

97



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0.29.31.23

REPRESENTACION SOCIAL DEL SIDA EN UN  
GRUPO DE VARONES ADOLESCENTES  
CONSIDERADOS COMO DE LA CALLE

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
PRESENTA  
ANEL HORTENSIA GOMEZ SAN LUIS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. FATIMA FLORES PALACIOS



MEXICO. D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIAS

A mi madre que con su presencia me ha saturado la vida de bendiciones y alegría y porque este trabajo ejemplifica que sus bendiciones siempre surten efecto

A mi padre, cuya fortaleza siempre he admirado.

A mis hermanos Armando, Esaú, Ana e Ivette por todos los momentos de convivencia familiar y por tanto cariño

A mis sobrinas Jocelyn, Areli, Alix, Brenda y en especial a Marai

A Lai por las canciones, los cuentos, los conciertos, los ángeles, las patinetas, el teatro, las fotos y los sueños

A Saúl porque desde que te conocí has estado en todo lo que hago y te has convertido en alguien muy importante para mi

A todos los niños y jóvenes que viven en la calle, por encarar la vida con tanta valentía y solidaridad. En especial a Francisco.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por brindarme las herramientas necesarias para lograr una formación profesional de calidad.

Al programa de alta exigencia académica (PAEA) por los recursos materiales y académicos que me facilitó durante toda la carrera.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) por el apoyo económico otorgado para la realización de esta tesis.

A ANICA A.C. por permitirme formar parte de su equipo y compartir la experiencia en campo.

A mis sinodales: Lic. Luz María Javiedes, Lic. Noemi Barragán, Dra. Luisa Rossi y Lic. Asunción Valenzuela por sus comentarios que tan certeramente cumplieron con el objetivo de enriquecer este trabajo

En especial a la Dra. Fátima Flores Palacios por aceptar dirigir esta tesis, por compartir sus conocimientos y tiempo y por su entusiasmo y compromiso al trabajo.

# REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL SIDA EN UN GRUPO DE VARONES ADOLESCENTES CONSIDERADOS COMO DE LA CALLE

## ÍNDICE

### RESUMEN

### INTRODUCCIÓN 1

### CAPÍTULO I VIH/SIDA

1.1 Historia	2
1.2 Definición	3
1.3 Características del VIH	3
1.4 Formas de transmisión	4
1.5 Formas en que no se transmite	5
1.6 Etapas de evolución del SIDA	5
1.7 Tratamiento del SIDA	6
1.8 Formas de prevención	9
1.9 Aspectos psicosociales	12
1.10 Derechos humanos de las personas con VIH-SIDA	16
1.11 Intervención de la psicología como profesión	19

### CAPÍTULO II. REPRESENTACIÓN SOCIAL

2.1 Antecedentes históricos	20
2.2 El concepto de representación social	21
2.3 Origen de las representaciones sociales	22
2.4 Formación y naturaleza social de las representaciones sociales	22
2.5 Condiciones de emergencia de una representación social	23
2.6 Mecanismos internos de la representación social	24
2.7 Estructura de las representaciones sociales	25
2.8 La función de las representaciones sociales	25
2.9 Diferencias y similitudes de la representación social con conceptos afines	26
2.10 Aspectos a considerar en el estudio de las representaciones sociales	27
2.11 Metodología de las representaciones sociales	28

2.12 Limitaciones de la teoría de representación social	30
<b>CAPÍTULO III ADOLESCENTES DE LA CALLE</b>	
3.1 Contexto histórico	32
3.2 ¿cuántos son?	33
3.3 Caracterización del adolescente de la calle	33
3.4 Definición	35
3.5 Dinámica de vida en la calle	35
<b>CAPÍTULO IV REPRESENTACIÓN SOCIAL, SIDA Y ADOLESCENTES DE LA CALLE</b>	38
<b>CAPÍTULO V MÉTODO</b>	
5.1 Planteamiento del problema	43
5.2 Justificación	43
5.3 Objetivo	44
5.4 Hipótesis	45
5.5 Variables	45
5.6 Muestra	45
5.7 Tipo de estudio	47
5.8 Instrumentos	47
5.9 Escenario	48
5.10 Procedimiento	48
5.11 Análisis de datos	49
<b>CAPÍTULO VI RESULTADOS</b>	
6.1 Análisis de contenido de las entrevistas individuales	50
6.2 Análisis de contenido de la primera sesión del grupo focal	56
6.3 Análisis de contenido de la segunda sesión del grupo focal	60
<b>CAPÍTULO VII DISCUSIÓN</b>	67
<b>CONCLUSIONES</b>	71
<b>REFERENCIAS</b>	75
<b>ANEXOS</b>	79

## RESUMEN

La presente investigación es un estudio de campo cuyo objetivo es conocer la representación social del SIDA en un grupo de adolescentes considerados como de la calle. La muestra estuvo conformada por 14 varones adolescentes de la calle cuyas edades fluctuaron entre 13 y 18 años. Para lograr el objetivo de esta investigación se utilizaron cuatro instrumentos, de los cuales uno es un fragmento de la historia de vida de una mujer con VIH, los tres instrumentos restantes son guiones de preguntas para realizarse en entrevistas individuales y en dos sesiones de un grupo focal. Con los instrumentos utilizados fue posible conocer el nivel de información del SIDA que poseen los adolescentes de la calle y algunos elementos del campo de representación y la actitud hacia el SIDA. Los resultados indican que la dimensión de la información está formada básicamente por el concepto del SIDA y sus formas de transmisión (principalmente sexual y sanguínea) y prevención (uso del condón). Se concluye que el nivel de información es aceptable y que en algunos casos sobrepasa las expectativas, sin embargo; éste no corresponde a las prácticas preventivas. En la dimensión del campo de representación no se observa una clara jerarquización de los elementos que lo componen, los participantes reportan elementos de diversa índole, es decir de tipo social (nadie los quiso), conductual (por meterse con gente que no conocen), biológico (es un virus), personal (no se supieron cuidar), etc. En la dimensión actitudinal, se encontró que ésta tiende a ser negativa; ya que se reporta que es una enfermedad que les causa miedo, es muy grave y contagiosa, mortal. Sin embargo en cuanto a la actitud hacia las personas con VIH-SIDA, ésta es positiva y se reporta que no se deben denigrar, sino darse ánimos y reflexionar, pasar momentos felices con la familia y la pareja, a decir de los adolescentes no tenemos derecho a humillarlos, le deben de rezar a dios.

## INTRODUCCION

El objetivo de esta tesis es conocer la representación social del SIDA en varones adolescentes de la calle, ya que el SIDA ha roto los límites de lo biológico para convertirse en una enfermedad social.

Es por ello que con el tema del SIDA se han desarrollado diversas investigaciones que ha abordado al fenómeno desde muy diversas disciplinas.

Así, la psicología siendo una de esas disciplinas; se ha convertido en una ciencia importantísima en la lucha contra el SIDA. Ya que desde sus diversas áreas ha hecho grandes aportaciones tales como dar terapia a pacientes seropositivos y a sus familias, diseñar e impartir pláticas y talleres sobre SIDA a diversas poblaciones, colaborar directamente en el diseño de las campañas preventivas o realizando investigación a diferentes niveles.

Esta tesis se inserta en el contexto de la investigación y toma como principal herramienta a la teoría de la representación social, la cual permite abordar el concepto del SIDA como un producto social; es decir, un conocimiento socialmente construido y compartido.

En concreto, la intención de este trabajo es conocer cómo un grupo de varones adolescentes de la calle ha construido el concepto de SIDA y cómo es que lo comparten y le dan sentido en su ambiente social.

Para lograr el objetivo de este trabajo fue necesario realizar una exhaustiva revisión de la literatura existente con respecto a la teoría de la representación social, el SIDA y los adolescentes de la calle. Así el capítulo uno de esta investigación consiste en una revisión general de lo que es el VIH-SIDA enfatizando su dimensión psicosocial, el capítulo dos abarca los aspectos teóricos y metodológicos de la teoría de la representación social, el tercer capítulo expone las características generales de los adolescentes de la calle e incluye una definición de la muestra participante en este estudio; en el capítulo cuatro se retoman y entrelazan los principales aspectos de los tres capítulos anteriores. El capítulo cinco abarca la estrategia metodológica empleada, en el capítulo seis se presentan los resultados y en el capítulo siete se realiza la discusión y conclusiones. Finalmente se incluye un apartado para las referencias y los anexos

## CAPÍTULO I VIH / SIDA

### 1.1 Historia

Los primeros casos aislados de enfermos con síntomas que después serían identificados como SIDA fueron registrados en los centros de investigación epidemiológica en Estados Unidos y algunos países europeos durante el año de 1981. Aunque se estima que probablemente desde 1976 o incluso antes se identificaron casos que pueden considerarse como antecedentes. Sin embargo, fue en 1982 que los investigadores reconocieron que se trataba de una enfermedad nueva con características propias repetitivas y cuya incidencia, además estaba asociada a ciertos grupos sociales que posteriormente serían identificados como grupos de "alto riesgo". Por ejemplo, el primer nombre que recibió la enfermedad, se asoció a las características de los primeros pacientes infectados designándola con las siglas GRID (Gay Related Inmunodeficiency) Inmunodeficiencia relacionada a la homosexualidad. Después de haberse conocido con varios nombres diversos, en julio de 1982 los participantes en una reunión de especialistas en Washington decidieron su nombre definitivo: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Aunque ya se reconocía su carácter infeccioso y el daño que causaba al sistema inmunológico, no fue sino hasta 1983 que el agente infeccioso del SIDA fue aislado e identificado como virus asociado a la Linfadenopatía (LAV) por el investigador Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, Francia. Un año después, el Dr. Robert Gallo de Estados Unidos repitió una vez más el aislamiento del virus causante del SIDA, esta vez identificándolo como virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). Para lograr unificar el nombre del agente causante del SIDA, la OMS propuso en 1986 designarlo como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el nombre con el que se conoce actualmente.

Enseguida, allá por 1981-82, la pregunta que surgió, desde luego, era ¿cuál es su origen? Sobre este tema se sigue discutiendo y existen diversas hipótesis, ninguna de ellas comprobada hasta la fecha. Sin embargo, se tienen informes de personas que murieron presentando un cuadro compatible con SIDA varios años atrás, cuando este síndrome era completamente desconocido, por ejemplo, en Zaire se reportó un suero positivo a las pruebas de Elisa y Western Blot que se mantenía congelado desde 1959 (Sepúlveda y Rico, 1989; citado en Orellan y González, 1991).

En cuanto al número de casos de personas con VIH-SIDA a nivel mundial, las cifras más conservadoras señalan que actualmente un mínimo de 38 millones de jóvenes y adultos se encuentran infectados, aunque cálculos más pesimistas sugieren que esta cifra podría alcanzar los 110 millones.

## 1.2 Definición

El conjunto de enfermedades derivadas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); las siglas quieren decir lo siguiente:

- Síndrome: quiere decir que cuenta con una serie de signos y síntomas específicos de la enfermedad.
- Inmuno: hace referencia al sistema inmunológico, el cual defiende al organismo y lo protege contra los agentes extraños.
- Deficiencia: indica que algo no funciona adecuadamente, (en este caso el sistema inmunológico).
- Adquirida: es decir, que lo podemos obtener sólo después de la fecundación; por lo tanto, no es hereditario.

## 1.3 Características del VIH

Como ya se mencionó, el SIDA es causado por el VIH, el cual pertenece a la familia de los retrovirus, esto quiere decir que necesita el material genético de las células invadidas y que invierte el proceso común de la reproducción celular (de allí lo retro).

En otras palabras, una célula o un virus común, se reproducen cuando su información genética (ADN) hace un "negativo" (ARN) y con éste se forman las proteínas para constituir la nueva célula. Un retrovirus por el contrario, tiene su información genética en "negativo" (ARN) y construye un nuevo virus empleando el ADN de la célula invadida.

El VIH se caracteriza por necesitar un organismo humano vivo para sobrevivir, requiere implantarse en una célula viva para poder reproducirse, es poco resistente fuera del organismo y es muy débil al ser expuesto ante agentes físicos y químicos, además necesita que la célula viva donde se implantó contenga receptores específicos para unirse a ellos y reproducirse (linfocitos T, macrófagos y algunas neuronas).

Los receptores específicos que necesita el VIH para poder reproducirse como los linfocitos T y los macrófagos se encuentran en el sistema inmunológico. Cuando un agente extraño o infeccioso penetra al organismo, el sistema inmunológico desarrolla una "memoria" en el material genético, plasmando el tipo de agresor y la manera de destruirlo; para que si vuelve a ponerse en contacto con él pueda utilizar la misma estrategia de defensa que la primera vez. Así, el VIH entra al organismo y se implanta dentro de la célula que necesita (linfocitos T, principalmente); plasma sus órdenes al material genético de la misma, alterando su funcionamiento; de ésta forma, el sistema inmunológico pierde su capacidad de defender al organismo contra infecciones o agentes externos, ya que el VIH resulta muy dañino para ciertas células de defensa (CD4).

#### 1.4 Formas de transmisión

Las tres formas mediante las cuales una persona puede infectarse con el VIH son las siguientes:

1. Transmisión sexual. Mediante relaciones sexuales sin protección (condón), entre una persona sana y otra portadora del VIH; donde haya intercambio de líquidos sexuales del hombre (líquido preeyaculatorio y semen) y de la mujer (secreciones vaginales y sangre en caso de estar menstruando). Cabe aclarar que el VIH se transmite independientemente de que la relación sexual sea entre hombre y hombre, hombre y mujer o mujer y mujer.
2. Transmisión sanguínea. A través de sangre y sus derivados infectados que entran a cualquier parte del cuerpo por medio de agujas, jeringas o material punzo cortante contaminado por el VIH, o por órganos transplantados de una persona infectada a una sana.
3. Transmisión perinatal. Durante el embarazo, parto y/o en la lactancia de una madre infectada por VIH transmitiéndoselo a su hijo, ya sea por vía placenta cuando está in útero, durante el parto, o bien, a través de la leche materna. (CONAPO, 1994).

Sea cual sea la forma de contagio, el VIH entra al organismo del ser humano a través de una cadena de transmisión en la cual el VIH entra a las células específicas del organismo, en esta etapa la persona es fuente infectante ya que porta el virus en su sangre, semen/secreciones

vaginales, y en la leche materna; cuando estos líquidos corporales salen a través de una herida o lesión en la piel o mucosas, por la vagina o el orificio del pene y entran a otro organismo, pueden infectarlo también.

### 1.5 Formas en que no se transmite

Por todo lo anteriormente explicado, debe quedar claro que el VIH requiere de un medio específico para sobrevivir y reproducirse; por lo cual el VIH no se transmite mediante saliva, lágrimas, orina, sudor, estornudos, excremento, baños, albercas, ropa, utensilios de cocina, etc.

### 1.6 Etapas de evolución del SIDA

Una vez que el VIH se ha implantado en el organismo, atraviesa por diferentes etapas que a continuación se describen.

1. Transmisión del VIH. En esta etapa el organismo infectado con el VIH presenta un periodo conocido como ventana ciega, durante el cual a pesar de que el VIH ya se encuentra en la sangre no es revelado por la prueba de detección; esto se debe a que es necesario que transcurra un periodo aproximado de tres meses de que se infectó con el VIH para que resulte positivo el análisis.

2. Etapa asintomática. Comprende el tiempo transcurrido desde la adquisición del VIH hasta la aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad, (este periodo puede durar meses o años). Cabe mencionar que si una persona portadora del VIH se realiza la prueba de detección del virus (Elisa o Western blot) en esta etapa, obtendrá un resultado positivo.

3. Complejo relacionado con el SIDA. Se refiere a las primeras manifestaciones de la enfermedad, en donde la persona puede presentar síntomas y signos como los siguientes:

- Mareos, fatiga, dolores de cabeza o malestares en diferentes partes del cuerpo
- Ganglios inflamados en cuello, axilas o ingles por más de un mes
- Tos persistente no relacionada a fumar o gripe
- Fiebre, escalofríos o sudores nocturnos sin explicación por más de un mes
- Diarrea continua por más de un mes, sin causa identificada
- Pérdida del 10% del peso corporal habitual que no se deba a dieta
- Manchas rosadas o púrpuras, planas o elevadas en la piel, boca, nariz, párpados o recto que no desaparezcan con el tiempo.

Generalmente son más duras que la piel. (Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA A.C. en información básica sobre SIDA)

4. SIDA. En esta etapa se desarrolla un síndrome de desgaste físico severo, en algunas ocasiones demencia, cánceres como el sarcoma de Kaposi o linfoma no Hodgkin o alguna infección oportunista. Finalmente la persona muere como consecuencia del deterioro total del sistema inmunológico causado por el VIH. (Alanis y Cols. 1988; citado en Marin, 1993).

