ha dicho directamente, en base a la información existente, se sabe que el deterioro social eleva la “probabilidad que tienen las personas de ser excluidas de las oportunidades de desarrollo debido a uno o más factores (...) que dificultan su integración a la sociedad” (INABIF, 2000, p. 92), siendo los niños, niñas y adolescentes que tienen a la calle como principal espacio de socialización quienes muestran los indicadores más dramáticos del deterioro social, ya que sus valores han sido reemplazados por los valores antisociales de la calle, adoptando conductas delincuenciales, actividad sexual precoz, consumo de SPAs y otras conductas de riesgo.

⁷ En anterior oportunidad, al proponer la *Metodología de Atención Articulada* para la atención de niños y adolescentes que trabajan o viven en la calle (Guillén, 2002) hemos usado este concepto para referirnos al *empeorar del bienestar de aquellos niños y adolescentes que por su prolongada exposición a la calle, se han excluido de sus grupos de pertenencia* (Familia y Escuela) y, asimismo, *se han apartado de la sociedad formal y sus normas y cultura, habiéndose vuelto inhábiles sociales para reintegrarse a la sociedad*; en dicha ocasión se propuso que un niño, niña o adolescente se encuentra en «*deterioro social*», cuando se observa que ha modificado negativamente su apariencia personal (básicamente en su vestimenta y aseo) y sus comportamientos observables (principalmente a nivel del comportamiento fisiológico, motor y verbal) y no observable (en sus niveles cognitivo y afectivo). Estos indicadores del «*deterioro social*» de niños en situación de calle han sido retomados en *La Casa Estancia: un modelo ad-hoc para la recuperación de niños y adolescentes en situación de calle* (Guillén, 2019a).

Así, al ser la calle el principal espacio de socialización de los NNA que viven en ella, éstos interactúan con los “otros” actores de la calle⁸, de los que, al ser sus referentes adultos y de pares, imitan y adoptan sus actitudes y comportamientos, lo que –aunque no es determinante– contribuye a su «*callejización*»⁹ y deterioro social, colocándolos al límite de la inadaptación social y –como consecuencia de ello– de la generación de «*anomia*»¹⁰ y «*patologías sociales*»¹¹, lo que –sin duda– dificulta la recuperación de los niños, niñas y adolescentes que al tener mayor carga disocial también tienen mayor deterioro social y, además, eleva los costos de los programas y servicios sociales para su atención y protección.

Si bien puede pensarse que el desarrollo de los NNA es un proceso que se da como respuesta adaptativa a los espacios sociales en los que circula (la familia, la escuela y la calle, entre otros), en el caso de los NNA que viven en la calle, al ser ésta su espacio de socialización, debido a las condiciones de vida en ella, no puede hablarse de desarrollo sino de deterioro y, de modo específico, de *deterioro social* (Guillén, 2023a), tal como se intenta graficar en el Esquema 1.



Esquema 1

Espacios en los que se desarrolla la vida del niño o adolescente

Tomado de Guillén, 2023a, p. 56.

8 Por actores de la calle entiéndase a todos aquellos que habiendo roto o no su vínculo con la sociedad oficial, han hecho de la calle su espacio vital, del que se nutren y, al mismo tiempo, perpetúan.

9 La «*callejización*» es el proceso de interiorización de la cultura de la calle y, como tal, es el proceso más nocivo para el desarrollo psicológico y social de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la dinámica de la calle.

10 La *anomia* es una condición que se caracteriza por la ausencia de normas y por la confusión de valores en una sociedad o grupo, tratándose, en este sentido, de un quiebre que ocurre en la estructura de la cultura cuando se produce una aguda disyunción entre las normas y las metas culturales y las capacidades socialmente estructuradas de los miembros de un grupo para actuar de acuerdo con ellas. El empleo del concepto *anomia*, en tanto lugar social que se forma en las distancias existentes entre conductas grupal y normas sociales y entre conducta grupal y objetivos sociales, nos ayuda a entender la aparición, mantenimiento y extinción de *patologías sociales*.

11 El concepto *patología social* fue propuesto en 1915 por Alfred Grotjahn en el libro *Soziale Pathologie*. Debido al empleo generalizado de conceptos como desorganización social y problema social (que no están asociados al Modelo Orgánico de la Sociedad) fue dejado de lado y considerado obsoleto; no obstante ello, con el concepto de salud dado por la OMS (1946) y la propuesta del *Modelo Biopsicosocial de Engels* (1977), ha cobrado vigencia, debido a su amplitud y potencia explicativa. Este concepto ha sido utilizado para referirse a las situaciones sociales que, a juicio de los propios miembros de la comunidad, no pueden ser toleradas y, en consecuencia, deben ser afrontadas con un sentido constructivo, por medio de la acción colectiva; de acuerdo con Pratt (2010), se denomina *patología social* a cualquier condición mórbida de la sociedad.

De acuerdo con la *hipótesis del deterioro progresivo* propuesta para el *Modelo de Perfiles de Deterioro*, la *intervención temprana* disminuye el riesgo de que los NNA que viven en la calle, al ser parte de un grupo intersticial que les impone una cultura y conductas de ajuste a la vida en la calle, desarrollen un consumo problemático de SPAs y que, como consecuencia de ello, presenten un deterioro (físico, psicológico y social) severo, ya que ésta, al actuar en el *período prepatogénico*, busca evitar el inicio del consumo de terokal, modificando o suprimiendo los factores de riesgo o impidiendo que actúen sobre el NNA y afecten su desarrollo humano; la *intervención temprana*, además de interrumpir el proceso de *socialización patológica* (Yaría, 1999), también disminuye el riesgo de ingreso a la delincuencia y violencia urbana y –de otro lado– el gasto de recursos públicos en servicios de rehabilitación para drogodependientes jóvenes, con el costo social que ello supone.

En este sentido, la acción socioeducativa que se realiza en la *intervención temprana* con los NNA que han ingresado al circuito de la vida en la calle “se orienta a lograr la interrupción de la *socialización patológica* del niño o adolescente [de calle] y a [concretar] su retorno a la sociedad formal, en una familia funcional y en una escuela que lo acepte” (Guillén, 2023a, p. 55).

Así, en base al *Modelo de Leavell y Clark* (1965), atendiendo a la *historia natural* que sigue el deterioro de los niños de la calle por el consumo de terokal que –creemos– encuentra sustento en este modelo (ver Gráfico 3), la *intervención temprana* actúa en el *período prepatogénico* que –sin tener un tiempo definido^{12*}– es posterior al inicio de la vida en la calle y –al no existir ningún tipo de consumo– busca *evitar el inicio del consumo de terokal*, mientras que, ya en el *período patogénico*, la intervención social se orienta a lograr un *tratamiento oportuno* y a *detener el deterioro*¹³ y la intervención sanitaria trata de *rehabilitar al NNA de la dependencia a las drogas*, lo cual sólo podrá lograrse en una Comunidad Terapéutica.

12 * El período sin consumo de terokal depende de la resistencia que tenga el NNA ante la presión de grupo; así, debido a que el consumo se inicia y se mantiene por la presión de grupo, Olivar (2005) ha propuesto que, junto a la dependencia física y psicológica a las SPAs, también existe una dependencia social.

13 La bibliografía existente muestra que el deterioro por consumo de terokal es reversible siempre que éste se interrumpa antes de los dos años de iniciado, no exista policonsumo y se mantenga una abstinencia prolongada.

PERÍODO PREPATOGÉNICO	PERÍODO PATOGÉNICO		
Interacción de factores de riesgo Agente Huésped Ambiente	Horizonte Clinico <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> clínico Sub clínico		
Prevención Primaria	Prevención Secundaria		prevención Terciaria
Intervención temprana	Tratamiento oportuno	Detención del deterioro	Rehabilitación del consumo

Gráfico 3

Historia natural del deterioro de los niños de la calle por el consumo de terokal y niveles de intervención
 Elaboración en base a Leavell y Clark, 1965, p. 18.

De acuerdo con la información disponible, se sabe que en el *período patogénico*, debido a un consumo de terokal mayor a tres años continuos, el deterioro de los niños de la calle es irreversible¹⁴, ya que el tolueno provoca la reducción de la masa encefálica con la consiguiente atrofia de los diversos centros cerebrales, en especial del lóbulo prefrontal que controla la voluntad y el pensamiento analítico, causando el deterioro de las funciones de atención, concentración y pensamiento abstracto, entre otras.

Con la atrofia del lóbulo prefrontal y el deterioro de las funciones que éste controla, la inhalación prolongada de terokal también produce el progresivo deterioro de las funciones vinculadas a las relaciones sociales, el respeto de las normas y el autocuidado.

Así, se ha observado que a mayor tiempo consumiendo terokal, aumenta en el NNA el desinterés por su cuidado y por el cuidado de los demás (deja de ser asertivo y empático), se distorsiona su imagen y pierde la motivación por el arreglo personal; asimismo, se afecta la calidad de sus relaciones sociales y deja de tener respeto por las normas, pierde el interés por los demás y la sensibilidad social, alterándose su socialidad, con lo que –en última instancia– se dificulta su incorporación a grupos sociales formales y su posterior reintegración a la sociedad.

De acuerdo con esto, los NNA de la calle se encuentran en una situación de inmersión en la subcultura de la calle, por lo que sus valores se han visto progresivamente reemplazados por los valores antisociales de la calle, adoptando conductas delincuenciales, actividad sexual precoz y otras conductas de riesgo que ponen en evidencia su carga disocial y su deterioro social.

Al respecto, es de recordarse que ya se ha afirmado que “por las condiciones en las que se desenvuelven estas personas, es muy difícil su recuperación (...), sobre todo cuando han tenido una estadía de más de cuatro años en la calle” (INABIF, 2000, p. 106).

¹⁴ La información especializada señala que el daño es irreversible ya que la grasa por la que está compuesto el cerebro se va disolviendo en un 90% al contacto con el tolueno.