## 1.7 Tratamiento del SIDA

Aún cuando todavía no se ha encontrado una vacuna o tratamiento eficaz contra el SIDA, la infección se combate con dos tipos de medicamentos: sustancias antivíricas que interfieren con la replicación continua del VIH, y medicamentos contra los cánceres y las infecciones oportunistas. Una de las primeras sustancias empleadas contra el VIH fue la zidovudina, también llamada AZT, que se usa sola o en combinación con otros medicamentos; sin embargo en algunos pacientes ha provocado efectos tóxicos, mientras que en otros se desarrolla resistencia contra ese medicamento haciéndolo ineficaz. Otros medicamentos que se utilizan son la Didanosina (ddI), Zalcitabina (HIVID o ddC), Lamivudina (3TC o Epivir), Indinavir (Crixivan), Saquinavir (Invirase) y Rotonavir (Norvir). En 1996, surgen los inhibidores de la proteasa, medicamentos que prometen eliminar el virus hasta concentraciones indetectables por los procedimientos actuales. El tratamiento de las infecciones oportunistas y del sarcoma de Kaposi u otros cánceres varía de acuerdo con la infección o tipo de cáncer de que se trate.

Los tratamientos más efectivos son combinaciones terapéuticas de tres antivirales, pero estos tan sólo en 1988 tenían un costo de entre 12.000 y 18.000 dólares por persona al año en Estados Unidos.

Por tal motivo, la mayoría de las personas que viven con VIH-SIDA en países subdesarrollados como México, sólo tendrán acceso a tratamientos antibióticos para combatir las infecciones ligadas al VIH y algunos analgésicos durante las últimas etapas de la enfermedad.

A continuación se presenta una lista publicada por el UNICEF (1998) de los medicamentos genéricos de afecciones comunes sufridas por las personas que viven con VIH- SIDA

Tabla 1

Medicamentos genéricos de afecciones que padecen las personas con VIH-SIDA

INDICACIÓN CUIDADO PALIATIVO (Tratamiento médico que al menos reduce los síntomas obvios y el sufrimiento de los pacientes)	MEDICAMENTO
Alergia, ansiedad, prurito	Antihistamínicos Prometazina inyectada Prometazina en suspensión Clorfeniramina en tabletas Clorfeniramina inyectada
Ansiedad, convulsiones	Diazepán oral Diazepán inyectado
Convulsiones	Valproato de sodio en tabletas
Depresión	Antidepresivos Amitriptilina en tabletas
Diarrea	Loperamida en tabletas
Abuso de drogas	Metadona en tabletas
Epilepsia, convulsiones	Carbamazepina en tabletas
Hipersecreción	Anticolinérgicos Sulfato de atropina en tabletas Sulfato de atropina inyectado
Erupción pruriginosa de la piel	Loción de calamina
Nausea	Metoclopramida en tabletas Metoclopramida inyectada
Dolor, tos, diarrea	Codeína en tabletas
Ansiedad fuerte, psicosis, hipo intratable	Neurolépticos Clorpromazina en tabletas
Dolor agudo	Petidina inyectada Petidina en tabletas
Dolor agudo	Solución de morfina, 10 mg/5 ml Morfina inyectada, 10 mg/ml en ampollas

(UNICEF,1998)

Además del tratamiento médico, está el tratamiento psicológico y a pesar de que en la actualidad se desconoce la razón por la cual algunas personas desarrollan SIDA y otras no, y por qué en algunos pacientes el síndrome conduce más rápidamente a la muerte; Leserman "et al." (1999), afirman que un mayor grado de estrés y un menor soporte social, aceleran la progresión del VIH, aunado a esto; se han detectado algunas similitudes entre las personas que logran vivir más tiempo. Dichas similitudes pueden ser englobadas en los siguientes puntos:

- Rompen la igualdad SIDA muerte, y esto es más creíble a medida que aparecen nuevos tratamientos
- Tienen voluntad de vivir, tienen la firme convicción de que es posible vivir bien y no sólo sobrevivir
- Aceptan la realidad, toman conciencia de su enfermedad y la aceptan, lo cual les permite enfrentarla adecuadamente
- Se saben vivos y se sienten vivos, tienen un fuerte sentido de permanencia
- Tienen objetivos, reconocen la oportunidad de realizar cosas que siempre habían deseado
- Adquieren el compromiso de disfrutar lo más posible, de conservar muy en alto la autoestima.
- Tienen una alimentación adecuada que planean conjuntamente con el médico
- Rediseñan sus actividades y adoptan un estilo de vida más tranquilo y relajado
- Se encuentran en comunicación permanente y colaboración activa con su médico
- Se mantienen informados acerca de los nuevos medicamentos y tratamientos y los lugares donde se pueden obtener
- Toman sus medicamentos oportunamente y sin falta
- Continúan con su vida sexual de manera responsable, cuidándose y protegiendo a la pareja con la práctica del sexo seguro
- Viven sin sentimientos de culpa
- Se involucran en la lucha contra el SIDA con las organizaciones que se dedican a ello
- Hablan de su enfermedad con familiares, amigos, la pareja o en el seno de un grupo de autoapoyo; ya que con ello liberan angustias y

conservan o recuperan la tranquilidad

- Asumen una forma positiva de pensar
- Tienen fuerza de voluntad para cambiar sus hábitos perjudiciales
- Hacen ejercicio y duermen lo suficiente
- Continúan con sus relaciones afectivas, saben dar y recibir amor
- Conservan el buen humor y la paz espiritual (Murillo, 1998).

### 1.8 Formas de prevención

Ya se han descrito las formas de contagio del VIH (sanguínea, sexual y perinatal) así mismo, existen medidas de prevención para cada forma de contagio.

La prevención de VIH por contagio sanguíneo consiste en utilizar jeringas desechables o esterilizadas, en caso de donar sangre o recibir una transfusión sanguínea asegurarse de que esa sangre no esté contaminada con el VIH verificando que tenga el sello de la secretaría de salud al igual que en caso de trasplantes o injertos asegurarse de que los instrumentos punzo cortantes hayan sido lo suficientemente esterilizados cuando su uso es frecuente y en diversas personas.

La prevención de contagio por vía sexual consiste en la abstinencia o bien, tener relaciones sólo con una pareja en la que se sean mutuamente fieles, en caso de tener relaciones ocasionales o con parejas múltiples evitar el intercambio de líquidos corporales (semen, secreciones vaginales) y utilizar el condón en forma consistente y adecuada.

A nivel perinatal, las medidas de prevención son que toda mujer con VIH se abstenga de embarazarse, es recomendable que las mujeres que han tenido prácticas de riesgo se realicen la prueba de detección de VIH antes de embarazarse.

En otro nivel, se encuentran los programas de prevención de VIH-SIDA diseñados a alguna población particular; en el caso de los programas dirigidos a adolescentes es sumamente importante considerar los siguientes aspectos:

- Involucrar a los jóvenes. Es decir, averiguar lo que piensan, sus necesidades y problemas y qué se está haciendo ya; todo esto con el propósito de que los programas estén basados en temas, creencias y necesidad de información y habilidades específicos, identificados por los propios jóvenes.
- Habilidades, actitudes e información. Contar con un espacio donde

puedan externar todas sus dudas, encontrar información y apoyo y adquirir habilidades para tomar decisiones certeras.

- Acceso a servicios. Contar con clínicas donde los adolescentes puedan recibir atención y hablar con profesionales comprensivos y con conocimientos
- Ambiente de apoyo. Es importante explorar las preocupaciones y puntos de vista de los padres, y de los líderes comunitarios o religiosos y ganar su apoyo para programas dirigidos hacia los jóvenes (Filgueiras, 1995).

Por otro lado, en los programas de prevención de VIH dirigidos a adolescentes; por lo general queda contemplada alguna sesión o taller sobre el uso del condón, ya que los estudios demuestran que el uso correcto y consistente de condones masculinos de látex provee un alto grado de protección contra el VIH y otras ETS.

Consistente quiere decir usar un condón cada vez que se tiene una relación sexual (100% de las veces), sin excepciones.

Correcto implica los siguientes pasos:

- Tener cuidado al abrir el empaque, porque los dientes o las uñas pueden romper el condón. Usar solamente lubricantes a base de agua, ya que los lubricantes a base de aceite, como vaselina o cremas, dañan los condones. Guardar los condones en un lugar fresco y seco, usarlos antes de la fecha de caducidad y no utilizarlos si están pegajosos, quebradizos, decolorados o rotos.
- Colocarse el condón una vez que el pene está erecto y antes de que tenga contacto con alguna parte de la boca, ano o vagina del compañero o la compañera. Si el pene no está circuncidado, es necesario retraer el prepucio antes de ponerse el condón.
- Presionar la punta del condón (receptáculo), de tal manera que no quede aire atrapado dentro. Es necesario dejar lugar para el semen. Desenrollar el condón hasta la base del pene.
- En caso de que el condón se rompa o salga durante la relación sexual, es necesario detenerse y ponerse uno nuevo, siguiendo las instrucciones.
- Después de eyacular, retirarse del compañero o la compañera antes de que el pene se ponga flácido. Mantener el condón en el pene al retirarse para evitar que el semen se derrame y desecharlo (no reutilizarlo). (Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención DCD de Atlanta, GA, Estados Unidos, 1998).

Conocer la forma correcta de usar el condón no es suficiente, además es necesario enseñar a l@s adolescentes habilidades tales como hablar con la compañera o compañero sobre el uso del condón o cómo negarse a tener relaciones sexuales si la pareja no acepta usarlo.

Por todo lo anterior, queda claro que la prevención de la infección por VIH es una tarea prioritaria no sólo a nivel nacional, sino mundial. Sin embargo, debido a los recientes avances en el área de la terapéutica antiviral, se corre el riesgo de hacer más hincapié en el tratamiento que en la prevención. Es por ello que el instituto de investigación en SIDA de la universidad de California en San Francisco realizó del 17 al 20 de abril de 1998 una reunión internacional de expertos en SIDA. Los asistentes a la reunión se fijaron como principales objetivos el realizar una lista de intervenciones preventivas cuya eficacia está científicamente demostrada, y elaborar una lista de interrogantes que aún existen acerca de la prevención del VIH y que deben dar origen a futuras investigaciones. A continuación se presentan ambas listas:

### *¿Qué previene la infección por VIH?*

1. Educación e información pública
2. Acceso sin riesgos a consejería y pruebas de detección, incluyendo el fácil acceso para poblaciones de alto riesgo (por ejemplo población callejera)
3. Cambio de comportamiento, intervenciones individuales, a parejas, grupos y comunidades
4. Programas institucionales como educación sexual en las escuelas, programas en reclusorios, programas en bares
5. Movilización comunitaria y educación de pares
6. Mercadeo social de condones, comportamiento y políticas
7. Cambio en leyes y políticas: acceso a condones, agujas/jeringas y servicios médicos
8. Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, de la farmacodependencia, fármacos antirretrovirales para reducir la transmisión vertical, profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas para prevenir la progresión de la enfermedad.
9. Programas de sangre segura que incluyan donación voluntaria y autoexclusión, pruebas de detección del VIH en toda unidad de sangre o derivados

### *Prioridades de investigación*

1. ¿cómo prevenir el VIH entre los jóvenes? hacer hincapié en las

mujeres jóvenes y los adolescentes.

2. ¿cómo estimular el cambio de políticas públicas? Mercadeo social, disminuir el estigma, aumentar el acceso a servicios
3. ¿cómo mejorar el estatus de las mujeres? Aumentar sus oportunidades educativas y económicas
4. Intervenciones estructurales. Movilización comunitaria, oportunidades educativas, manejo de otras enfermedades
5. Microbicidas
6. ¿cómo mejorar estrategias que reducen la transmisión perinatal? Nutrición, lavado vaginal, antirretrovirales
7. Enfoque a las personas que viven con VIH. ¿cómo ayudar a que las personas con VIH no lo transmitan a otros?, ¿cuál es el impacto de la terapia antirretroviral en la prevención?, ¿resulta en la transmisión de cepas multirresistentes?
8. Estudios de costo-eficacia ¿qué estrategias darán los mejores resultados?
9. Planificación comunitaria en un contexto internacional
10. La necesidad de vigilancia centinela del comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual y VIH (Del Río, 1998).

### 1.9 Aspectos psicosociales

El SIDA no sólo afecta al paciente y a sus familiares y amigos sino que ha demostrado tener efectos significantes sobre toda la sociedad. Existen diversos aspectos sociales relacionados con el SIDA, y en general se puede decir que han sido poco estudiados; por lo tanto mucho de lo que se puede decir al respecto son deducciones o inferencias que deberán ser analizadas y puestas a prueba a la par de las investigaciones empíricas que se realicen. Sin embargo, hace ya tiempo; para precisar en 1987, el comisionado de salud de la ciudad de Nueva York dijo claramente: "ya no podemos pensar en el SIDA solamente como un problema de salud pública; debemos comenzar a considerarlo un fenómeno social" (New York Times, 1987). Ciertamente, es necesario tomar en cuenta la dimensión social y considerar los aspectos económicos, socioculturales, educativos y políticos en la prevención y atención del SIDA. Lo anterior implica que se debe tomar en cuenta el contexto social de los diferentes grupos, ya que cada uno de ellos vive en una sociedad históricamente determinada; por lo cual, tienen un modo de vida particular y poseen

determinados patrones culturales y expectativas que determinan sus conductas y relaciones sociales.

Algunos de los efectos psicosociales del SIDA son el prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento hacia las personas seropositivas o que han desarrollado SIDA. A continuación se definen estos términos.

- Prejuicio. Se refiere a una actitud hostil que contiene opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros grupos y sus integrantes. Entre las posibles causas del prejuicio están el temor y el "instinto de conservación". Se puede decir que la técnica final del prejuicio es la del chivo emisario, en donde la culpa de los problemas es adjudicada al exogrupo. Young, (1969; citado en Cárdenas, 1990) distingue tres tipos entre los que usan el chivo emisario:
  1. El compulsivo, que siente que otras personas lo amenazan, que suele tener una acumulación de frustraciones que se alivian a través de este tipo particular de respuesta o con un empobrecimiento o limitación de las válvulas de escape intelectuales y emocionales
  2. El Conformista, que tiende a seguir las convenciones de intolerancia y discriminación para no perder su status
  3. El calculador, demagogo y agitador que usa al chivo emisario como medio para alcanzar determinada posición

Además de esto, el prejuicio es también una proyección sobre los demás de las tendencias inaceptables en uno mismo.

- Estigma. El cual ha sido definido por Goffman (1970) como aquella persona en la que se hace evidente la posesión de un atributo profundamente desacreditador y de un estereotipo que la hace diferente del grupo con el que interactúa y la devalúa ante los ojos de los demás. Llevado al extremo, sería una persona que es considerada terriblemente "mala", "peligrosa" o "débil". Por lo tanto no es susceptible de tratamiento y si probablemente de castigo; la asignación de un estigma no es fácil de quitarse ya que está ligado a la identidad. Se han distinguido tres clases de estigmas:
  1. Incluye a las personas que padecen enfermedades físicas o deformidades.
  2. Contempla a quienes tienen falta de voluntad, presentan conductas antinaturales o perversas y se dejan llevar por sus pasiones.

3. Aquí, la estigmatización es asociada a una raza, religión o nación.

Quienes tienen el VIH o han desarrollado SIDA son estigmatizados por pertenecer al primer grupo y en muchos casos al segundo, por su condición de homosexuales, drogadictos, callejeros, entre otros.

- **Pánico.** Se refiere a un estado emocional que se produce como consecuencia de la falta de información sobre alguna situación que atemoriza o es incomprensible, o bien por una desmedida abundancia de noticias que se manifiestan en acciones impulsivas (Sherkovin, 1985; citado en Orellan y González, 1991).
- **Hostigamiento.** Se refiere al trato discriminatorio con expresiones de desprecio que insultan, incomodan y humillan a quienes las reciben, frecuentemente incluye ataques físicos.

Estos fenómenos sociales que ocurren con relación al SIDA tienen diversas explicaciones:

- El SIDA se relaciona directamente con la sexualidad, la cual aún en nuestros días sigue siendo un tema tabú para ciertos sectores de la población mundial.
- El SIDA está cargado de morbo debido a que el VIH es sexualmente transmisible y por lo tanto es asociado con una vida sexual desordenada e incluso anormal (homosexualidad, prostitución, vivir en la calle).
- Culturalmente hablando, existe un marcado rechazo hacia los líquidos corporales (sangre, sudor, semen, orina, saliva) por considerarlos contaminantes; y efectivamente, la sangre y el semen son modos de transmisión del VIH.

Ante la aparición de una nueva enfermedad como es el SIDA, los grupos sociales buscan una explicación y es precisamente en el entramado cultural donde se gesta esa explicación. Así, cierta persona lejos de depositar el mal en el endogrupo, lo deposita en el exogrupo; tal vez porque al depositar el mal en los otros, esa persona se ve liberada automáticamente de responsabilidad y de la posible adquisición del virus.

Sin embargo, no hay que olvidar a quienes viven la otra parte de la historia; es decir, a quienes viven con VIH-SIDA. Estas personas al poseer un estigma que antes no tenían y al pertenecer a un grupo al que antes no pertenecían, se dan cuenta de que son seres humanos como los otros; con valores, deseos y aspiraciones similares (Goffman, 1970).

El SIDA también implica aspectos morales. Por un lado, los simpatizantes de una moral conservadora postulan que el SIDA es el resultado de las "prácticas sexuales anormales"; así, cuando el síndrome se concibe como un "castigo divino" los seropositivos experimentan sentimientos de culpa por haber llevado una vida sexualmente activa o simplemente por que "algo habrán hecho para merecer el castigo". Por otro lado, la moral liberal lucha por el respeto de los derechos humanos de quienes son portadores del VIH y contra los prejuicios, estigmatización, pánico y hostigamiento hacia la enfermedad y sus víctimas.