El deterioro de los NNA de la calle es una situación que –como se propone– sigue una tendencia natural (una historia) y, en ésta, se observa una secuencia (una trayectoria) que –desde la no patogenia hasta la patogenia– tendría tres etapas (Benavente, 2028), la última de las cuales

Se caracteriza por la deshumanización del menor, que ya ha pasado demasiado tiempo en la calle y para quien el grupo de amigos ya no tiene importancia. Muchos llegan a esta fase cuando ya son mayores de edad y han tenido recaídas tras haber estado en centros de rehabilitación. (p. 13)

Debido al deterioro social (Guillén, 2023a y 2024) o deshumanización (Benavente, 2018) que sufren los NNA que viven en la calle, una de las prioridades en la acción socioeducativa es evitar que éste ocurra y, para ello, se recurrirá tanto al *Modelo de la Escalada del Consumo* de Kandel (1975, citada por Rojas, 2003) como al *Modelo de Leavell y Clark* (1965), ya que éstos son de bastante utilidad para comprender el proceso del consumo de terokal en tres niveles (uno prepatogénico y dos patogénicos) y como resultante de la interacción de múltiples factores, los mismos que pueden ser agrupados y ordenados en el esquema del triángulo epidemiológico de Leavell y Clark, en cuyos vértices coexiste un equilibrio dinámico entre *agente* (el terokal), *hospedero* (el NNA de la calle) y *medio ambiente* (la calle), los que –a su vez– devienen en factores de riesgo para el consumo.

LA HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE TEROKAL ENTRE LOS NNA DE LA CALLE

Al referirse al consumo de sustancias volátiles, Westermeyer (1989, citado por Contradrogas, 1999) ha afirmado que “los niños y adolescentes son (una población) en riesgo (de abuso de sustancias volátiles) en cualquier comunidad” (p. 72), pero sobre todo en aquellas comunidades con altas tasas de pobreza y desempleo y, asimismo, ha señalado que

Niños(as) y jóvenes alejados de sus hogares, pueden ser una población en riesgo de uso epidémico. Por lo general se encuentran consumidores entre los 7 y 19 años de edad, pero se ha reportado el uso de sustancias volátiles desde los 4 a 6 años. (p. 72)

En base a la información pública existente, se sabe que “la situación de carencia en la que vive esta población hace que utilicen la droga como una forma de fugarse, es decir de olvidarse del hambre, del frío o que no tienen alguien que les brinde afecto” (INABIF, 2000, p. 106); asimismo, también se sabe que

Lo encontrado en la experiencia de los Educadores de Calle es que el 100% de las niñas, niños y adolescentes de la calle que tienen más de un año en esa situación, consumen inhalantes, principalmente el pegamento llamado terokal o el producto ecuatoriano Africano que por ser más barato es el que prefieren. De este universo, el 15% ya presenta adicción al tolueno (...), quienes han generado tolerancia a este componente han incursionado en el uso de la Pasta Básica de Cocaína. (p. 106)

De acuerdo con este dato, tras un año de vida en la calle, el 100% de las NNA de la calle consumen inhalantes y sólo el 15% ya presenta adicción al tolueno; es decir, en base a este dato se infiere que, en la historia natural del consumo de inhalantes, entre los NNA de la calle existen tres momentos que, a su vez, nos ayudarán a comprender el proceso del consumo de terokal, el mismo que –como se ha dicho– progresa en tres niveles (uno prepatogénico y dos patogénicos).

De acuerdo con esto, puede afirmarse que los tres momentos de la historia natural del consumo de terokal son:

1. Un primer momento en el que no hay ningún tipo de consumo y que puede llegar a durar hasta el primer año de vida en la calle,
2. Un segundo momento en el que existe consumo social o habitual de terokal y que puede llegar hasta los dos años de vida en la calle, y
3. Un tercer momento en el que se continúa con el consumo de terokal y, debido al tiempo de vida en la calle, este se combina con el consumo compulsivo y problemático de otras SPAs.

Así, en base a los datos que han sido proporcionados por el Servicio de Educadores de Calle del INABIF, se sabe que los NNA que viven en la calle

se encuentran en las calles más concurridas en las ciudades del Perú, tienen un aspecto sucio, desarrapado y adquieren como costumbre la mendicidad, el robo, la promiscuidad sexual y el consumo de psicotrópicos, en un inicio con inhalantes y posteriormente PBC y marihuana. (INABIF, 2000, p. 106).

Con esto, es de señalarse que en la vida en la calle se cumpliría el *Modelo de la Escalada del Consumo*, según el cual los NNA inician su consumo con una sustancia legal¹⁵ de bajo costo y fácil acceso y –luego– escalan hasta el consumo de sustancias ilegales de alto costo y más difícil acceso, con lo que –además– pasan del consumo social (por la presión del grupo de calle) hasta el consumo problemático (por la dependencia a la principal sustancia consumida).

Al respecto, la literatura muestra que, en todos los casos, *los NNA de la calle se inician con el consumo de terokal* y que –por su mayor tiempo de vida en la calle o por su mayor deterioro– se adhieren –con facilidad– al consumo de sustancias ilegales; asimismo, la literatura muestra que el inicio del consumo de terokal entre los niños de la calle se debería a la presión de grupo y a la necesidad de ser aceptado por éste y que el consumo de terokal –en realidad– es parte de la subcultura del grupo de la calle y, por tal, es parte del proceso de callejización y del deterioro social de estos NNA, lo que se acelera por estar excluidos de los grupos sociales formales propios para su edad: la familia y la escuela.

De acuerdo con esto, Ordóñez (1995a) ha precisado que cuando el NNA logra insertarse y hacerse aceptar en la subcultura de la marginalidad, el grupo de la calle

¹⁵ Nos estamos refiriendo al *Terokal*, el cual es un pegamento industrial legal y de venta libre; el principio activo de este pegamento es el tolueno, el cual es altamente adictivo.