Además, es importante recordar que las enfermedades infecciosas como el SIDA no se presentan en la población indiscriminadamente, existen factores demográficos, sociales y culturales que influyen en su distribución relacionados con los niveles socioeconómicos y la forma de vida de las personas.

Una prueba de esto es el creciente número de personas infectadas con el VIH que se correlaciona en forma elevada con altos niveles de pobreza, bajos niveles socioeconómicos y educativos, hacinamiento poblacional en zonas urbanas deterioradas, carencia de o escasos servicios sociales urbanos, etc. Características todas vinculadas con frecuencia a la drogadicción, la prostitución, la vida en la calle y otros comportamientos socialmente considerados como anormales o criminales.

El problema inicial con el SIDA fue que se identificó como una enfermedad de una minoría (varones homosexuales) que no tenía por que afectar a la mayoría que llevaba una vida sexual "normal".

Desafortunadamente el SIDA no es una enfermedad más de transmisión sexual que pueda curarse con algunos medicamentos ya probados, sino que se trata de una infección incurable que lleva irremediablemente a la muerte. Socialmente se vive un proceso de negación en donde las personas no se perciben bajo riesgo, lo cual hace sumamente difícil que cambien su estilo de vida para disminuir el riesgo de contagiarse con el VIH. El hecho de que una de las formas de contagio con el virus sea sexual, lo convierte en una enfermedad de morbo explotable para los medios escandalosos quienes desde un principio han jugado un papel fundamental en informar masivamente acerca del VIH-SIDA y todos los aspectos con los que se relaciona. Además, ciertos sectores de la sociedad actualmente todavía acusan a

ciertas minorías marginadas de propagar el SIDA. Lo anterior sólo procede de la ignorancia social y de un sentimiento de vergüenza y autorrepresión inspirado por el entorno cultural.

Sin embargo en los diversos fenómenos sociales que acompañan al VIH-SIDA no todo ha sido negativo, no hay que olvidarnos de la movilización social que se ha generado en torno al SIDA y que se ha manifestado por medio del apoyo a los seropositivos y sus familias, el establecimiento de grupos de información sobre el VIH- SIDA, la defensa de los derechos humanos de los portadores del virus, la creación de servicios de salud en general, etc. Todo esto es evidencia de los lazos de solidaridad entre los miembros de la sociedad civil, que luchan por detener la propagación del virus y por defender la salud y dignidad de las personas con VIH-SIDA.

En este contexto, ha sido fundamental el trabajo de las organizaciones no gubernamentales; quienes por lo general tienen objetivos muy precisos y restringidos, por lo que frecuentemente establecen entre ellas canales de comunicación que les permiten conocer el trabajo que realizan e intercambiar experiencias. El trabajo de las organizaciones no gubernamentales abarca diversos aspectos, algunas se dedican a dar educación sobre sexualidad y prevención; otras proporcionan información a través de publicaciones; las hay dedicadas a proporcionar atención médica y psicológica, a la defensa de los derechos humanos de quienes viven con el VIH-SIDA, algunas más realizan la prueba de detección, otras proporcionan atención a niños, mientras que otras atiende a mujeres, grupos de homosexuales, sexoservidoras, personas que viven en reclusorios o en la calle (Murillo, 1997).

### 1.10 Derechos humanos de las personas con VIH-SIDA

Los derechos humanos son aquellos que poseemos cada hombre y mujer por el hecho de serlo, mismos que nos pertenecen desde el instante en que se nos detecta vida (incluso antes de nacer).

Las personas que viven con VIH/SIDA, no pierden ninguno de sus derechos de ser humano, por el hecho de haber contraído el virus, además si consideramos al SIDA como un problema de salud pública, es responsabilidad de todos (sociedad en general y el Estado) evitar su propagación.

El Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud

estipulado en el "artículo 4o de nuestra constitución política, que se refiere esencialmente a la cobertura y acceso de los servicios de salud a todo ciudadano" (en este sentido abarca los derechos del enfermo hospitalizado y no hospitalizado).

El Estado debe proporcionar los recursos necesarios a las instituciones de salud (instrumental médico, medicinas y personal capacitado) para evitar la propagación de cualquier enfermedad.

Sin embargo, es importante reflexionar sobre la situación desprotegida en que se encuentran las personas que han contraído el VIH o que han desarrollado el SIDA, tanto las derechohabientes a un servicio de salud, como las que no lo son; como en el caso de la mayor parte de la población en situación de calle, Ya que a ambas se les viola el derecho a la salud.

El momento social e histórico tiene una estrecha relación con el respeto a los derechos humanos, el principio básico de éstos últimos es la igualdad ante la ley; en el caso de las personas con VIH/SIDA, los derechos humanos fundamentales están en peligro de quebrantarse.

Un claro ejemplo de esto es la violación a la dignidad humana que con mayor frecuencia se ejerce sobre las personas infectadas con VIH o con SIDA, y que muy probablemente se incrementa en el caso de la población callejera, además de la discriminación y el maltrato, las personas con VIH/SIDA frecuentemente se enfrentan a la violación de sus derechos humanos como en los siguientes casos:

- Negación de la internación aún en casos graves, con argumentos tales como: "va a infectar a todos los demás pacientes", "no tenemos cuartos aislados" (particularmente en casos de urgencia).
- Negación a la atención médica integral: no se hacen cargo del enfermo y no asumen la responsabilidad de canalizarlo a donde pueda recibir la atención adecuada.
- Negación en asistencia de limpieza, excretas, alimentación y suministro de tratamientos.
- Negación de diagnóstico e información a pacientes y familiares.
- Violación de confidencialidad de la información (comentando a patrones y vecinas que una determinada persona tiene VIH o SIDA)
- Ofensas graves a la dignidad e intimidad, con comentarios faltos de ética tales como: "usted se lo buscó, ahora de que se queja", "esto les pasa por degenerados y pervertidos", "ojalá se mueran todos", etc.
- Negación de servicios médicos de especialidad o intervenciones

quirúrgicas argumentando: "total, igual se va a morir".

Por lo anterior es importante que las personas que han adquirido el VIH o han desarrollado SIDA conozcan sus derechos fundamentales y se dirijan a las instancias correspondientes para hacerlos valer. La Comisión Nacional de Derechos Humanos considera que los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA en México son los siguientes:

- La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
- No están obligados a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que viven con VIH o que han desarrollado SIDA
- Si de manera voluntaria deciden someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH, tienen derecho a que ésta sea realizada de forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción
- En ningún caso pueden ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social, o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA
- No podrá restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional
- Si desean contraer matrimonio, no podrán ser obligados a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH
- Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad protegida o sexo seguro
- Cuando soliciten empleo, no podrán ser obligados a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH
- Si viven con VIH o han desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que sean suspendidos o despedidos de su empleo
- No se les puede privar el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas
- Tienen derecho a asociarse libremente con otras personas o a afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA
- Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de transmisión de VIH y las formas de prevención
- Si viven con VIH o han desarrollado SIDA, tienen derecho a recibir

información sobre la enfermedad, sus consecuencias y tratamientos a los que pueden someterse

- Tienen derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida
- Tienen derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial
- Tienen derecho a una muerte y servicios funerales dignos (Aguilar, 2000)

### 1.11 Intervención de la psicología como profesión

Según Bayés (1994), la intervención a nivel psicológico; tanto en un contexto clínico como de investigación se justifica a partir de los siguientes aspectos:

- Tomando en cuenta que el SIDA es incurable y que aún no existe alguna vacuna que lo prevenga, la principal forma de evitar que cada día más personas contraigan el virus es logrando que las mismas cambien sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención. Y cambiar comportamientos es una de las principales metas de la intervención psicológica.
- La adquisición del VIH supone un terrible impacto emocional, por su parte la intervención psicológica pretende atenuar el impacto emocional y de esta forma ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas seropositivas y enfermos de SIDA, y de quienes los rodean.
- Quienes tienen VIH o han desarrollado SIDA, frecuentemente son marginados y estigmatizados, lo cual incrementa su sufrimiento; por ello es urgente afinar los instrumentos de análisis e intervención psicosocial.

## CAPÍTULO II. REPRESENTACIÓN SOCIAL

### 2.1 Antecedentes Históricos

Durkheim, insistía tanto como Wundt en que no se podía reducir los fenómenos colectivos al nivel del individuo. Insistía en que los hechos sociales no pueden ser explicados en términos de la psicología individual. Durkheim insistía en la existencia de una realidad social independiente de la psicología del individuo y siempre pensó que para estudiar las representaciones sociales se debe ir más allá de la psicología del individuo (Farr, 1983).

Para Durkheim las representaciones colectivas se imponen a las personas con una fuerza verdaderamente constrictiva, ya que parecen poseer ante sus ojos, la misma objetividad de las cosas naturales (Ibáñez, 1988).

Es precisamente el sociólogo Emile Durkheim quien acuña el término de representaciones colectivas; haciendo énfasis en que la psicología debía ocuparse de fenómenos sociales como la ideología, la ciencia y el mito, desde una perspectiva diferente a la de la psicología individual.

Sin embargo, surgieron algunos argumentos que se oponían al concepto de representaciones colectivas; Ibáñez (1988) menciona que se consideró a la noción de representación como sociologizante, debido a que el enfoque individualista consideraba que el objeto de estudio de la psicología es la conducta, y ésta es individual. Por otro lado, los científicos asociaron la representación con el concepto de actitud, y dudaron que la primera pudiera aportar algo más que la segunda. En tercer lugar, la división de trabajo entre la psicología y la sociología como disciplinas fue un factor que contribuyó a que la discusión se olvidara.

En 1961 Serge Moscovici introduce el término de representación social a través de su libro: "El psicoanálisis su imagen y su público" (Moscovici, 1961).

Ibáñez (1988) menciona las principales razones que considera obstaculizaron la investigación de las representaciones sociales, en primer lugar; la influencia ejercida por el psicologismo, ya que gran parte de la psicología social sigue privilegiando hoy en día el estudio de los procesos individuales y sigue considerando a la parte social como un mero "valor agregado" a los mecanismos psicológicos de

naturaleza individual, por otro lado; en Estados Unidos se considera que los trabajos de origen Europeo caen fácilmente en el *verbalismo* y que pueden ser sólo ejercicios de virtualismo especulativo poco relacionado con la realidad. Además, muchos psicólogos sociales utilizan el concepto de actitud para acercarse al concepto de representación social (anclaje), y adoptan una postura escéptica ante la posibilidad de que éste último término constituya algo más que una reformulación básicamente terminológica del concepto de actitud. Sin embargo, "a partir de los últimos años de la década de los setenta, las representaciones sociales han entrado en una dinámica de estudio abriéndose de esta forma a un nuevo periodo de su historia" (Ibáñez, 1988).

## 2.2 El concepto de representación social

La representación social esta delineada por un contenido, el cual esta formado por imágenes, opiniones, informaciones, etc. Este contenido se refiere a un objeto: un evento económico, un descubrimiento científico, un hecho político, un fenómeno social, etc. La representación de este objeto es creada por un sujeto (grupo, clase social) con respecto a otro sujeto.

Jodelet (1988) define las representaciones sociales como:

*"Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos".p. 472*

Jodelet (1988) menciona las características fundamentales de la representación. La primera característica es que siempre es la representación de un objeto, es decir; toda representación social es representación de algo: un acontecimiento, un personaje social, el SIDA, etc. La segunda característica es que tiene un carácter de imagen, haciendo referencia no a una copia; sino a un cúmulo de rasgos de carácter concreto y posee la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. En tercer lugar, tiene un carácter simbólico y significante; en cuarto lugar, tiene un carácter constructivo ya que siempre hay construcción y reconstrucción en el acto de la representación y por último, tiene un carácter autónomo y creativo.

### 2.3 Origen de las representaciones sociales

Se puede decir que las representaciones sociales tienen su origen en la cultura en la cual un determinado grupo social se encuentra inserto, son los elementos culturales comunes los que circulan dentro del grupo en forma de creencias, valores, referencias históricas, económicas y culturales los que conforman la llamada memoria colectiva de una sociedad (Ibáñez, 1988).

Para Farr (1988), el lenguaje eleva la comunicación al nivel simbólico; así, cuando quien habla y quien escucha comparten el mismo significado; el lenguaje permite tanto "representar" un objeto no visible o ausente, como evocar situaciones pasadas o futuras, liberando así las relaciones humanas de las limitaciones del espacio-tiempo como ocurre con otras especies.

En este contexto, las prácticas sociales y en particular las diversas modalidades de comunicación social originan la construcción de las representaciones sociales (Ibáñez, 1988). Aquí, el papel que juegan los medios masivos de comunicación (radio, televisión, revistas, etc.) y la comunicación interpersonal (conversaciones cotidianas) son determinantes en la construcción de las representaciones sociales.

Entonces, con lo anterior queda claro que la situación social, económica, política e histórica de un grupo o de una persona va a determinar la construcción y el contenido de sus representaciones sociales.

### 2.4 Formación y naturaleza social de las representaciones sociales

La formación de las representaciones sociales está determinada por las condiciones económicas, sociales e históricas de los sujetos (individuo, grupo, clase social); la propia dinámica de las representaciones sociales, de sus mecanismos internos de formación, del anclaje y la objetivación; y la práctica discursiva, ya sea en la comunicación social o en el plano interpersonal. Ya que es a través de estas prácticas que circulan valores, conocimientos, creencias, etc. Las representaciones sociales son diferentes por que las distintas inserciones sociales propician que se incurse en ciertos ambientes conversacionales y no en otros, esto explica, en parte, su diversidad (Jodelet, 1988).

Ibáñez (1988) menciona las razones que existen para explicar el

calificativo de social que acompaña a las representaciones. Por una parte en la medida en que crean una visión compartida de la realidad, las representaciones sociales posibilitan el proceso de las conversaciones cotidianas. Así, las representaciones sociales no solamente tienen unas condiciones de producción que son de naturaleza social, sino que constituyen a la vez condiciones de producción de ciertos fenómenos sociales. Por otro lado las representaciones son sociales sencillamente por que son "colectivas"; es decir, que son compartidas por un conjunto más o menos amplio de personas. Finalmente, el papel que desempeñan las representaciones sociales en la configuración de los grupos sociales, y principalmente en la formación de su identidad, las colocan en el lugar de los fenómenos sociales.

Lo social es una propiedad que se imprime en determinados objetos con base en la naturaleza de la relación que se establece con ellos, y es precisamente la naturaleza de esa relación la que es definitoria en lo social (Ibáñez, 1988).

## 2.5 Condiciones de emergencia de una representación social

Se han considerado tres condiciones de emergencia de una representación social, por un lado esta la *dispersión y desfase de la información*, es decir, en el ambiente social el sujeto está expuesto a toda clase de informaciones, las cuales se le presentan de manera dispersa por lo que el sujeto se ve obligado a integrarlas y procesarlas selectivamente; además hay un desfase entre la información que posee el sujeto y la que necesita para tener un fundamento sólido del conocimiento. Por otro lado se encuentra la *focalización*, es decir, el nivel de interés, conocimiento y consecuencias que el grupo tiene o extrae con respecto a algunos objetos, varía dependiendo de criterios sociales. Finalmente, la *presión a la inferencia*, significa que dependiendo de las informaciones del medio que el grupo sienta, se genera un proceso de transición desde la confirmación a la inferencia con respecto a los objetos que les rodean. En la medida en que el grado de presión a la inferencia incrementa, también incrementa el grado de presión para la acción.

La combinación de estas tres condiciones determina la organización cognoscitiva de la representación social así como su estructuración.

## 2.6 Mecanismos internos de la representación social

La representación social se forma a través de los mecanismos de objetivación y anclaje. La objetivación es el proceso mediante el cual las ideas se convierten en imágenes. Es a través de la objetivación que se tornan reales los conceptos, lo abstracto. En la objetivación se distingue la *construcción selectiva*, es decir, el sujeto toma ciertos elementos de la información sobre el objeto y desecha otros. Estos elementos se transforman para que tengan cabida en las estructuras ya existentes (Jodelet, 1988). Además está la *esquemización estructurante*, esto significa que los elementos de la información seleccionados son organizados para crear una imagen coherente del objeto representado, facilitando su expresión, las palabras poseen imágenes y significados; como resultado de la organización interna surge el núcleo figurativo, mediante el cual se puede “ver” la estructura conceptual. Las distintas posiciones sociales seleccionarán elementos de la información dependiendo de sus valores e intereses. Por lo tanto, el núcleo figurativo tiene un carácter predominantemente social, ya que es aquí donde se plasma la historia cultural e ideológica de cada individuo o grupo (Jodelet, 1988). El núcleo figurativo o núcleo central es el elemento o conjunto de elementos que le dan a la representación su coherencia y significación global; el núcleo central tiene dos funciones, la generadora y la organizadora; la generadora crea o transforma la función de los demás elementos; por lo tanto le da sentido a la significación de los distintos elementos que conforman la representación. La función organizadora, es la encargada de organizar las relaciones entre los elementos de la representación social. La característica principal del núcleo central es la estabilidad, por lo tanto, es el que opone mayor resistencia al cambio. Por último está la *naturalización* que se refiere a darle un carácter real a lo que se ha simbolizado, darle vida al símbolo en el mundo real, en el mundo de los hechos. El anclaje es el mecanismo que permite enfrentar las novedades del ambiente, integrando la nueva información a los esquemas ya existentes en el sujeto. Durante la integración de esta nueva información se da una modificación tanto del objeto como del esquema, lo cual depende del grado de concordancia del objeto con los valores e intereses del sujeto o grupo. Este mecanismo cumple en primer lugar, la función de *dar sentido a la representación*, es decir;

que los significados que se den al objeto y su representación estarán relacionados con los valores y creencias de la sociedad y de los diferentes grupos, así, se puede decir que son una expresión de la identidad de grupo. La segunda función que cumple este mecanismo es la *instrumentación del saber*, esto significa que la configuración gráfica de la representación muestra las representaciones sociales y a su vez las constituye. Es a través del marco de referencia, del código común que proporciona a los individuos, que son capaces de expresar y resolver problemas y de influenciar también.