“constituye (...) no sólo el medio principal de transmisión de los valores y formas sociales de aquélla, sino que, a través de la presión grupal, determina el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas” (p. 18).

En relación al consumo de SPAs entre los NNA de la calle, Vara (2001) ha encontrado que “mientras más número de niños de la calle conocen, más probabilidades tienen los niños de consumir drogas” (p. 39), lo que –de alguna manera– nos devuelve a pensar en el consumo de terokal como parte de la subcultura del grupo de NNA de la calle y, asimismo, a que el inicio y el mantenimiento del consumo de terokal no pueden ser comprendidos por separado del grupo de la calle, el mismo que –en última instancia– es el depositario de la subcultura de la calle.

En base a la información recogida en el I Censo de los Niños de la Calle, Vara (2001) ha informado que “en cuanto al consumo de terokal, el 29.1% [de los NNA] lo ha consumido al menos dos veces por semana y 62.7% [lo ha consumido] más de cuatro veces por semana” (p. 55), tal como se puede ver en la Tabla 1.

Nº de veces por semana	Terokal	Pasta básica	Otras drogas
Nunca (0 veces)	5 (3.7%)	63 (47%)	73 (54.5%)
Pocas veces (hasta 2 veces)	39 (29.1%)	35 (26.1%)	19 (14.2%)
Casi a diario (+ de 4 veces)	84 (62.7%)	3 (2.2%)	3 (3%)
No contestó	6 (4.5%)	33 (24.6%)	38 (28.4%)
Total	134 (100%)	134 (100%)	134 (100%)

Tabla 1

Consumo de sustancias psicoactivas en el niño de la calle

Elaborado en base a Vara, 2001, p. 55.

Así, teniendo en cuenta lo mostrado en la Tabla 1, el 62.7% de los censados que inhala terokal más de cuatro veces por semana presenta un consumo de tipo dependiente (al tolueno) y el 29.1% que inhala terokal hasta dos veces por semana combina el consumo de terokal con el consumo de pasta básica (26.1%) y otras drogas (14.2%), por lo que se presume que éstos, al desplazar el consumo de terokal hacia drogas de mayor costo, serían adolescentes próximos a la mayoría de edad, quienes tienen más tiempo de vida en la calle y –en consecuencia– su círculo de conocidos se habría ampliado a otros ocupantes de la calle (principalmente delincuentes y tratantes), con lo que –también– cambiaría su estrategia para obtener ingresos.

En relación a la estrategia de los NNA de la calle para la generación de ingresos, la información proporcionada por el Servicio de Educadores de Calle del INABIF permite la identificación de una progresión en las estrategias, las que –a su vez– estarían en correspondencia a los estadios de deterioro Leve, Moderado y Severo que presentan los NNA que viven en la calle (Guillén, 2024); en este sentido, cabe recordar que, en el caso del Cercado de Lima, Lucía Santiago y Gladys Pisco (2003), ya habían encontrado que

En la Ribera [del Río Rímac] pese a que Los NAC's realizan el robo de objetos como relojes, billeteras, celulares, es mayoritario el número de NAC's que practican la mendicidad y en ocasiones trabajos eventuales como limpieza de vehículos y venta de golosinas. En el Parque Universitario los NAC's casi en su totalidad se dedican al robo. En ambos casos el dinero obtenido es utilizado principalmente para el consumo de drogas (Terokal, Marihuana y PBC). (p. 7)

Así, de acuerdo con la información proporcionada por Santiago y Pisco (2003), puede señalarse –todavía empíricamente y de modo provisional– que: 1) tras el ingreso del NNA al circuito de la vida en la calle *la estrategia a la que se recurre es la limpieza de vehículos y la venta de golosinas*, 2) cuando el NNA se ha integrado al grupo de calle y se ha hecho depositario de la subcultura de la calle *la estrategia a la que se recurre es la mendicidad*, aunque –en menor medida– todavía sigue realizando la limpieza de vehículos y 3) cuando ya es un habitante de la calle que se ha diferenciado del grupo de niños de la calle del que formaba parte y su círculo de conocidos se ha ampliado a otros ocupantes de la calle *la estrategia a la que se recurre es el robo* y –en el caso de las adolescentes– se pasa de la explotación sexual ocasional a la habitual o permanente.

En refuerzo de la hipótesis de que *“quienes tienen más tiempo de vida en la calle presentan un mayor deterioro”*, los datos proporcionados por el Servicio de Educadores de Calle del INABIF son de bastante utilidad ya que se ha encontrado que entre los NNA que viven en la calle

En el caso de los adolescentes mayores de 14 años, en base al hecho de la infracción a la Ley Penal, éstos pueden ser separados –al menos teóricamente– en aquellos que no realizan robos y aquellos que sí los realizan; asimismo, entre quienes realizan robos, también cabe la posibilidad de una separación entre los que realizan robos menores y los que realizan robos agravados o participan en bandas, observándose que, por lo general, quienes participan de robos agravados o participan en bandas son quienes tienen más tiempo en la calle y los que están próximos a alcanzar la mayoría de edad. (Guillén, 2024, p. 146).

Asimismo, cabe señalar que una observación adicional respecto a los NNA de la calle es que, debido al mayor tiempo de vida en la calle, “la presencia de consumo problemático de drogas ilegales –al parecer– podría confirmar la existencia de una asociación entre el consumo de drogas ilegales y la comisión de actos de infracción a la Ley” (Guillén, 2024, p. 147).

PATRONES DE CONSUMO DE TEROKAL ENTRE LOS NNA DE LA CALLE

De acuerdo con lo propuesto por Underleiger (1980, citado por Rojas, 2003), el Gráfico 4 nos da una pauta sobre la separación que existe entre los *patrones de consumo funcional* o no patológico (experimental, social o habitual) de sustancias psicoactivas y los *patrones de consumo disfuncional* o patológico (abuso o dependencia).

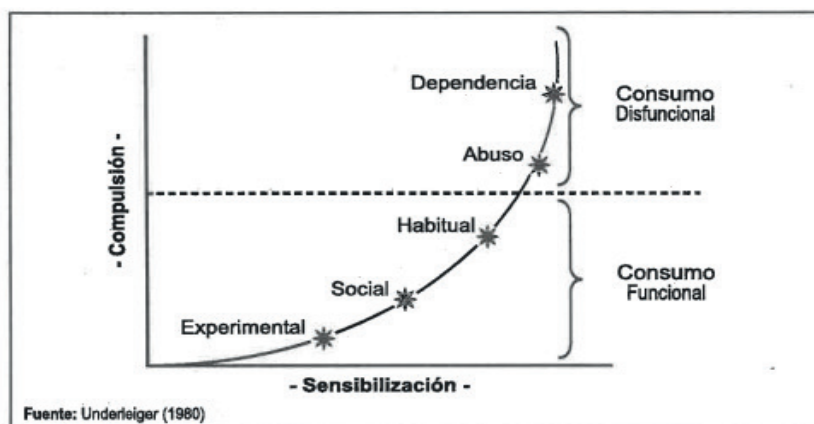


Gráfico 4

Patrones de consumo funcional y disfuncional

Tomado de Rojas, 2003, p. 93.

Así, en base al supuesto de que *los NNA de la calle se inician con el consumo de terokal* y ante la evidencia empírica de que los adolescentes con mayor tiempo de vida en la calle y –por tal– con mayor deterioro se adhieren con mucha facilidad al consumo de otras sustancias ilegales, usando la información proporcionada por Rojas (2003), pueden establecerse los patrones de consumo de terokal (tolueno) de los NNA de la calle, en los cuales la compulsión y la sensibilización son variables que han sido observadas en el proceso de uso – abuso de esta sustancia.

De acuerdo con los hallazgos de Lucía Santiago y Gladys Pisco (2003), las edades de los NNA de la calle en el Centro de Lima oscilan entre los 9 y 17 años edad (p. 6); en este mismo sentido, Fanny T. Añaños et al. (2010, p. 186), han informado que las edades de los NNA de la calle en el Perú fluctúan entre los 9 y 17 años, de los cuales 25% tiene entre 9 y 11 años, 42,9% tiene entre 12 y 15 años y 32,1% tiene entre 16 y 17 años, observándose que el 78,6% son varones y el 21,4% son mujeres.

En base a lo señalado por L. Santiago y G. Pisco (2003), puede afirmarse que en el año 2003 el promedio de edad de los NNA de la calle era de 13 años y que este mismo promedio se mantenía en el año 2010, tal como han informado F. Añaños et al. (2010).

En su informe, L. Santiago y G. Pisco (2003) también han señalado que los NNA de la calle en el Centro de Lima “tienen una permanencia en [la] calle de tres años como mínimo” (p. 6), con lo que es posible que –al menos en los años 2003 y 2010– la mayor cantidad de ingresos a la vida en la calle se haya producido a los 11 años de edad; siguiendo este supuesto, parece ser que Alex Ríos (1998) no se ha equivocado al afirmar que “en un alto porcentaje, los potenciales niños de la calle optan por hacer la calle suya aproximadamente desde los 9 a 12 años de edad” (p. 55), con lo que –si nos referimos a la génesis de los niños de la calle– cobra vigencia la interrogante respecto al por qué irse a la calle es una opción para los potenciales NNA de la calle cuando éstos alcanzan una edad aproximada de 10 años (Ríos, 1998, p. 55).

En base a los hallazgos de L. Santiago y G. Pisco (2003) se ha propuesto que las edades de los NNA de la calle se concentran entre los 11 y 15 años (Gráfico 5), lo cual no excluye la posibilidad de la existencia –aunque en menor cantidad– de NNA con edades inferiores y superiores a los límites del parámetro señalado; así, se ha reportado que se ha encontrado a niños que viven en la calle desde los 7 años y a adolescentes que tienen 18 años y continúan en la calle.

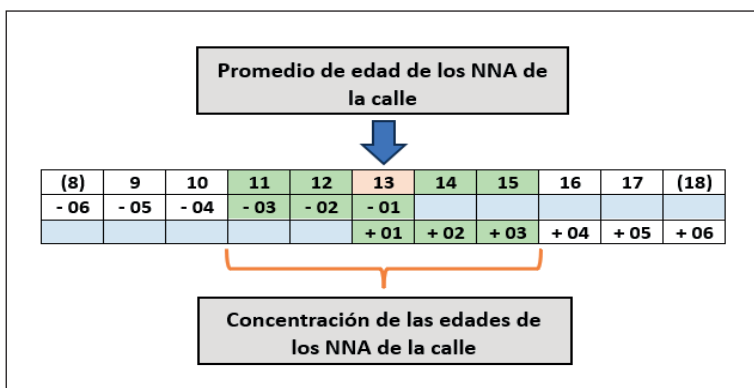


Gráfico 5

Concentración de las edades de los NNA de la calle

Elaborado en base a Santiago y Pisco, 2003.