## 2.7 Estructura de las representaciones sociales

La estructura de las representaciones sociales está conformada por tres dimensiones, en primer lugar esta la información; la cual se refiere a la organización de conocimientos que posee el grupo con respecto a un objeto social. La cantidad y veracidad de la información que posee esta en función de la posición ocupada en la sociedad, es decir, de las pertenencias grupales. En segundo lugar se encuentra el campo de representación, aquí las imágenes se ordenan y jerarquizan, con lo cual se logra tener una visión abstracta del objeto representado. Un componente importante de esta dimensión es el núcleo figurativo, en torno al cual se organizan los demás elementos del campo de representación. Como ya se ha visto, el núcleo figurativo se conforma mediante la objetivación. La tercera dimensión se refiere a la actitud, la cual se refiere al juicio positivo o negativo hacia el objeto de representación. Aquí es muy importante el componente afectivo, ya que la falta de información no es un obstáculo para tener una actitud frente a un determinado objeto. Esta es, posiblemente, la primera dimensión que se gesta de la representación social (Ibáñez, 1988).

## 2.8 la función de las representaciones sociales

Las representaciones sociales, además de incidir en la visión de la realidad social y de contribuir a su construcción efectiva cumplen con otras funciones, en primer lugar esta la comunicación social, ya que ésta tiene como base representaciones compartidas por los individuos, lo que les permite concordar y disentir compartiendo un mismo significado. En segundo lugar, tiene como función integrar las novedades, ver el pensamiento social a través de los mecanismos de acomodación y asimilación, los cuales estabilizan el pensamiento social

al mismo tiempo que transforman progresivamente las mentalidades. En tercer lugar, contribuyen a la conformación de las identidades personales y sociales, así como a la configuración de los grupos. Ya que a través de las representaciones sociales se conforman los significados que el sujeto necesita para comprender, y actuar en el medio social en que se ubica. Por último ayudan a legitimar el orden social, ya que al aceptar la realidad social establecida se legitima el orden social, tanto a nivel simbólico como conductual.

## 2.9 Diferencias y similitudes de la representación social con conceptos afines

Ibáñez (1988) menciona que las representaciones sociales no son los únicos productos del pensamiento que se originan socialmente, que cumplen funciones sociales pragmáticas y cuya formación tiene su base en instancias sociales estructuralmente definidas. A continuación se especifican las similitudes y diferencias que se encuentran entre el concepto de representación social y conceptos afines.

- **Ideología.** La ideología, al igual que las representaciones sociales es un pensamiento compartido basado en una estructura social y económica. Su finalidad es la justificación y reproducción del sistema social y económico dominante. Sin embargo, la ideología es de carácter genérico ya que no se encuentra ligada a un objeto específico y requiere de una concretización para poder existir. A diferencia de ésta, la representación social es de carácter específico por que siempre se trata de la construcción de un sujeto en relación con un objeto particular. La ideología es una condición de producción de la representación social, pero ésta puede modificar la ideología.
- **Opinión.** La opinión es una reacción del sujeto ante un estímulo independiente y acabado, haciendo una abstracción del contexto y de los juicios. Se ubica del lado de la respuesta. (Ibáñez, 1988).
- **Actitud.** El concepto de actitud le otorga mayor importancia a la dimensión afectiva, dejando de lado los componentes simbólicos y cognoscitivos. Al igual que la opinión, se da una respuesta que depende de la orientación que se tenga hacia cierto estímulo; así la actitud también se encuentra del lado de la respuesta. En cambio, en la representación social además de orientarse la respuesta, se constituye y delinea el estímulo.

- **Imagen.** La imagen es una reproducción mental de la realidad, una copia que se imprime en el sujeto a través de la percepción. En cambio, la representación social es una construcción que no depende únicamente de la percepción. Cuando se utiliza el concepto de imagen en la teoría de las representaciones sociales se alude a lo imaginario o figurativo más que al papel pasivo del sujeto con respecto al mundo externo.
- **Cognitivismo social.** El cognitivismo social estudia los procesos perceptivos, por un lado, y el tratamiento de la información por el otro. El cognitivismo social sólo toma en cuenta uno de los tres aspectos importantes en la dimensión social del pensamiento ordinario. Toma en cuenta la función que desempeña el pensamiento social en la organización de la realidad social. Pero ignora tanto el origen social de ese tipo de pensamiento como su modo de existencia social y, especialmente, el hecho de que sea un pensamiento colectivo o compartido. De aquí se origina la ignorancia en cuanto al papel que juega el pensamiento social en la construcción de la realidad social.

## 2.10 Aspectos a considerar en el estudio de las representaciones sociales

El estudio psicológico en el campo de la representación social, incluye diversos niveles que el investigador debe tomar en cuenta para incluir los más relevantes para su trabajo. Según Moscovici, existen tres grupos de fenómenos relativos al análisis de la representación social:

1. La organización de su contenido y estudio tridimensional.
2. El proceso de elaboración de la representación social.
3. El sistema cognitivo propio de la representación social.

Además, existen tres factores que condicionan el estudio de la representación social:

1. que el objeto de estudio realmente exista como objeto de representación
2. que las personas participantes en el estudio puedan expresar su representación social y
3. que el instrumento utilizado por el investigador, logre integrar

los elementos que conforman a dicha representación.

### 2.11 Metodología de las representaciones sociales

En 1961, Moscovici utilizó cuestionarios de preguntas cerradas, entrevistas abiertas y análisis de contenido para conocer la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa y de esta forma realizar el primer estudio de representación social.

Posteriormente Kaës (1968; citado en Díaz, 1998) aplicó un cuestionario constituido por preguntas cerradas, semiestructuradas y abiertas, considerando que la ambigüedad de los estímulos es condición metodológicamente óptima para el estudio de las representaciones sociales.

Herzlich (1975; citado en Díaz, 1998) empleó entrevistas no estructuradas para conocer la representación social de la salud y la enfermedad. Hewstone, Jaspars y Lallje (1982; citado en Díaz, 1988) utilizaron el análisis de contenido a un ensayo escrito, en el cual se expresaban libremente los juicios del objeto cuya representación social se investigaba.

Ibáñez (1988) menciona que el procedimiento clásico para acceder al contenido de una representación social, consiste en recopilar material discursivo cuya producción puede ser espontánea, es decir, mediante conversaciones y pláticas, o inducida mediante cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. Se realiza un análisis de contenido a este material discursivo y de esta forma se obtiene una serie de indicadores que permite reconstruir el contenido de la representación social. En la actualidad, este procedimiento no goza de gran prestigio en el ambiente científico, debido a su escaso rigor y al componente subjetivo que caracteriza a las técnicas de tipo hermenéutico.

Un método que ha encontrado mayor aceptación para el estudio de las representaciones sociales, tiene como principio básico el análisis de correspondencias y el análisis multidimensional de tipo factorial que presenta un alcance descriptivo. Este método ha sido frecuentemente empleado por Jean Pierre Di Giacomo (1981-1987; citado en Ibáñez; 1988). Inspirándose en el diferencial semántico, el investigador selecciona una serie bastante extensa de palabras estímulo que hacen referencia al objeto social que se pretende investigar. Una vez conformada esta lista, se pide a los integrantes de la muestra participante que asocien libremente a partir de cada una de estas

palabras, lo cual da como resultado los llamados "diccionarios de asociación" que pueden considerarse como representativos del campo semántico de cada palabra estímulo. Los diccionarios de asociación proporcionan unos primeros datos sobre la dimensión de información de la representación social. Posteriormente se recurre al análisis de correspondencias para establecer el grado de similitud existente entre los diferentes campos semánticos. De esto se obtienen representaciones gráficas en donde se puede visualizar el grado de solapamiento o de independencia entre los campos semánticos o diccionarios de asociación. En este método, la forma en que las personas o los grupos estructuran el campo semántico de un determinado objeto social permite acceder a la representación social de dicho objeto, indicando los factores que dan cuenta del máximo de variabilidad, y estableciendo la jerarquía de esos factores.

También se ha estudiado a las representaciones sociales en un contexto experimental, aquí; las representaciones sociales desempeñan un papel de variables intermediarias que inciden sobre otros procesos psicosociales, como por ejemplo el trabajo en grupo o las conductas de negación. La metodología aquí empleada consiste en inducir diversas representaciones sociales en laboratorios experimentales y analizar la forma en que éstas inciden sobre el proceso psicosocial que se pretende estudiar, jugando la representación social el papel de variable independiente (Ibáñez, 1988). Uno de los autores más representativos de esta corriente es J.C. Abric de la escuela de Aix - Provence. También de la escuela de Ginebra está Doise W. y Jodelet D. de París. En America Latina algunos de los autores que siguen esta línea son J. Uribe y T. Acosta de la UAM-I y Fátima Flores de la UNAM en México. Angela Arruda de la Universidad Federal de Rio de Janeiro en Brasil, María A. Banchs de la Universidad Central de Venezuela y Celso pereira, entre otros.

Otro enfoque metodológico para estudiar las representaciones sociales consiste en utilizarlas como variables dependientes, analizando la forma en que ciertas modificaciones introducidas en la situación afectan a las representaciones que se forman sobre esas situaciones. Con estos estudios se han esclarecido ciertos aspectos de la dinámica de las representaciones sociales y en especial su función en la determinación de las conductas.

Finalmente, está un método que surgió del área que estudia la

estructura interna de las representaciones sociales: el Modelo de los Esquemas Cognitivos de Base de C. Guimelli y M. L. Rouquette (Guimelli y Rouquette, 1992; citado en Díaz, 1998). Este modelo se apoya en recientes investigaciones que muestran que los elementos constituyentes de una representación social pueden ser de dos tipos: centrales y periféricos, así; busca identificar estos dos tipos de elementos por medio de un listado de 28 conectores y una fórmula aplicada a diferentes niveles de análisis, de la cual se obtiene una valencia, que indica el tipo de elemento del que estamos hablando. Los elementos centrales son el origen y la coherencia principal de la estructura de una representación social, son los que en gran parte determinan el significado de las representaciones sociales y tienen como característica principal ser estables y resistentes al cambio. En contraste, los elementos periféricos parecen depender de los centrales y están ligados al contexto inmediato en el cual se encuentran inmersas las personas, tienen una función adaptativa y facilitan el anclaje de la representación social en la realidad de cada grupo social (Rateau, 1995; citado en Díaz, 1998).

## 2.12 Limitaciones de la teoría de representación social

Se ha criticado a la teoría de representación social por varias razones, la primera de ellas argumenta que el concepto de representación social tiene poca o nula utilidad para las ciencias sociales, y considera que el concepto no hace más que añadir confusión. La respuesta a esta crítica radica en marcar la clara diferencia del concepto de representación social con otros conceptos, lo cual ya se hizo en un apartado anterior. En segundo lugar, esta el enmascaramiento de la realidad social por su relación con la ideología, adoptando una función de corte conservador, impidiendo la comprensión correcta de la realidad. Los teóricos de la representación social han respondido afirmando que hay elementos que se derivan de las ideologías (entre ellos las representaciones), que gozan de cierto grado de autonomía; una vez generadas, cobran vida propia y a la vez modifican el universo simbólico e ideológico del que forman parte. En tercer lugar, se ha dicho que la teoría sustenta una circularidad explicativa, por que se define al grupo en términos de la representación y viceversa. Este problema puede resolverse con la creación de criterios externos para definir al grupo; y poder dar evidencias de que éste se

caracteriza por compartir las mismas representaciones. (las personas pertenecemos a diferentes grupos y podemos compartir a diferentes grados una misma representación). Otra de las críticas califica de consensualista a la teoría y por lo tanto afirma que la teoría subvalora las presiones que la ideología y las instancias de poder ejercen sobre las personas en la generación de las representaciones sociales; la teoría de la representación social contrapone a este argumento su reconocimiento de la existencia de la diversidad de representaciones, aún contrapuestas, que se pueden gestar en la sociedad en el transcurso del conflicto social. La quinta crítica que recae sobre la teoría, argumenta la falta de adecuación metodológica; ya que afirma que las técnicas utilizadas como las puntuaciones promedio, tienden a homogeneizar las respuestas, resaltando la existencia de más similitudes dentro del grupo de las que verdaderamente hay.

## CAPÍTULO III. ADOLESCENTES DE LA CALLE

### 3.1 Contexto histórico

El concepto de niños callejeros o de la calle es una construcción reciente, sin embargo algunas pinturas, grabados, fotografías y pocos libros de historia mencionan la existencia de niños trabajando y sobreviviendo en los espacios públicos en épocas más antiguas. Otro ejemplo es la Casa de Niños Expósitos de la Ciudad de México (1767-1821). Institución que atendió específicamente a los niños abandonados y sin familia. En México poco se sabe en las propias palabras de los niños abandonados acerca de su vida cotidiana y sus percepciones, en épocas pasadas.

A finales del siglo XIX y principios del XX en varios países de América Latina aparece con mucha mayor frecuencia la imagen del niño trabajando en las calles, vendiendo periódicos, limpiando zapatos, pidiendo limosnas, un fenómeno que parece ser más agudo y se enfatiza por sus cualidades urbanas. Tal vez por ello, a principios de siglo son creadas varias instituciones con el fin de proteger y cuidar a los niños más pobres; así estas instituciones tomaron como objetivos primordiales los relacionados con la salud y la educación.

Posteriormente, con las concepciones occidentales de lo que es un niño, se expandieron formas de trato y el interés generalizado de proteger y proveer a los niños de las necesidades básicas. Lo anterior se puede ver bien ejemplificado en una gran variedad de países en vías de desarrollo, donde se promueve de igual manera los derechos de los niños a la alimentación, educación, amor y otros aspectos; pero que las condiciones políticas, económicas y sociales frenan su ejecución. Así, los niños más empobrecidos, cuyas condiciones no les permiten asistir a la escuela toman como espacio alternativo la calle, ya que allí se puede mezclar el trabajo, el juego y el aprendizaje al mismo tiempo; y además las posibilidades de sobrevivencia se encuentran en ese mismo entorno.

Sin embargo, los niños se convierten en un problema cuando su lugar de estancia permanente no se encuentra dentro de la escuela o el hogar. Sobre todo cuando no están en la casa familiar o han "roto" su nexos con ella, son considerados como un problema "social". Ver a los niños y jóvenes trabajando o vagando sucios por las calles causa

malestar, en un primer momento éste se traduce en lástima, pero cuando la observación de la situación se vuelve cotidiana, los muchachos son vistos como una molestia que es necesario desaparecer. Más recientemente el estado y algunas instituciones civiles han diseñado programas de atención y contención de los niños y jóvenes que son considerados como lejos del control familiar o parental, sin embargo; debido al bajo presupuesto y a otros factores la intervención es muy limitada. (Alonso, 1996).

### 3.2 ¿Cuántos son?

En cuanto al número de niños y jóvenes que viven y/o trabajan en las calles de la ciudad de México, las cifras van desde 11, 172 según un censo realizado por COESNICA en 1991 hasta 13 000 000 según la unión nacional de padres de familia.

UNICEF estima que en el D. F. Hay entre 14 000 y 16 000 niños y jóvenes de la calle y hasta 25 000 en la zona metropolitana (Contreras, 1995).

Organizaciones civiles y no gubernamentales afirman que existen aproximadamente 30 000 en la ciudad y de acuerdo con la información oficial disponible, la mayor parte de los niños y jóvenes que duermen en la calle son adolescentes, y son hijos suyos los más pequeños, aquellos que tiene entre un día y cinco años de edad.

- 7 % tienen entre 0 y 5 años de edad
- 41 % tienen de 6 a 13 años y
- 52 % tienen entre 14 y 17 años (Academia Mexicana de los Derechos humanos).