Una encuesta realizada en Lima en el año 2008 a 102 NNA de la calle (VPLat, s/f.) trae dos datos que –aunque analizados con poco rigor– no pueden dejar de tenerse en cuenta: según el primero de ellos, “los NACS (...), en poco más de 1 año no sólo se quedan en [la] calle sino que pasan a pertenecer a este subgrupo social” (p. 51) y, según el segundo dato, “los NACS (...) pasan 9 meses entre su primer consumo de terokal y la creación de un hábito para con este producto” (p. 52); de acuerdo con estos dos datos, puede presumirse que el proceso de adherencia al consumo de terokal se da durante el primer año de vida en la calle y como parte de un proceso de tránsito a la vida estable en la calle.

De acuerdo con las conclusiones de dicha encuesta

Un 60% de los NASC (...) adoptan un hábito de consumo de terokal en el mismo espacio de tiempo en el que entran al proceso de pertenencia en calle, configurándose éste, más que en un hábito adictivo, [en] una pauta subcultural de entrada al subgrupo de la calle. (VPLat, s/f, p. 62)

En este sentido, cabe señalar que el consumo de terokal es uno de los mecanismos socializadores que predominan en la subcultura de la calle, por lo que su consumo funcional (o no patológico) y no funcional (o patológico) es aceptado por todos los miembros del grupo de NNA de la calle, incluso por quienes se encontrarían en el período de “no consumo”.

De acuerdo con los hallazgos del Programa De Piraña a Delfín de CEDRO, es de tenerse en cuenta que “el consumo diario o interdiario de inhalantes afecta a más del 95% de menores de la calle en Lima” (Ordóñez, 1995a, p. 30); en este mismo sentido, desde el Instituto Mundo Libre (s/f) se había afirmado que

En Lima se ha encontrado que el uso diario e interdiario de sustancias psicoactivas entre los niños de la calle (básicamente inhalantes) bordea el 97% casos. Igualmente, se ha percibido que el que un niño pertenezca a un grupo de pares “consumidor” dentro de la “subcultura de la calle” puede ser considerado, en sí mismo, como un factor de riesgo absoluto del consumo de drogas. (p. 22)

Teniendo en cuenta que, entre los NNA de la calle, el terokal es la SPA socialmente más aceptada y que su consumo es una *pauta subcultural de entrada al grupo de la calle*, haciendo uso de la hipótesis de Kandel, se propone que los primeros consumos se dan con la inhalación de este pegamento sintético, desde el que progresivamente se escalaría al consumo de otras drogas ilícitas, hasta llegar a drogas como la marihuana y la PBC.

De conformidad con el *Modelo de la Escalada del Consumo* que se sustenta en los hallazgos realizados en la década del 70 por Denise Kandel, puede proponerse que el consumo de terokal es la conducta intermedia entre el “no consumo” de ninguna SPA y el consumo de marihuana, PBC y otras drogas ilícitas; en base a este modelo, asimismo, se propone que tras el período de “no consumo”, pueden pasar hasta 9 meses entre el primer consumo de terokal y el abuso de su consumo, con la consiguiente predisposición al consumo de otras SPAs.

Así, puede afirmarse que todos los NNA que viven en la calle inician su experiencia de consumo de SPAs con el consumo de terokal y luego escalarían al consumo de otras drogas ilegales y más adictivas; de acuerdo con esto, es de recordarse que Ordóñez (1995b) ya había señalado que

En términos de la secuencia de inicio y eventual substitución del uso de diversas sustancias psicoactivas, en Lima se observa que, en la población de niños de la calle, los pegamentos industriales constituyen por regla general y fuera de ciertas drogas legales –tabaco, alcohol– la sustancia de elección con la que esta población se inicia en el consumo de drogas. (p. 21)

En base a la información disponible, empíricamente se sabe que un porcentaje muy reducido de NNA que viven en la calle no presenta consumo de sustancias psicoactivas¹⁶ y que éstos se inician en el consumo con la inhalación de terokal por presión del grupo; asimismo, puede presumirse que un porcentaje bastante alto de NNA que viven en la calle presenta consumo social o habitual de terokal y, en consecuencia, tienen un *patrón de consumo funcional* (o no patológico) y que, finalmente, un porcentaje aún reducido presenta abuso o dependencia¹⁷ y, además, policonsumo (o uso combinado) de SPAs, teniendo un *patrón de consumo disfuncional* (o patológico).

Si bien –empíricamente– se sabe que el consumo de terokal es exclusivo entre los NNA de la calle, al menos hasta los tres años después de haberse iniciado su consumo, también se sabe que, “aunque no existen estudios longitudinales sobre el uso de esta sustancia (...), diversos factores sugieren que el mismo es abandonado o substituido por otra sustancia pasada la adolescencia o iniciada la adultez” (Ordóñez, 1995b, pp. 21-22).