### 3.3 Caracterización del adolescente de la calle

El fenómeno de la vida callejera surge en el contexto de la urbanización masiva en el mundo contemporáneo, por eso no es extraño que sea la capital del país donde se manifieste de manera más aguda. Las ciudades no tienen capacidad de estructurar empleos suficientes y con una remuneración adecuada por el rápido proceso de urbanización, lo que provoca el surgimiento de economías subterráneas y grandes asentamientos humanos que carecen de los servicios básicos. Podemos decir que “detrás de un menor que decide vivir en la calle hay una familia desintegrada” (Fideicomiso para los

programas a favor de los niños de la calle, 1992 p. 11). La situación económica de la familia exige que los hijos trabajen o colaboren en las obligaciones domésticas dejando escaso tiempo para la escuela, además; para las familias marginadas el ámbito académico no es muy importante, ya que la educación no es considerada como una alternativa para mejorar sus condiciones de vida. Ante este tipo de dinámica familiar y con el afán de cubrir una serie de carencias materiales, es común que los y las menores salgan a la calle a realizar actividades tales como: vender productos, lavar autos, limpiar parabrisas, ser payasitos(as), cantantes, etc.

Así, los y las menores se van desintegrando gradualmente del núcleo familiar hasta abandonarlo completamente y hacer de la calle su hogar. Entre las causas más comunes por las que los y las menores abandonan su hogar están el deterioro de las condiciones de vida, pobreza extrema, dinámica familiar muy conflictiva, maltrato y abuso en sus propios hogares, ser hijo o hija no deseado(a), abandono por parte de los padres, pérdida de vínculos afectivos, hacinamiento, etc. Por el otro lado están los factores que contribuyen a que los menores permanezcan en la calle, de estos factores se destacan la libertad, autonomía e independencia económica, satisfacción de necesidades básicas, pertenencia a algún grupo, vínculos afectivos con personas con las que comparten intereses, la calle como aventura, etc. (EDNICA, 1993).

Caracterizar a los niños y adolescentes de la calle no es fácil y frecuentemente se cae en estereotipos descontextualizados, sin embargo han sido identificadas algunas características generales del niño y adolescente de la calle. Algunas de ellas son las siguientes:

- En su mayoría son del sexo masculino
- Tienen baja escolaridad (generalmente la primaria incompleta)
- Presentan algún grado de desnutrición
- Proceden de colonias y barrios urbanomarginales
- Desarrollan una serie de comportamientos ligados con los mecanismos de sobrevivencia en la calle (capacidad de manipulación para obtener comida, alojamiento, atención médica, entre otros).

El adolescente de la calle desarrolla actitudes que lo protegen emocionalmente, algunas de ellas son:

- Aún cuando vive con y depende del grupo, se basa en necesidades e intereses individuales
- No valoriza la acumulación: vive el aquí y el ahora (lo cual se puede relacionar con el escaso o nulo uso de preservativos como medio de prevención de enfermedades de transmisión sexual)
- Tiene conciencia fragmentada de su realidad, reproduce esquemas autoritarios, manifiesta gran rebeldía
- Es astuto y manipulador, además está expuesto a la dependencia química
- Uno de los mecanismos más importantes para la sobrevivencia en la calle es la agresión
- Crean su propio lenguaje y valores y a veces es un conjunto tan hermético que se les dificulta convivir con otros grupos (EDNICA, 1993).

### 3.4 Definición

Para fines del presente estudio es necesario proporcionar alguna definición que deje claro a que tipo de población se hace referencia cuando se menciona a los adolescentes de la calle.

Los adolescentes de la calle son aquellas personas entre los 12 y los 18 años de edad, que recurren a la calle como un espacio donde subsistir y establecer vínculos afectivos, y que en algunas ocasiones se convierte en su hogar.

### 3.5 Dinámica de vida en la calle

El adolescente de la calle es un menor tomando acción de la única forma a la que tiene acceso real para buscar una alternativa de vida mejor a la ofrecida por un mundo de pobreza y marginación social: la calle.

Los adolescentes de la calle han creado su propia cultura, es precisamente en la calle donde encuentran vínculos afectivos con otros menores con los que comparten las circunstancias en las que viven; por lo que también comparten intereses y por lo tanto existe mayor libertad de expresión. Los adolescentes de la calle se alimentan básicamente con comida "chatarra", alimentos proporcionados por los transeúntes y con los alimentos que algunas organizaciones les proporcionan, por

lo que no tienen un horario para consumir alimentos y en muchos casos sufren de desnutrición.

La mayoría de los adolescentes que viven en la calle consumen algún tipo de sustancia que daña su salud. Debido a que su costo es muy bajo y se consiguen muy fácilmente, las drogas de consumo más frecuente son el activo, PVC, thinner, crack, marihuana y cocaína.

Tomando en cuenta esta situación, se cree que la mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas por vía sexual más que por drogas endovenosas. Sin embargo, el consumo de estas sustancias es un factor determinante ya que los jóvenes son más apáticos y no utilizan condones, ya que al consumir drogas amortiguan la realidad sobre la prostitución y las privaciones de la calle contribuyendo así a la despreocupación por el uso de condones (Reynolds, 1990).

En cuanto al ejercicio de su sexualidad, ésta se lleva a cabo sin la conciencia plena de todo lo que implica, por tal motivo no hay un cuidado del cuerpo, se llegan a dar casos de prostitución, violación, paternidad prematura, enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Aunado a esto, existen factores culturales que ponen a los adolescentes en condiciones de riesgo a contraer VIH; por ejemplo, en la cultura Mexicana, al hombre se le relaciona con la fuerza, valentía e iniciativa por lo que le es socialmente permitido tener varias parejas sexuales, consumir drogas, etc.

Existe mucha movilidad en los grupos callejeros, es decir, esta población puede moverse con facilidad del espacio en el que vive y en función de sus necesidades; de la misma forma, un adolescente puede moverse fácilmente de un grupo y ser aceptado en otro. Pese a esta movilidad, la organización se produce espontáneamente y es en gran medida desconocida, sin embargo; se conocen ejemplos donde la organización va mucho más allá de un grupo pequeño que se limita a algunas actividades cotidianas, al grado de superar el individualismo inicial que provoca la vida en la calle y de posibilitar el fortalecimiento del sentimiento colectivo. La necesidad de autosuficiencia en los adolescentes ha provocado que desarrollen una gran capacidad de sobrevivencia en la calle empleando distintos medios, ya que a muy corta edad tienen que aprender a vivir en un mundo duro y hostil que los rechaza o ignora constantemente. A pesar de esto, los adolescentes de la calle han sido capaces de romper con lo establecido al salir de su

hogar y hacerse cargo de sí mismos(as). Para un sector de la población callejera que es autosuficiente, ya no es un problema conseguir alimento o un espacio donde vivir; ahora lo que buscan es sentirse queridos(as), y valorados(as), por que es cierto que los y las menores que abandonan su hogar lo hacen para buscar una solución a sus carencias materiales pero también afectivas.

Ahora bien, el costo de salir a la calle es muy alto, ya que enfrenta a los y las menores a muchos riesgos: drogadicción, prostitución, accidentes viales, explotación, abuso, violaciones, delincuencia, enfermedades, desnutrición, etc. La vida en la calle se da a nivel de una sobrevivencia cotidiana.

## CAPÍTULO IV REPRESENTACIÓN SOCIAL, SIDA Y ADOLESCENTES DE LA CALLE

La adolescencia es una etapa de desarrollo de los seres humanos caracterizada por cambios en las diferentes esferas que componen al individuo (social, biológica, intelectual, emocional, familiar, etc.)

Durante esta etapa, los jóvenes experimentan importantes y rápidos cambios en sus cuerpos, en sus preocupaciones, en sus relaciones y roles en la sociedad. La adolescencia es un periodo sin principio ni fin determinado, sobre todo en la sociedad occidental. Comienza alrededor de los doce años y termina finalizando los 19; se piensa que termina cuando la persona llega a la madurez física y psicológica (Papalia, 1985).

La adolescencia y la sexualidad, son áreas de conocimiento que se construyeron simultáneamente a mediados del siglo XIX, estos conceptos se desarrollaron a la par de los procesos de industrialización y a la formación de las urbes, es decir, a la modernización. Así, no es raro que ambos objetos de conocimiento estén fuertemente dotados de racionalización e individualismo, de secularización y de renovación (Bronfman, Rivas, Amuchástegui y Rodríguez, 1995).

En el periodo de la adolescencia, la sexualidad toma un lugar muy importante ya que es expresada en cada estilo personal de vida, en los roles masculinos y femeninos, en las diferentes formas de expresión de los afectos y del erotismo. La sexualidad y la forma en que se expresa consiste en un proceso que acompaña a la persona a lo largo de toda su vida, y que es permeado por el contexto familiar y cultural en que se desarrolla el individuo.

En el caso particular de los jóvenes que viven en la calle, el periodo de la adolescencia varía un poco, debido a que a muy temprana edad se ven en la necesidad de salir de sus hogares y convertirse en seres autogestivos para poder sobrevivir. Además, son un grupo altamente vulnerable a contraer el VIH por su tendencia a la experimentación y sentimiento de invulnerabilidad (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 1995).

Además, la sexualidad vivida en la calle es a menudo reducida a las relaciones coitales con fines meramente reproductivos o comerciales, es de carácter impulsivo, no hay control del acto, sino que

se improvisa. Eso provoca que los adolescentes en situación de calle inicien una vida sexualmente activa a una edad más prematura que los jóvenes que se desarrollan en el contexto del núcleo familiar, en la mayoría de los casos sus órganos sexuales aún son demasiado inmaduros para tener una relación coital, sin embargo, la paternidad se presenta a una edad muy prematura en la que los jóvenes no están preparados en ningún sentido para asumirla y ejercerla. Además, se sabe que se tienen múltiples parejas sexuales (incluso en un nivel de sexo servicio) y que el uso correcto de preservativos es casi nulo. Por lo tanto, los adolescentes que viven en la calle son un grupo en alto riesgo de contraer diversas enfermedades de transmisión sexual y VIH.

Diversos estudios realizados en Europa y América del norte reportan que los sexoservidores y sus clientes son un grupo en alto riesgo de adquirir el VIH y desarrollar el SIDA, aunado a esto, el uso de drogas intravenosas, muy común en estos sectores hacen que el virus del SIDA sea adquirido no solo por vía sexual sino también sanguínea (Plant, 1990). En México, la situación es muy similar a la de los países de Europa y América del norte; ya que el sexoservicio, la drogadicción y la vida en la calle son factores que afectan directamente en la adquisición del VIH-SIDA. En un estudio realizado por Góngora et al. (1996) se realizó una encuesta descriptiva y prospectiva en 98 trabajadoras sexuales del estado de Campeche, los resultados mostraron que el 36% de la muestra jamás había utilizado el condón.

Además, el aumento de la urbanización, el impacto de los medios masivos de comunicación en los patrones de conducta, la mayor fragilidad en las estructuras familiares y muchos otros factores han influido sobre el comportamiento sexual de la gente y en especial de los jóvenes. Los adolescentes que tienen problemas de conducta y que comienzan a presentar conductas riesgosas como tener relaciones sexuales sin protección con varias parejas o consumo de drogas a edades muy tempranas, están más expuestos a contraer la infección por el VIH; tal es el caso de los adolescentes de la calle, quienes al ser una minoría marginada, estigmatizada por la sociedad, viviendo en condiciones de extrema pobreza, sin acceso a la educación, se preocupan más por enfrentar problemas cotidianos como el hambre, la vivienda y la sobrevivencia a la violencia, que el cuidado de su propio cuerpo y de su salud (acción en SIDA, 1995).

Por tal motivo, se puede decir que los adolescentes de la calle se encuentran en una desventaja que los coloca en alto riesgo de infección del VIH debido a que empiezan a tener relaciones sexuales a temprana edad, con diversas parejas y sin protección; esto por una parte se debe a que muchas veces recurren a la prostitución como única vía de conseguir alimento, protección o dinero; o simplemente para sentirse queridos. Como afirman Caballero, Villaseñor e Hidalgo (1997), los medios masivos e interpersonales son fuentes importantes de información en la construcción social del VIH/SIDA en adolescentes, así; el papel que tiene la cultura en la adopción de conductas de riesgo es determinante e innegable, de la misma forma la adicción a sustancias inhalables o inyectables aumenta las posibilidades de que los adolescentes de la calle se contagien con VIH.

Dadas las condiciones de vida de éstas personas, no es de extrañarse que algunos simplemente ignoren el peligro de contraer la enfermedad y dejen de lado el uso del condón y los "consejos sobre sexo sin riesgo".

Por otro lado, se sabe que cada vez son más los jóvenes que inician su actividad sexual durante la mitad de su adolescencia. Se estima que más de la mitad de ellos tienen sexo penetrativo sin protección antes de cumplir los 16 años (acción en SIDA, 1995). En el caso particular de los adolescentes en situación de calle, la presión emocional y la violencia física son frecuentemente usadas para orillar a los jóvenes a tener relaciones sexuales prematuras (por los riesgos que ello conlleva) y no deseadas. Además, el SIDA es un grave problema de salud sexual y reproductiva, el dato revelador sobre el tiempo de latencia de la infección por VIH (alrededor de 10 años en promedio), hace suponer que ésta ocurrió durante la adolescencia de la mayoría de los adultos jóvenes con SIDA. Los estudios reportan que cuando menos uno de cada veinte adolescentes ha recibido tratamiento a causa de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Es de suponerse que en el caso de los adolescentes de la calle el número de adolescentes infectados por una enfermedad sexualmente transmisible es mucho mayor, debido a que la mayoría de ellos no tiene acceso a tratamiento o no son conscientes de que están infectados debido a que en esta población existe una muy pobre cultura del cuerpo.

Los adolescentes de la calle, por lo general tienen información limitada y errónea acerca del sexo y el desarrollo sexual, y no tienen acceso a asesoramiento y/o servicios de planificación familiar y clínicas de ETS donde puedan recibir atención. Muchos de ellos son sexualmente activos sin tener las habilidades, el conocimiento y la confianza para usar preservativos.

Un estudio realizado por Uribe, Hernández, Del Río y Ortíz (1995), muestra que el uso del condón se encuentra relacionado con el nivel de escolaridad y la edad. En la misma línea, Hernández, Cruz, Quiterio, Uribe,, Peruga y Hernández (1999), identifican dos principales predictores del uso del condón: tener una edad mayor a los 25 años y más de 9 años de escolaridad. Por lo anterior es de esperarse que en los adolescentes de la calle el uso del condón sea escaso debido a su corta edad y su bajo nivel escolar.

Otra investigación realizada en adolescentes de un barrio marginado en Guadalajara revela que en esta población predominan las prácticas de riesgo y una cultura de "libre expresión" asociada a la práctica sexual sin protección (Caballero y Villaseñor, 1996).

Los adolescentes del D.F. no están muy lejos de esta realidad, la población en situación de calle es uno de los grupos con mayor riesgo de contraer el VIH. La pobreza, el desempleo y la falta de un lugar donde vivir están a menudo ligados con la falta de educación, el consumo de drogas y la violencia; a su vez todos estos factores se correlacionan con un incremento en la probabilidad de contraer VIH.

Los adolescentes de la calle, al igual que el resto de los jóvenes desean conocer nuevas formas de amar y sentirse amados, algunas veces para incrementar su autoestima. Si bien tener nuevas experiencias y tomar riesgos forman parte del desarrollo de cualquier persona, los adolescentes necesitan ser capaces de evaluar de manera realista su propia vulnerabilidad y riesgo, la efectividad de diferentes opciones y cómo relacionarlas con sus propios valores, y sentirse motivados para adoptar una conducta más segura. Además, requieren desarrollar habilidades de comunicación eficientes, toma de decisiones responsables y autoestima, necesitan aprender a respetar su propio cuerpo, y entender sus responsabilidades hacia los demás (Rosas, 1995).

Son muchos los factores que intervienen y que ponen en alto riesgo de contraer el VIH a los adolescentes de la calle, por ello es necesario desarrollar investigaciones que arrojen elementos de abordaje a este problema; en este sentido, la teoría de la representación social es una herramienta de gran utilidad para conocer el fenómeno social del SIDA ya que nos da la posibilidad de acercarnos a un pensamiento socialmente compartido y poder entender como se da la asignación de normas y valores que determinan en gran parte el comportamiento de un grupo. Así, acercándonos a la propia percepción de los adolescentes, sabremos de qué forma esta percepción influye en su conducta y los aleja o acerca a contraer el VIH.

## CAPÍTULO V MÉTODO

### 5.1 Planteamiento del problema

Rodríguez y Salazar (1992) afirman que para definir un problema es necesario tomar en cuenta la época en que se desarrolla, y a su vez, cada época histórica sólo puede ser definida si tomamos en cuenta los problemas que plantea como básicos y las formas en que trata de abordarlos y resolverlos. El SIDA es uno de los grandes problemas de esta época, tal vez porque incluye muchos de los grandes y eternos problemas de la humanidad: muerte, enfermedad, locura, marginación.

Es por ello que a pesar de ser pocas las investigaciones en torno al SIDA en adolescentes de la calle, es evidente la urgencia de implementar programas de prevención del SIDA en esta población. Para ello es necesario realizar investigaciones que proporcionen datos acerca de lo que piensan los adolescentes de la calle con respecto al SIDA, es decir; cual es la visión que comparten con respecto a esta enfermedad.

En el campo de la psicología social, la teoría de la representación social permite acceder a las representaciones socialmente compartidas, ya que estudia el proceso mediante el cual las personas y grupos sociales asimilan sucesos, que les llegan de otros ámbitos o que incluso en un principio contradicen sus esquemas; además, esta teoría le atribuye gran importancia a los aspectos simbólicos, a los significados, a la interacción social y por supuesto a la capacidad interpretativa de los individuos (Flores, 1994).

Por tal motivo, el estudio del fenómeno del SIDA en adolescentes de la calle es un tema prioritario de investigación; para el cual, la teoría de la representación social representa una herramienta de gran utilidad.

### 5.2 Justificación

La presente investigación pretende conocer la representación social que tiene un grupo de varones adolescentes de la calle con respecto al SIDA, ya que de acuerdo al XI censo general de población y vivienda realizado en 1990 los y las adolescentes conforman la quinta parte del total de la población en el país; además, se estima que el número de

varones es superior a los 17 millones (Rivera, Reidl y Ortega, 1994; citado en Pick y Álvarez, 1996).

Por otro lado, día a día se reconoce más el papel que juega el género en la diseminación de la epidemia del SIDA. Los roles de género conculcan el poder a las mujeres y brindan un falso sentido de poder a los hombres, que en el caso del SIDA favorece un ciclo de enfermedad y muerte. Por lo tanto, se requiere de una mayor investigación sobre la masculinidad y sus determinantes; para identificar cuales son los enfoques o intervenciones que mejor promueven los comportamientos y actitudes con equidad de género (Letra S, 2001).

Tomando en cuenta lo anterior es prioritario conocer el contexto en que se da las prácticas de riesgo, ya que sólo de esta forma se posibilita que el comportamiento de los adolescentes sea entendido dentro del sistema de significados empleados por su grupo. Entre la mayoría de los adolescentes, el conocimiento superficial sobre el SIDA, la baja percepción de riesgo y la práctica sexual sin protección son situaciones que incrementan el riesgo de infección por VIH, con diferencias importantes por estrato socioeconómico y género (Villaseñor, Caballero e Hidalgo, 1997).

Hablando de los adolescentes de la calle, éstos son una minoría marginada que no debe ser ignorada por la psicología. El primer paso, es obtener información sobre el comportamiento ante el SIDA ya que ésta es la base para la elaboración de programas cuyas metas se orienten principalmente a la prevención. Adicionalmente la representación social de los adolescentes con respecto al SIDA aportará información valiosa para elaborar programas especialmente diseñados o adaptados a la población particular. Por lo tanto, es importante comprender el fenómeno del VIH-SIDA a través del estudio del pensamiento colectivo en los diferentes grupos sociales.

### 5.3 Objetivo

Conocer la representación social que tiene un grupo de varones adolescentes de la calle con respecto al SIDA.

#### 5.4 Hipótesis

1. Los elementos que componen el nivel de información del SIDA en varones adolescentes de la calle no corresponden a su comportamiento preventivo del VIH.

2. La representación social que tienen los varones adolescentes de la calle con respecto al SIDA se manifiesta a través de un discurso con matices religiosos.

3. Los varones adolescentes de la calle consideran que el SIDA es una enfermedad particular de personas que tienen algún estigma social (homosexuales, sexoservidoras, promiscuos, callejeros, entre otros).

4. Los varones adolescentes de la calle constantemente realizan conductas que los ponen en riesgo de contraer el VIH.

#### 5.5 Variables

Representación social: Es un modelo imaginario de evaluación, categorización y explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conduce hacia normas y decisiones colectivas de acción (Di Giacomo, 1980; citado en Flores, 1994).

SIDA: son las siglas del síndrome de inmunodeficiencia humana, a nivel social representa un fenómeno merecedor de una representación social.

#### 5.6 Muestra

La selección de los sujetos fue no probabilística, el criterio a seguir para la inclusión de los mismos en la muestra es que sean varones adolescentes de la calle de entre 12 y 18 años de edad y que accedan a participar en la investigación. El número de sujetos que conforman la muestra es 14 a quienes se les entrevistó de manera individual y de los cuales 5 jóvenes pertenecientes al grupo de Bellas Artes participaron en un grupo focal de dos sesiones. El estado civil no fue tomado en cuenta al conformar la muestra. A continuación se reportan los datos generales de los participantes.

Tabla 2

Datos generales de la muestra

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE ESTAR EN CALLE	CONSUMO DE SUSTANCIAS	ZONA
Raúl	18 años	1 ½ años	Activo	Bellas Artes
Cuahutémoc	13 años	6 años	Activo	Soledad
Miguel Angel	17 años	6 años	Marihuana	Bellas Artes
Carlos	16 años	7 años	Activo	Soledad
Sergio	16 años	6 años	Activo, marihuana, chochos, cocaína	Soledad
Israel *	17 años	9 años	Cocaína, activo, marihuana	Bellas Artes
Germán	18 años	11 años	Activo y marihuana	Garibaldi
Evaristo *	16 años	7 años	Activo y marihuana	Bellas Artes
Efrén	17 años	11 años	Activo y marihuana	Bellas Artes
Juan Armando	18 años	10 años	Alcohol	Hidalgo
Angel *	17 años	5 años	Marihuana	Bellas Artes
Rodolfo	17 años	5 años	Ninguna	Bellas Artes
Aron *	18 años	8 años	Activo	Bellas Artes
Francisco *	16 años	7 años	Activo	Bellas Artes

\* jóvenes que posterior a la entrevista participaron en un grupo focal

## 5.7 Tipo de estudio

Se trata de una investigación no experimental clasificada como estudio de campo, el cual se define como "una investigación científica que busca sistemáticamente las relaciones y las pruebas de hipótesis, que no son experimentales y se llevan a cabo en situaciones reales de la vida, como comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones" (Kerlinger, 1988; pp. 421-422). Además, el presente estudio es clasificado como transversal; debido a que "recolecta datos, describe variables, y analiza su incidencia e interrelación en un solo momento, en un tiempo único". (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, pp.191-192).

## 5.8 Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron cuatro instrumentos que se describen a continuación:

1. Guía de 20 preguntas abiertas con las cuales se pretendió abarcar cuatros aspectos importantes con relación al SIDA: información sobre SIDA, prácticas sexuales, percepción de riesgo y actitud hacia el SIDA. Este instrumento incluyó además un apartado con los datos generales de los participantes (ver anexo 1).

2. Adaptación de una historia real de la vida de una mujer con VIH y las circunstancias bajo las cuales adquirió el virus (ver anexo 2). Esta historia fue leída al inicio de la primera y segunda sesión del grupo focal.

3. Guía que constó de 14 preguntas abiertas sobre las cuales se fomentó la discusión en la primera sesión del grupo focal, dichas preguntas pueden ser incluidas en las siguientes categorías: percepción de la historia de vida real leída durante la primera sesión del grupo focal, información sobre SIDA, prácticas sexuales, percepción de riesgo y actitud hacia el VIH-SIDA (ver anexo 3).

4. Guía de 19 preguntas abiertas en torno a las cuales giró la discusión de la segunda sesión del grupo focal. Las preguntas que incluyó esta guía se pueden clasificar en los siguientes rubros: percepción de la historia de vida leída durante la segunda sesión del grupo focal, información sobre SIDA y actitud hacia el SIDA (ver anexo 4).

Además de los instrumentos antes mencionados, en cada visita se utilizó una micrograbadora y varios cassettes fonomagnéticos.

### 5.9 Escenario

Las entrevistas individuales se realizaron en diferentes zonas geográficas del distrito federal. Los sitios visitados son Garibaldi, Plaza de la soledad, hidalgo y Alameda Central. Las dos sesiones del grupo focal se llevaron a cabo en el parque de la Alameda central.

### 5.10 Procedimiento

Como parte del equipo operativo de una organización que realiza trabajo de campo con adolescentes varones de la calle (ANICA A.C.), se realizaron 2 visitas semanales con horario matutino y una duración aproximada de 2 horas por visita a diversos puntos de reunión y vivienda de grupos callejeros. Los lugares visitados fueron La raza, Plaza de la Soledad, Parque de la Alameda Central y Albergue para indigentes Atlampa. Así, transcurrió el primer mes de salidas a campo.

A partir del segundo mes, de manera independiente, se comenzó el piloteo del instrumento para entrevistas individuales; posteriormente, con la versión final del instrumento se realizaron cuatro entrevistas por semana, hasta completar las doce entrevistas finales. La duración de cada entrevista fluctuó entre 30 y 60 minutos.

Posteriormente se realizó la primera sesión del grupo focal, cuyos participantes ya tenían conocimiento de su colaboración en dicho grupo. La dinámica de la primera sesión fue la siguiente:

- Reunión de todos los participantes en la fuente cercana a la jardinera donde viven
- Explicación de la dinámica de la sesión por parte de la investigadora: “les voy a leer la historia de una muchacha que tiene VIH (fue necesario leer la historia dos veces), después les voy a hacer unas preguntas y quiero que me contesten sinceramente lo que piensan, no hay repuestas malas, ya que lo que cada uno piensa es aceptable y respetable”
- La investigadora pidió autorización a los participantes para audiograbar la sesión (los participantes accedieron)
- Posterior a la lectura, la investigadora realizó la primera pregunta de la guía y uno a uno todos los participantes la contestaron

Sucesivamente la investigadora realizó el resto de las preguntas hasta completar las catorce que conforman la guía, todas las preguntas fueron contestadas por cada uno de los participantes

- Al terminar la sesión se agradeció a los participantes por su colaboración y se les indicó la fecha y horario de la segunda sesión. Además se contestaron algunas dudas que surgieron con respecto al tema del VIH-SIDA.
- La duración de la sesión fue de 2 horas aproximadamente.  
Como paso final, se realizó la segunda sesión del grupo focal, aquí la dinámica fue similar a la de la primera sesión, es decir:
  - Los participantes se reunieron en la fuente cercana a la jardinera donde viven
  - La investigadora dio la siguiente instrucción: “les voy a leer la misma historia de la vez pasada, después les voy a hacer unas preguntas y quiero que me contesten sinceramente lo que piensan, no hay repuestas malas, ya que lo que cada uno piensa es aceptable y respetable”
  - La investigadora pidió autorización a los participantes para audiogravar la sesión (los participantes accedieron)
  - Después de la lectura, la investigadora realizó cada una de las 19 preguntas que conforman la guía y uno a uno todos los participantes las contestaron
  - Al terminar la sesión se agradeció a los participantes por su colaboración
  - La duración de la sesión fue de 2 horas con 30 minutos aproximadamente

### 5.11 Análisis de datos

Los datos obtenidos (producciones discursivas) fueron tratados mediante un análisis de discurso, obteniéndose categorías específicas de análisis y los elementos que conforman la representación social que tienen los adolescentes de la calle sobre el SIDA.

## CAPÍTULO VI RESULTADOS

### 6.1 Análisis de contenido de las entrevistas individuales

A continuación se presenta el análisis de contenido de 14 entrevistas realizadas individualmente a los varones adolescentes de la calle (ver anexo 5) que conforman la muestra del presente estudio.

El presente análisis de contenido se realizó con base a las siguientes categorías:

- ⇒ Información sobre SIDA: incluye temáticas como definición, síntomas, efectos, formas de transmisión, formas en que no se transmite, formas de prevención, diagnóstico y lugares donde se realizan las pruebas de detección.
- ⇒ Prácticas sexuales: incluye la edad y la persona con quien se tuvo la primera relación sexual, número de parejas sexuales actuales, comunicación sobre el tema del SIDA con la/s pareja/s actual/es o la/s anterior/es, responsabilidad de protegerse del SIDA, formas de prevención utilizadas, así como los motivos de su utilización.
- ⇒ Percepción de riesgo: contempla la clasificación de personas a las que se percibe con riesgo de padecer el síndrome, los motivos de la realización o no realización de la prueba de VIH, evaluación de la posibilidad de que la pareja tenga VIH, evaluación de la posibilidad de que el entrevistado tenga VIH, acciones a realizar a partir del diagnóstico de VIH.
- ⇒ Actitud hacia el SIDA: abarca los pensamientos que tiene el entrevistado con respecto al SIDA, los factores que identifica como causantes del VIH- SIDA, los factores que facilitan que una persona adquiera VIH, pensamientos hacia las personas con VIH- SIDA, relación con una persona infectada por el VIH o con SIDA.

Análisis de contenido por temáticas específicas:

- ⇒ Información sobre SIDA
  - Definición del SIDA

En lo que concierne a éste, varios de los jóvenes definen al SIDA en función de sus formas de prevención y de transmisión, principalmente la sexual. Otros de los participantes lo reconocen como una enfermedad contagiosa o una enfermedad venérea, un virus que provoca que el organismo se enferme y ya no se pueda defender.

## ▪ Síntomas

Uno de los participantes mencionó que los síntomas aparecen de 5 a 10 años posteriores a la transmisión del virus. Se mencionaron los siguientes síntomas del SIDA:

- › Fiebre
- › Diarrea
- › Pérdida de peso
- › Su carne se les vuelve muy frágil
- › Se les empieza a decaer el ánimo
- › Desinterés
- › Les da mucha sed
- › Se les empiezan a paralizar los huesos y ya no pueden caminar
- › Pérdida del cabello.
- › Palidez
- › Ojos amarillos
- › Les puede dar gonorrea, tuberculosis, hepatitis,
- › Les salen muchos granos, manchas y costras.
- Efectos (a nivel personal, familiar, social y de salud)

Las principales consecuencias que se reportan son que el síndrome es mortal y no tiene cura, un joven mencionó el retraso cerebral, otro menciona que quienes tienen el virus no pueden salir porque infectan a los demás (pensamiento mágico). Otro de los participantes dijo que las personas con VIH-SIDA son rechazados por su familia.

## ▪ Formas de transmisión

La principal forma de transmisión que fue reportada por la muestra es la sexual, sin embargo; aunque con menor frecuencia también fueron mencionadas la transmisión sanguínea (por compartir agujas con las que se inyectan cocaína o se realizan tatuajes, por sangre de las heridas y fuegos en los labios), y transmisión perinatal.

## ▪ Formas en que no se transmite

La muestra reportó que el VIH no se transmite por abrazarse o tocarse ni por picaduras de insectos.

## ▪ Formas de prevención conocidas

La medida preventiva mayormente reportada es el uso del condón, aunque solo uno de los participantes habla de la importancia de su uso adecuado y consistente. Otras medidas preventivas que fueron reportadas con menor frecuencia son la fidelidad, el aseo de los

genitales de las dos personas involucradas en la relación sexual, evitar tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo y con sexo servidoras; el conocimiento previo de la historia de vida sexual así como las prácticas sexuales de la pareja. Un participante mencionó como medidas preventivas el tomar pastillas y hacerse la vasectomía. Para la prevención por transmisión sanguínea un joven mencionó el uso de jeringas esterilizadas y en caso de una transmisión de sangre cuidar que la misma no esté contaminada.

#### ▪ Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, muchos de los participantes dicen que no existe alguna forma de saber cuando una persona tiene VIH, o por lo menos no la conocen. Otros dicen que solo dios sabe, dos de los participantes reportaron que sólo se puede saber si una persona tiene SIDA cuando presenta síntomas característicos del síndrome. Otros de los adolescentes mencionaron que yendo al doctor a realizarse la “prueba del SIDA” o una prueba de sangre. Un joven dijo que las personas con VIH no se les quieren acercar a las demás por miedo a contagiarlas.

#### ▪ Lugares donde se realizan las pruebas de diagnóstico

Los lugares reportados van desde cualquier consultorio médico hasta lugares específicos como los centros de salud, hospitales, Clínicas del IMSS, campañas gratuitas que realiza el gobierno, delegaciones, rayos x, locatel, clínica del árbol de la vida, Ser humano y Casa Alianza con su programa LUNA para jóvenes de la calle con VIH-SIDA. Otros de los adolescentes se limitaron a contestar con un simple “no sé”.

#### ⇒ Prácticas sexuales

##### ▪ Edad de la primera relación sexual

La edad de la primera relación sexual fluctúa entre los 11 y los 15 años, solo un participante dijo no haber tenido relaciones sexuales.

##### ▪ Persona con la que se tuvo la primera relación sexual

Este rubro fue abordado por algunos de los participantes de manera espontánea, ya que no se encuentra contemplado dentro de la entrevista. Aquellos que ahondaron en el tema, mencionaron haber tenido su primera relación sexual con

- > Amiga
- > vecina

- **Número de parejas sexuales actuales**

La mayor parte de los adolescentes dijo no tener relaciones actualmente, un joven mencionó tener relaciones solo con su novia, dos mencionaron tenerlas con parejas ocasionales, otro dijo tener relaciones con dos personas, mientras que un último solo se limitó a contestar "con varias".

- **Comunicación sobre el tema del SIDA con la/s pareja/s actual/es o la/s anterior/es**

Varios de los jóvenes reportan no hablar sobre el tema del SIDA con su/s pareja/s uno de los participantes dijo que esto se debe a que el tema no les importa. Otros mencionaron que hablan del SIDA por que se han hecho la prueba de detección del VIH o para conocer la historia sexual de su/s parejas y platicar la propia; esto probablemente con el fin de evaluar la posibilidad de que la pareja tenga VIH. También reportan hablar del SIDA para conocer el punto de vista de su/s parejas, explicar como se transmite el VIH, tratar de cuidarse y asearse para no contraer SIDA, gonorrea o sífilis.