De acuerdo con esto, se sabe que quienes tienen más tiempo viviendo en la calle y, por ello mismo, están próximos a alcanzar la mayoría de edad, incurren en la comisión de actos de infracción a la Ley Penal y, con los recursos que obtienen, combinan el consumo de terokal con otras drogas –legales e ilegales– hasta que lo substituyen por una SPA más adictiva; en este sentido, se ha afirmado que

En el caso de los adolescentes mayores de 14 años, en base al hecho de la infracción a la Ley Penal, éstos pueden ser separados –al menos teóricamente– en aquellos que no realizan robos y aquellos que sí los realizan; asimismo, entre quienes realizan robos, también cabe la posibilidad de una separación entre los que realizan robos menores y los que realizan robos agravados o participan en bandas, observándose que, por lo general, quienes participan de robos agravados o participan en bandas son quienes tienen más tiempo en la calle y los que están próximos a alcanzar la mayoría de edad.

Una observación adicional al respecto, es que, debido al mayor tiempo de vida en la calle, se aprecia la presencia de consumo problemático de drogas ilegales, lo que podría –al parecer– confirmar la existencia de una asociación entre el consumo de drogas ilegales y la comisión de actos de infracción a la Ley. (Guillén, 2024, pp. 146-147)

De acuerdo con esto, puede afirmarse –entonces– que los estadios de deterioro de los NNA de la calle, por el *tiempo de vida en la calle* y el *tipo de consumo de terokal*, corresponden a los patrones de consumo funcional (o no patológico) y disfuncional (o patológico), tal como puede apreciarse en el Gráfico 6.

16 De acuerdo con los datos existentes, se sabe que históricamente el porcentaje de NNA de la calle en Lima que no consumen terokal siempre ha sido reducido; así, se ha documentado que el consumo diario e interdiario de inhalantes afecta a más del 95% de los niños de la calle (Ordóñez, 1995^a, p. 30) y que, en general, el consumo de inhalantes afecta al 97% de estos niños (IML, s/f, p. 22). En este mismo sentido, los datos recogidos en el Censo de NNA de la calle que fue realizado en el año 2001 muestran que el 3.7% de niños de la calle nunca ha consumido terokal, lo cual confirmara la presencia de un bajo porcentaje de NNA que no ha consumido terokal.

17 De acuerdo con los datos proporcionados por el Servicio de Educadores de Calle del INABIF, el 15% de los NNA de la calle ya tiene adicción al tolueno (INABIF, 2000, p. 106).



Gráfico 6

Estadios de deterioro y patrones de consumo de terokal en NNA de la calle

Elaboración propia; en base a Guillén, 2017 y 2024 y Rojas, 2003.

Si bien los patrones de consumo pueden ser discriminados en funcional (no patológico) y en disfuncional (patológico), en todos los casos, los NNA que consumen terokal tienen indicadores de disfunción cerebral que se hacen evidentes en la disminución de las capacidades de atención, concentración y memoria; así como en la distorsión en la orientación en el espacio y, también, en disfunciones visomotoras, entre otras.

Asimismo, también puede afirmarse que, en los estadios leve y moderado de deterioro de los NNA de la calle, éstos presentan monoconsumo (o consumo exclusivo) de terokal y que, en el estadio severo de deterioro, los NNA de la calle combinan el uso de terokal con otras SPAs hasta que –en función a los recursos económicos que obtienen del robo o la explotación sexual– lo substituyen por otra sustancia más adictiva, como la PBC, por ejemplo.

CONCLUSIÓN

Empíricamente se sabe que a mayor tiempo consumiendo terokal, aumenta el desinterés del NNA por su autocuidado y el cuidado de los demás (al dejar de ser empático y asertivo), se distorsiona su imagen y pierde la motivación por el arreglo personal; asimismo, se afecta la calidad de sus relaciones sociales y deja de tener respeto por las normas, pierde el interés por los demás y la sensibilidad social, alterándose su socialidad, con lo que se dificulta su incorporación a los grupos sociales formales y su posterior reintegración a la sociedad.

Los NNA de la calle se encuentran en una situación de inmersión en la subcultura de la calle, por lo que sus valores están siendo progresivamente reemplazados por los valores antisociales de la calle, adoptando conductas delincuenciales, actividad sexual precoz, consumo de SPAs y otras conductas de riesgo que ponen en evidencia su deterioro social.

Asimismo, cabe señalar que, debido al mayor tiempo de vida en la calle, la presencia de consumo problemático de drogas ilegales podría confirmar una asociación entre el consumo de drogas ilegales y la comisión de actos de infracción a la Ley, lo cual se observa entre quienes están cerca de alcanzar la mayoría de edad y que, además, se vinculan a otros actores de la calle.