- **Responsabilidad de protegerse del SIDA**

En su mayoría, los adolescentes reportaron que la responsabilidad de protegerse del SIDA recae sobre las dos personas involucradas en una relación sexual ya que ambas personas se exponen a contraer el virus o cualquier otra infección sexualmente transmisible. Además el beneficio de protegerse es para los dos, incluso uno de los participantes recomienda el uso del condón femenino y masculino a la vez, ya que "si falla el condón de uno está el del otro, y así se previenen embarazos y enfermedades". Otro de los adolescentes habló de la importancia de observar si a la pareja le sale flujo. Un joven mencionó que el hombre debe protegerse usando condón y la mujer siendo fiel, solo un participante dijo que la responsabilidad concernía al hombre por que es él quien tiene el rol de protector.

- **Formas de prevención utilizadas**

Principalmente es reportado el uso del condón como medida preventiva. Además, se reportó la realización de la prueba para detectar el VIH, no como medida preventiva pero si como una forma de conocer el propio estado de salud.

- **Motivos por los que se ha decidido utilizar alguna/s formas/s de prevención**

Los jóvenes dicen utilizar el condón para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual así como el SIDA. Un joven reportó que utilizando condón se siente más rico. Mientras que otro dijo que da gusto tener una relación sexual utilizando condón.

- Motivos por los que se ha decidido no utilizar alguna forma de prevención

Cabe mencionar que uno de los participantes dijo no utilizar alguna medida preventiva por que actualmente no tiene relaciones sexuales y para referirse a éstas dijo: "ahorita no estoy pervertido". Otro joven reportó que durante la relación sexual no se acordaba de usar condón.

⇒ Percepción de riesgo

- Clasificación de personas a las que se percibe con riesgo de padecer el síndrome

La mayor parte de los jóvenes reportó que todas las personas que no se protejan y sean descuidadas están en riesgo de adquirir el VIH, otros mencionaron grupos específicos que están expuestos a adquirir el virus, por ejemplo; hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales sin preservativos, los que comparten jeringas, homosexuales y lesbianas, sexo servidoras, travestis, personas mayores, niñ@s (por vía perinatal, o por violaciones).

- Motivos de la realización o no realización de la prueba de VIH

Quienes reportaron haberse realizado la prueba, dicen haberlo hecho para conocer su estado de salud, o por que les sacaron sangre y aprovecharon para realizarse la prueba. Quienes reportaron no haberse practicado la prueba es por que no les importa tener el virus, no les gusta ir con los médicos o simplemente creen que no tienen el virus

- Posibilidad de que la pareja tenga VIH

Algunos de los participantes reportaron no tener pareja, otros dijeron no saber si existe alguna posibilidad de que su pareja tenga VIH, un adolescente descartó la posibilidad debido a que han utilizado condón, otros participantes dijeron que su pareja no podía tener el VIH por que "Ya estuviera yo infectado". Otros participantes dijeron que no era posible que su pareja tuviera VIH por que no se veía mal o se veía contenta, un joven dijo que su pareja no podía tener VIH por que le era fiel.

- Posibilidad de que el entrevistado tenga VIH

La mayoría de los jóvenes negaron la posibilidad de tener VIH debido a que dicen utilizan preservativos o se han realizado la prueba y el resultado fue negativo, a otros simplemente "les late que no lo tienen" y otros dicen no saber. Un joven dijo estar seguro de no tener VIH porque no había tenido relaciones sexuales y no habían abusado de él.

▪ Acciones a realizar a partir del diagnóstico de VIH

Entre las acciones que realizarían los jóvenes a partir de ser diagnosticados como seropositivos se encuentran el ir al médico, tratar de no contagiar a ninguna persona, abstenerse de tener relaciones sexuales, resignarse, sentirse mal (física y psicológicamente), comentarlo con la familia, la pareja, y los amigos. Buscar un albergue para personas con VIH-SIDA (por ejemplo Casa Alianza con su programa LUNA para jóvenes de la calle con VIH-SIDA), hospitalizarse, no denigrarse moralmente, pasar momentos más alegres, trabajar, viajar, morir en la soledad para no contagiar a más gente, suicidarse, buscar ayuda con el doctor, alejarse de todos, sentirían inconformidad. Un joven se negó a contestar la pregunta, la negativa no fue de manera directa; pero se limitó a decir que por eso se protegía no teniendo relaciones sexuales y si las tuviera pediría la prueba de detección de VIH de su pareja. Esta negativa puede deberse a que en realidad no se percibe bajo riesgo de contraer el virus.

⇒ Actitud hacia el SIDA

▪ Pensamientos con respecto al SIDA

Ante la pregunta ¿qué piensas del SIDA?, las respuestas fueron diversas; sin embargo, por lo general contestaban que se trata de una enfermedad muy grave y contagiosa, que es malo por ser mortal, que les daba miedo o que mientras no tuvieran el síndrome no les interesaba el tema. Uno de los participantes dijo que si la enfermedad no se combate a tiempo no se va a detener y que no se debe esperar todo de la ciencia, sino que las personas también debemos poner de nuestra parte cuidando el uso de las jeringas y cuidando de los niños que tienen relaciones sexuales. Un joven mencionó que es importante pedir información con los padres de familia o con los maestros.

▪ Causas del VIH-SIDA

La mayoría de los jóvenes ignoran la/s causa/s del VIH-SIDA, un joven menciona que la causa del VIH-SIDA es que alguien lo tenía y

contagio a varias personas y éstas a su vez contagiaron a más personas y así sucesivamente. Otro joven mencionó que el virus lo trajeron los españoles, los gringos y los europeos por no asearse y tener relaciones aquí (en México), dos de los participantes dijeron que el VIH-SIDA es causa de la promiscuidad, un joven dijo que alguien lo inventó, pero que no sabe quien.

- Factores que facilitan que una persona adquiera VIH

Entre los factores mayormente mencionados están el no protegerse (utilizar condón), la irresponsabilidad, compartir objetos punzo cortantes y ser promiscuo.

- Pensamientos hacia las personas con VIH- SIDA

Entre las expresiones que más destacan se encuentran: "si alguien tiene VIH, uno mismo se lo busca", "se siente feo, me da lástima", "no se deben denigrar, sino darse ánimos y reflexionar", "no deben suicidarse", "pasar los momentos más felices con su familia y con su pareja", "disfrutar los últimos momentos felices", "hay que ayudarlas", "le deben de rezar a dios", "no tuvieron amor y no se supieron cuidar pero son personas normales como yo", "no tenemos derecho de humillarlos", "no deben de contagiar a otras personas por coraje", "debieron de haberse cuidado".

- Relación con una persona infectada por el VIH o con SIDA

En su mayoría los jóvenes afirman que si una persona cercana a ellos tuviera VIH-SIDA la tratarían bien, como si fuera su carnal (hermano), como si fuera una persona normal, la tratarían lo mejor posible haciendo lo que la persona quiera, no la rechazarían, tratarían de convivir con ella, le brindarían apoyo moral y económico, le darían ánimos, preguntarían cómo se contagió y por qué no se previno, se asesorarían acerca de los síntomas, la tratarían mejor, le darían medicinas, no divulgaría que tiene SIDA. Dejarían que la persona haga cosas sola "por que el SIDA es una enfermedad no una discapacidad". Le darían de comer bien, la trataría con más cariño y más amistad.

## 6.2 Análisis de contenido de la primera sesión del grupo focal

A continuación se presenta el análisis de contenido de la primera sesión del grupo focal (ver anexo 6). En dicho grupo participaron 5 de los 14 jóvenes que conformaron la muestra inicial, a los cuales se les

leyó la historia de la vida de una mujer (Carolina) con VIH, y posteriormente se les realizaron 14 preguntas.

El presente análisis de contenido se realizó con base en las siguientes categorías:

- ⇒ Impresión general de la historia
- ⇒ Consejos hacia la protagonista
- ⇒ Definición del SIDA
- ⇒ Formas de transmisión, frecuencia y causas
- ⇒ Formas de prevención conocidas
- ⇒ Consejos de cómo protegerse del SIDA
- ⇒ Número de parejas sexuales y formas de protección utilizadas
- ⇒ Razones para utilizar una medida preventiva
- ⇒ Grupos bajo riesgo de contraer VIH-SIDA
- ⇒ Grupos que deben preocuparse por evitar adquirir el VIH
- ⇒ Pensamientos hacia una persona con SIDA
- ⇒ Acciones a realizar ante un diagnóstico de SIDA en la pareja
- ⇒ Acciones a realizar al saberse con SIDA
- ⇒ Cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes a causa del SIDA

#### **Análisis por categorías**

##### **▪ Impresión general de la historia**

En general, los jóvenes piensan que una persona sin saberlo puede adquirir el VIH y que es culpable de ello por no cuidarse, sin embargo; uno de los participantes habla de la importancia de la autoestima y dice que una persona con SIDA requiere incrementarla. Reconocen el uso de preservativos como la principal forma de prevención, pero además de ésta saben que es necesario “hacerse limpieza para no contagiar alguna infección”. Ubican al SIDA como una enfermedad que no es curable.

##### **▪ Consejos hacia la protagonista**

Los consejos que dan los participantes son que Carolina trate de disfrutar los últimos momentos de su vida con sus seres queridos, que aproveche la vida que le queda, que trate de cuidarse y de no contagiar a más gente, que no se aflija, que siga adelante y que ya no tenga relaciones sexuales. Sólo uno de los jóvenes contestó con la pregunta:

por qué le voy a dar ahorita un consejo, si ya tiene el VIH, ya está contagiada.

- Definición del SIDA

El SIDA es concebido principalmente como una enfermedad incurable que se transmite por vía sexual y sanguínea; que por satisfacción sexual no sabemos controlar, es para chavos que no saben cuidarse y provoca la muerte.

- Formas de transmisión, frecuencia y causas

Las formas de transmisión que se mencionan son sexual, sanguínea y perinatal. Los participantes creen que la vía más frecuente es la sexual, debido a la promiscuidad, por tener relaciones sexuales sin preservativos, porque bajo efectos de la droga es difícil usar condón y por tener relaciones sexuales con prostitutas.

- Formas de prevención conocidas

Las formas de prevención referidas son:

- › Utilizar condón
- › Conocer bien a la pareja sexual
- › Informándose acerca del SIDA
- › Ser fiel
- › Verificar que la aguja con que se les inyecta esté limpia o sea nueva
- › absteniéndose de tener relaciones sexuales
- Consejos de cómo protegerse del SIDA

Los jóvenes refieren que aconsejarían lo siguiente:

- › Utilizar condón
- › Verificar que la pareja es una persona limpia
- › Utilizar agujas esterilizadas o nuevas
- › No practicar el sexo oral
- › Preguntar a la pareja si tiene VIH-SIDA
- › Abstenerse de tener relaciones sexuales
- › Ser fiel
- › No tocar la sangre de otras personas

- Número de parejas sexuales y formas de protección utilizadas

El número de parejas sexuales va desde una hasta cien, la única forma de prevención utilizada es el uso del condón. Solo uno de los participantes refiere nunca haberse protegido.

- Razones para utilizar una medida preventiva

Los jóvenes reportan que el utilizar una medida preventiva depende del cariño hacia la pareja y hacia sí mismo (si se quiere a la pareja y a sí mismo se utiliza alguna medida preventiva).

▪ Grupos bajo riesgo de contraer VIH-SIDA

Los participantes consideran que todas las personas están bajo riesgo de contraer el VIH-SIDA, se consideran como un grupo altamente propenso a adquirir el virus ya que entre ellos es muy común la prostitución (tanto en hombres como en mujeres). Otros de los grupos que se mencionaron son las amas de casa, los homosexuales, las prostitutas, los promiscuos y los hombres.

▪ Personas que deben preocuparse por evitar adquirir el VIH

En esta categoría los jóvenes mencionaron a uno mismo, la pareja y todas las personas del mundo; los hombres y las mujeres.

▪ Pensamientos hacia una persona con SIDA

Si los participantes conocieran a una persona con SIDA, pensarían lo siguiente:

- > No lo criticaría
- > No lo haría sentir mal
- > Trataría de estar con él y de que sus últimos días los pase bien
- > No supo cuidarse o no pidió la suficiente información
- > Hay que tratar de apoyarlo
- > Es cochino
- > Lo apoyaría emocionalmente
- > Fue su error
- > Que le eche ganas
- > Que busque ayuda de su familia o de sus amigos

▪ Acciones a realizar ante un diagnóstico de SIDA en la pareja

Si su pareja tuviera SIDA, los participantes harían lo siguiente:

- > "Haría el sexo con ella sin condón para que sea un amor sidoso"
- > Procurar no tener relaciones o tenerlas con condón
- > Apoyarla tanto en lo verbal como en lo moral
- > Hacerla sentir bien
- > "Si la quiero me casaría con ella"
- > "La llevaría al doctor y llevaría su mismo tratamiento"
- > Me separaría de ella
- Acciones a realizar al saberse con SIDA
- > Trataría de pasar los últimos días bien

- > Me tiro de un árbol, me cuelgo, me mato
- > Me pondría bien triste, me pondría a llorar, me agüitaría bien gacho
- > Me aventaría de la torre latino
- > Buscaría ayuda en un hospital
- > Trataría de no contagiar a más personas
- > Seguir un tratamiento para alargar mi vida
- > Comunicárselo a mi pareja y pedirle apoyo
- Cambios en el comportamiento sexual de los jóvenes a causa del SIDA

Los jóvenes refieren que los principales cambios son el estar enterado del síndrome, y a partir de ello, utilizar condón en las relaciones sexuales para protegerse a sí mismo y a la pareja. Cada vez los jóvenes tienen menos relaciones y se realizan exámenes médicos cuando desean tener un hijo. Además, se está creando una conciencia de autocuidado. Dos de los participantes afirman que a muchos de los jóvenes no les importa adquirir el VIH y no cambian su comportamiento sexual.

### 6.3 Análisis de contenido de la segunda sesión del grupo focal

A continuación se presenta el análisis de contenido de la segunda sesión del grupo focal (ver anexo 7). En dicho grupo participaron los mismos jóvenes que en la primera sesión, a los cuales se les leyó la misma historia de vida leída durante la primera sesión y posteriormente se les realizaron 19 preguntas.

El presente análisis de contenido se realizó con base en las siguientes categorías:

- ⇒ Impresión general de la historia
- ⇒ Sentimientos de Carolina al recibir un diagnóstico de VIH positivo
- ⇒ Relación de la drogadicción y el SIDA
- ⇒ Relación de la sexualidad y el SIDA
- ⇒ Riesgo de contraer el VIH a causa de vivir en una familia donde no hay amor
- ⇒ Opciones de vida al crecer en una familia sin amor
- ⇒ Opciones de ayuda de la familia hacia Carolina
- ⇒ Formas de ayuda de un hermano hacia Carolina (suponiendo que los participantes son hermanos de la misma)
- ⇒ Motivos por los que Carolina sale a la calle

- ⇒ Consejo de un amigo hacia Carolina (suponiendo que los participantes son amigos de Carolina)
- ⇒ Motivos por los que Carolina tenía relaciones sexuales con diversos hombres
- ⇒ Motivos de la aceptación o no aceptación de tener relaciones sexuales a cambio de droga (suponiéndose en una situación similar a la de Carolina)
- ⇒ Culpabilidad de Carolina de haber contraído el VIH
- ⇒ Motivos por los que se rechaza a las personas con VIH- SIDA
- ⇒ Asertividad de Carolina al pensar en suicidarse
- ⇒ Asertividad de Carolina al odiar a todo el mundo
- ⇒ Asertividad de Carolina al odiarse a sí misma
- ⇒ Opciones de Carolina para evitar el tipo de vida que vivió
- ⇒ Modificaciones a la historia de Carolina

#### **Análisis por categorías**

- **Impresión general de la historia.**

Dentro de este apartado los jóvenes mencionan que es una historia que puede vivir cualquier persona, incluso un recién nacido en caso de haber contraído el VIH por vía perinatal; que está mal lo que hizo Carolina y que tenga sentimientos negativos hacia demás personas; que Carolina no pensó en las consecuencias de sus actos y no se cuidó por obtener droga, ser libre, juntarse con muchos hombres y vivir una aventura. Un participante culpa a Carolina de haber adquirido el VIH ya que ésta no escuchó a la gente, no obedeció a su familia y quiso ser libre para buscar droga y no saber controlar su adicción. También mencionan que Carolina hizo mal en prostituirse y que hubiera usado un preservativo. Otro de los jóvenes dijo que la historia es triste, pero a través de ella la protagonista aprendió que no debió vivir así su vida, además menciona que si Carolina hubiera tenido amor su historia sería diferente.

- **Sentimientos de Carolina al recibir un diagnóstico de VIH positivo**

Entre los sentimientos mencionados por los jóvenes se encuentran los siguientes:

- › Se puso triste
- › Se enloqueció
- › Se le fueron las cabras

- Ya no sabía qué hacer
- Quería buscar un lugar donde nadie la molestara
- Pensó que había contagiado a otras personas
- Sintió que odiaba a todo el mundo
- Sintió que no era igual a los que no tienen la enfermedad
- Se deprimió
- Pensó en matarse
- Se sintió mal al pensar en el rechazo de su familia
- No sabía si podía confiar en su familia
- Relación entre drogadicción y SIDA

Los jóvenes reportan que la drogadicción y el SIDA se relacionan porque cuando una persona se encuentra bajo los efectos de la droga es difícil que utilice un preservativo durante una relación sexual, sin embargo es más factible que utilicen preservativo cuando existe una relación afectiva entre las personas que tienen una relación sexual. También se menciona que tanto la drogadicción como el SIDA son consecuencia de la falta de apoyo y confianza familiar. Uno de los participantes refiere la transmisión del VIH como consecuencia de compartir agujas al inyectarse drogas y otro de los jóvenes menciona la prostitución como vía de adquisición de drogas.