Finalmente, cabe afirmar que “*quienes tienen más tiempo de vida en la calle presentan un mayor deterioro*”, con lo que puede presumirse que:

1. Existe una secuencia en el deterioro de los NNA que se encuentran viviendo en la calle en la que puede identificarse estadios leve, moderado y severo de deterioro, los que, a su vez, se concretizan en *tres perfiles de deterioro*; los estadios de deterioro, a su vez, están vinculados a una *carga disocial* específica.
2. Al cruzar el desempeño de las variables *tiempo de vida en la calle* y *tipo de consumo de sustancias psicoactivas* puede conocerse el nivel de deterioro por consumo de terokal (es decir por la inhalación de tolueno).
3. Los estadios de deterioro de los NNA de la calle por el *tiempo de vida en la calle* y el *tipo de consumo de terokal* corresponden a los patrones de consumo funcional (o no patológico) y disfuncional (o patológico).
4. En los estadios leve y moderado de deterioro de los NNA de la calle, éstos presentan monoconsumo (o consumo exclusivo) de terokal y que, en el estadio severo de deterioro, éstos combinan el uso de terokal con otras SPAs, hasta que lo substituyen por otra sustancia más adictiva.
5. La *intervención temprana* con aquellos NNA que han ingresado al círculo de la vida en la calle disminuye el riesgo de que éstos desarrollen consumos problemáticos de SPAs y que, además, se deterioren severamente, afectando sus posibilidades de reintegración a la sociedad; la *intervención temprana*, además de interrumpir el proceso de *socialización patológica*, también disminuye el riesgo de delincuencia y violencia urbana.

REFERENCIAS

Añaños, F., Añaños, K., Añaños, C., y Arroyo, S. (2010). Realidades y representaciones sociales de las niñas y los niños de la calle en Perú. *Revista española de drogodependencias*, 2, 182–194.

Benavente, M. (2018). *Los niños de la calle*. USIL.

Comisión de lucha contra las drogas. (1999). *Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas*. Contradrogas.

Guillén, C. (2002). *Metodología de Educadores de Calle*. En Memoria del Curso Nacional de capacitación a Educadores de Calle. INABIF (Inédito).

Guillén, C. (2017). *Propuesta de metodología de atención articulada para niños en situación de calle* [tesis de licenciatura no publicada]. Universidad Nacional Federico Villarreal.

- Guillén, C. (2019a). *Casa estancia para niños, niñas y adolescentes en situación de calle (Propuesta de atención especializada a niños, niñas y adolescentes con experiencia de vida en calle asociada al consumo de inhalantes)*. Documento de Trabajo (INABIF). Inédito.
- Guillén, C. (2019b), noviembre 28). *NNA de la calle: Carga disocial y Recuperación social*. [ponencia]. Encuentro Nacional de Directores y Coordinadores de CAR del INABIF, Arequipa, Perú.
- Guillén, C. (2023a). Familia, escuela y calle: la ecología para la acción socioeducativa con niños y adolescentes en riesgo social (Algunas consideraciones para un nuevo modelo de intervención social). En V. Ribeiro (Org.), *Sociologia: fenómenos formais e informais nas relacoes da sociedade* (pp. 40–60). Atena Editora.
- Guillén, C. (2023b). *Revisión teórica del modelo de atención a niños de la calle en el Perú*. [tesis de máster no publicada]. Universidad Internacional de La Rioja.
- Guillén, C. (2024). Niños, niñas y adolescentes que viven en la calle en Lima: algunos aportes para su definición y atención especializada. En A. Sousa (Org.), *Comprender la complejidad social: estudios interdisciplinarios en ciencias sociales aplicadas 2* (pp. 129–164). Atena Editora.
- Instituto Nacional de Bienestar Familiar (2000). *Diseño Metodológico de los Programas Sociales del INABIF*. INABIF.
- Instituto Nacional de Bienestar Familiar (2002). *Metodología de Atención Articulada desde un Enfoque de Enlace*. INABIF.
- Instituto Mundo Libre. (s/f). *La fuerza del amor*. Universidad de San Martín de Porres.
- Leavell, H. y Clark, E. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, Mc Graw–Hill Book Company.
- Le Fur, A. (1999). Una mirada epistemológica. En J. Grima y A. Le Fur, *¿Chicos de la calle o trabajo chico?* (pp. 25-47). Lumen Humanitas.
- Montes, J. (2008). Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: un estudio local. *Trabajo Social*, 75, 49–54.
- Olivar, A. (2005). Educación Social en el tratamiento de drogodependencias. *Revista peruana de drogodependencias*, 3(1), 159–186.
- Ordóñez, D. (1995a). Niños de la calle y consumo de inhalantes: problema multidimensional, intervención terapéutica multiaxial. *Psicoactiva*, 13, 17–32.
- Ordóñez, D. (1995b). *Niños de la calle y consumo de inhalantes: problema multidimensional, intervención terapéutica multiaxial*. CEDRO.
- Ríos, A. (1998). NACS, Sociedad y Psicología. En Nacimiento, J. & Ricote, C. (Coords.), *A la franca... buscando un nuevo paradigma sobre niños y adolescentes de la calle* (pp. 105–137). Hogar de Cristo y CESAL.
- Rojas, M. (2003). Patrones de uso de la marihuana. Análisis de la hipótesis de la escalada. *Revista peruana de drogodependencias*, 1(1), 91–111.

Santiago, L. y Pisco, G. (2003). Diagnóstico situacional, zona 03 (Centro de Lima). Documento de Trabajo (INABIF). Inédito.

Vara, A. (2001). *Informe estadístico del primer censo de los niños de la calle, Lima – 2001*. Asociación por la Defensa de las Minorías.

Voces para Latinoamérica. (s/f). Perfil de niños-as y adolescentes en situación de calle (Inhaladores). Lima (Perú). VLat.

Yaría, A. (1999). *Drogas, postmodernidad y redes sociales*. LUMEN.