- Relación entre sexualidad y SIDA

Los jóvenes, en general mencionan que la sexualidad y el SIDA se relacionan porque el VIH se adquiere a través de las relaciones sexuales, se menciona que la excitación sexual es un factor que impide el uso del condón, así mismo, la falta de información ocasiona que el uso del condón sea incorrecto.

- Riesgo de contraer el VIH a causa de vivir en una familia donde no hay amor

Uno de los riesgos mencionados es el sufrir abuso sexual por parte de los padres, un participante mencionó que la falta de apoyo de la familia y de los amigos provoca que una persona caiga en la drogadicción y posteriormente acepte tener relaciones sexuales a cambio de droga. Otro de los participantes dijo que la falta de amor familiar ocasiona que la persona se deprima y sea más susceptible de acceder a tener una relación sexual con cualquier persona que le “pinte el mundo de color de rosa”, ya que la persona acepta para sentir cariño y comprensión, incluso se menciona la prostitución como una forma de

buscar cariño y sentirse bien con alguien que las tome en cuenta. Los jóvenes también mencionan que es difícil que alguien se cuide por sí mismo sin el apoyo familiar, aunado a esto; piensan que la protagonista de la historia salió a la calle a buscar comprensión y encontró perversión, lo cual provocó que Carolina adquiriera el VIH.

▪ Opciones de vida al crecer en una familia sin amor

Como una opción se menciona el alejarse del núcleo familiar, sin embargo; no se menciona la calle como una alternativa de vida. Las alternativas que se proponen son tratar de hacerse valer y salir adelante por sí mismo, alejarse de las drogas y no aceptar tener relaciones sexuales a cambio las mismas, trabajar, estudiar, ignorar la opinión de la familia y quererse a sí mismo. Sólo uno de los participantes dijo preferir mantenerse en el núcleo familia y buscar el apoyo de sus padres, sólo ante una negativa de éstos buscaría trabajo.

▪ Opciones de ayuda de la familia hacia Carolina

Las formas de ayuda reportadas son las siguientes:

- > Apoyándola con pláticas, consejos y tratamientos
- > Aceptándola en el núcleo familiar
- > Haciéndola sentir que vale mucho, comprendiéndola, dándole amor y cariño
- > Dándole apoyo psicológico y económico
- > Apoyándola para que se recuperara en un hospital
- > Alimentándola y comprándole medicinas
- > Apoyándola para que no se sintiera sola
- > Buscando ayuda profesional
- Formas de ayuda de un hermano hacia Carolina (suponiendo que los participantes son hermanos de la misma)

Las formas de ayuda reportadas son las siguientes:

- > Ayudándola psicológica, moral y económicamente
- > Platicando con ella
- > Tratar de comprenderla y hacerla olvidar para que no se deprima
- > Hacerla sentir como cualquier persona normal
- > Con cariño y respetándole su forma de ser
- > Dándole consejos
- > Preguntando cómo está
- > Convivir con ella, no dejarla sola
- > Decirle que no le haga caso a la gente que la rechaza

- › Acompañándola al médico
- Motivos por los que Carolina sale a la calle

Los motivos que se mencionan son los siguientes:

- › Sus padres no la querían, no la trataban bien y la rechazaban
- › Por buscar la drogadicción y el libertinaje
- › Por buscar cariño y comprensión
- › Por no decirle a sus padres que tiene VIH
- › no tuvo comprensión y sintió la presión de que nadie la entiende y nadie la quiere
- Consejo de un amigo hacia Carolina (suponiendo que los participantes son amigos de Carolina)

Los participantes aconsejarían a Carolina que usara preservativos y buscara mejores amigos, que se fuera a una casa hogar donde le dieran tratamiento y rehabilitación y le ayudaran a estudiar y a conseguir trabajo. La ayudarían económicamente y le dirían que no contagiara a más gente, que transmitiera su experiencia a otras personas; que regresara con su familia, que tratara de recuperarse y que buscara alguna actividad que la alejara de las drogas.

- Motivos por los que Carolina tenía relaciones sexuales con diversos hombres

Las razones de Carolina para tener relaciones sexuales con diversos hombres son:

- › Buscaba amor y cariño
- › Por conseguir droga y alcohol
- › Por deseo sexual
- › Por dinero
- › Porque se encontraba bajo efectos de la droga
- Motivos de la aceptación o no aceptación de tener relaciones sexuales a cambio de droga (suponiéndose en una situación similar a la de Carolina)

Quienes dicen que no aceptarían tener relaciones sexuales a cambio de droga, exponen las siguientes razones:

- › La droga no va con el sexo
- › “Me puede pasar lo mismo que a ella (adquirir VIH) y arrepentirme después”
- › Miedo a contagiarse (adquirir VIH) y arruinar su vida

Sólo uno de los participantes dijo estar dispuesto a aceptar tener relaciones sexuales a cambio de droga, pero aseguró que él si se protegería (usando condón).

- Culpabilidad de Carolina de haber contraído el VIH

Uno de los participantes dice que la culpa no es de Carolina, sino de su familia porque nunca la aceptó tal como era. Dos de los participantes dicen que la culpa es en parte de Carolina, por excitarse tanto y por no haber escuchado a la gente que tal vez le informó del VIH-SIDA; y en parte de la persona que le transmitió el virus. Otros dos participantes dicen que Carolina si es culpable de haber adquirido el VIH por no darse a respetar, aceptar tener relaciones sexuales a cambio de droga, por el tipo de gente con que se relacionó y por no haberse protegido (usando condón).

- Motivos por los que se rechaza a las personas con VIH- SIDA

Los motivos que se mencionan son los siguientes:

- › Porque esas personas son payasas y se sientes superiores
- › Por miedo al contagio
- › Por asco
- › Por falta de información
- Asertividad de Carolina al pensar en suicidarse

Cuatro de los jóvenes piensan que Carolina no tenía razón al pensar en suicidarse ya que debería irse a una casa de rehabilitación, estudiar y trabajar; continuar con su vida y no deprimirse. Debe pensar algo positivo y seguir adelante, transmitir su historia y crear una conciencia más profunda de lo que es el VIH-SIDA. Sólo uno de los participantes piensa que Carolina si tenía razón al pensar en suicidarse debido a que estaba triste y sentía que no valía.

- Asertividad de Carolina al odiar a todo el mundo

Dos de los participantes piensan que Carolina no tiene razón al odiar a todo el mundo porque solo ella es culpable de haber adquirido el VIH por su libertinaje. Uno de los jóvenes dice que Carolina si tiene razón en odiar, pero no a todo el mundo; solamente a quienes le transmitieron el VIH. Otro participante está indeciso ya que Carolina tuvo la culpa por tener relaciones con diversos hombres y no saber usar preservativos, pero lo hizo por buscar cariño. Un último joven dice no saber si Carolina tiene razón, pero afirma que ésta tiene

trastornos, que necesita ayuda psicológica y que ella se buscó lo que le pasó (adquirir el VIH).

▪ **Asertividad de Carolina al odiarse a sí misma**

Todos los participantes afirman que Carolina no tiene razón al odiarse a sí misma ya que es una persona valiente y se debe de querer, si se odia sólo conseguiría amargar la poca vida que le queda. No gana nada con odiarse, solo se deprime; puede seguir adelante, dejar la droga y ya no tener relaciones sexuales. Si no se quiere no va a salir adelante.

▪ **Opciones de Carolina para evitar el tipo de vida que vivió**

Las opciones que se mencionan son las siguientes:

- › Usar preservativos y cuidar que su pareja también los utilizara
- › Buscar buenos amigos
- › No aceptar tener relaciones sexuales a cambio de droga
- › Hablar con su familia y con sus padres (mejorar la comunicación)
- › Analizar las consecuencias de salir a la calle

▪ **Modificaciones a la historia de Carolina**

Cuatro de los participantes dicen que cambiarían la historia de Carolina en los siguientes aspectos:

- › Drogadicción y alcoholismo
- › No aceptar tener relaciones sexuales a cambio de droga
- › Familia más amigable y comprensiva, con una buena relación
- › Carolina obedecería a sus padres
- › Carolina no tendría VIH
- › Carolina no tendría relaciones sexuales
- › Carolina tendría mejores amigos

## CAPÍTULO VII DISCUSIÓN

La presente investigación de corte cualitativo, se inserta en el marco de los estudios de campo; los cuales no pueden llevarse a cabo sin cumplir con una serie de requisitos que permitan el fructífero avance de la investigación. En el caso particular del trabajo en calle, se requiere tener un amplio conocimiento de la Zona Geográfica en donde se llevará a cabo el estudio. Es necesario conocer calles y avenidas principales, establecimientos comerciales, medios y vías de transporte más eficaces, servicios médicos, etc. Esto con el fin de minimizar el riesgo físico que involucra salir a zonas de alto índice delictivo con instrumentos propios para realizar la investigación (por ejemplo, grabadora, cassettes, etc.)

Por otro lado, es necesario tener un amplio conocimiento de las características de la muestra participante en la investigación. En este caso particular, se trata en su mayoría de jóvenes adictos a sustancias inhalables, que viven la violencia como parte de su acontecer cotidiano y que tienen múltiples enfermedades contagiosas que ponen en riesgo la salud del investigador, por lo cual es necesario tomar las medidas pertinentes durante la realización del estudio.

Esta tesis no comienza con el diseño de un proyecto de investigación, sino con un arduo trabajo de campo realizado durante un año previo a la realización de este estudio. Durante ese año, fue necesario formar parte del equipo operativo de una institución que realiza intervención directa en calle en el ámbito de la salud reproductiva.

Así, durante el trabajo de campo noté que durante los últimos años, ciertos grupos de profesionales (conocidos como educadores de calle) y algunos investigadores han comenzado a buscar en los mismos adolescentes una respuesta a sus problemas que los adultos profesionales no han podido resolver. En esta línea de trabajo se inserta la presente investigación, ya que pretende acceder al conocimiento socialmente compartido por un grupo de adolescentes con respecto al SIDA.

Es importante recalcar que los participantes en esta investigación son adolescentes que por sus características son una minoría marginada, y solo en algunas ocasiones se reconoce en el adolescente

de la calle la injusticia social que se vive en nuestro país; sin embargo, la mayoría de las veces pasa desapercibido, formando parte del paisaje urbano, al que uno se ha hecho inmune. Desgraciadamente parece ser que el adolescente de la calle solo es tomado en cuenta cuando se le requiere para formar parte de alguna investigación.

En mi trabajo de campo me encontré con que la mayoría de los jóvenes han participado en varias investigaciones, y tal vez por ello es que su discurso en varias ocasiones parece ser demasiado "ensayado", o bien los jóvenes responden lo que ellos creen que el investigador desea escuchar. De esta forma podríamos decir que los jóvenes utilizan una máscara con la cual desean aparentar lo que no son y esto se hace evidente cuando al analizar su discurso uno descubre que el mismo no corresponde a su comportamiento, más específicamente su comportamiento para prevenir el VIH. Así la primera hipótesis planteada en esta investigación queda confirmada: los elementos que componen el nivel de información del SIDA en varones adolescentes de la calle no corresponden a su comportamiento preventivo del VIH. La información que poseen los adolescentes de la calle con respecto al SIDA es aceptable, sin embargo se detecta la existencia de conductas de riesgo no acordes con sus conocimientos; al grado de emitir un discurso disfrazado donde no aceptan las conductas riesgosas que realizan.

Aunado a esto, el SIDA en muchos casos es atribuido o concebido como un castigo de dios y así mismo se percibe a dios como la única cura de la enfermedad. Sin embargo, también hay quienes saben que el SIDA es causado por el VIH y a pesar de ello en su discurso constantemente se hace referencia a la importancia de "recibir ayuda de dios". De esta forma la segunda hipótesis planteada en esta investigación queda confirmada: la representación social que tienen los varones adolescentes de la calle con respecto al SIDA es manifestada a través de un discurso con matices religiosos.

Tal vez en el contexto de la religiosidad relacionada con el SIDA, muchos de los adolescentes consideran que el SIDA es una enfermedad particular de personas "malas" o que por algún motivo tienen que ser castigadas; y el castigo perfecto en nuestros tiempos es el SIDA. Por lo tanto la tercera hipótesis que plantea esta investigación queda confirmada: los varones adolescentes de la calle consideran que el

SIDA es una enfermedad particular de personas que tienen algún estigma social (homosexuales, sexoservidoras, promiscuos, callejeros, entre otros). Aquí es importante señalar que a pesar de que los adolescentes de la calle son un grupo estigmatizado socialmente, varios de los participantes se asumen como un grupo en alto riesgo de contraer el VIH; mientras que otros no se perciben como población en riesgo. Este último indicador coincide con los resultados arrojados en un estudio realizado por Caballero y Villaseñor (1995), donde se encuentra que los adolescentes de un barrio de estrato marginado en Guadalajara consideran estar en riesgo bajo de contraer el VIH.

Lo anterior provoca que los adolescentes al no percibirse como población en riesgo de contraer VIH, no tomen medidas preventivas; sobre todo en las relaciones sexuales donde el uso del condón es escaso o nulo. De esta forma queda confirmada la cuarta hipótesis de este trabajo: los varones adolescentes de la calle constantemente realizan conductas que los ponen en riesgo de contraer el VIH.

Por otro lado, uno de los puntos más importantes de este trabajo es evidenciar la importancia de conocer la representación social del SIDA, porque tal vez las campañas de prevención tienen una escasa o nula repercusión individual para conseguir cambios significativos en las conductas de riesgo de los individuos debido a que en ellas no se toma en cuenta el pensamiento social compartido por estos grupos tan particulares.

Jodelet (1988) considera que los contenidos de las representaciones han de hacer referencia a los contextos y a las condiciones en las que surgen y la función que tienen dentro de la interacción en el mundo, dicha afirmación es bastante certera, ya que todo fenómeno social debe ser contextualizado. Como ha sido expuesto por una gran variedad de autores, el fenómeno de los llamados "niños y jóvenes de la calle" cuenta con un contexto específicamente urbano, y de condiciones de pobreza, fenómeno mismo que ha sido capaz de activar a la sociedad para elaborar reglamentos, instituciones y metodologías de atención mismas que tienen la función de tratar de solucionar en lo posible dicha situación considerada como lamentable. El presente trabajo se inserta en esta línea y pretende aportar elementos que permitan prevenir el VIH-SIDA. Así uno de los principales obstáculos para lograr dicho objetivo es que los varones adolescentes

de la calle sexualmente activos, y por tanto población en riesgo, se preocupan escasamente por su salud y en muchos casos no se perciben como población en riesgo, lo que disminuye la efectividad de las campañas preventivas. Es por ello que es de vital importancia acceder al conocimiento socialmente compartido por estos grupos y a partir del mismo diseñar o adaptar cualquier programa de prevención o atención.

En concreto es necesario dar una respuesta inmediata a la necesidad de una educación sexual que aborde aspectos como cuerpo, placer, género y enfermedades de transmisión sexual, además de la infección por VIH, y que promueva una conducta sexual más segura. Así mismo, es una exigencia que la salud sexual de los jóvenes sea el centro de programas educativos, de prevención, de cuidados y servicios, y que sean sensibles a los jóvenes con necesidades especiales (los jóvenes socialmente apartados, discapacitados, homosexuales y a quienes viven con la infección por VIH o con SIDA).

## CONCLUSIONES

En este apartado se hablará de la importancia de la psicología social aplicada a escenarios naturales y se ahondará sobre los mecanismos internos de la representación social (objetivación y anclaje) y las tres dimensiones de dicha teoría (información, campo de representación y actitud).

En el ámbito metodológico, la presente investigación apuntala a reforzar y ser parte de las investigaciones de corte cualitativo, ya que como afirman Ferreira y Ramos (1995), es importante incorporar métodos cualitativos de investigación que permitan conocer la realidad social para que tomando en cuenta ésta, sean diseñados o adaptados los programas preventivos dirigidos a una determinada comunidad.

Las niñas, niños y adolescentes de la calle son parte del acontecer cotidiano de nuestra ciudad. Se encuentran en los parques, en las avenidas, en los mercados, en los puentes, en las coladeras y en los baldíos por mencionar sólo algunos lugares.

El lugar donde viven se convierte en su hogar y su grupo de amigos es considerado como una familia. De esta forma al vivir en la calle, buscan satisfacer la necesidad de afecto y construir su identidad callejera basándose en la pertenencia a un grupo

Es en este contexto donde se inserta la presente investigación, la cual ha resultado ser una experiencia sumamente enriquecedora y todo un reto debido al contexto y características de esta población.

En términos generales los varones adolescentes de la calle se caracterizan por ser un sector marginado que cuando no es agredido es ignorado por la mayor parte de la sociedad, los lugares que toman como vivienda se caracterizan por pertenecer a zonas geográficas de altos índices delictivos e inseguridad pública, lo cual dificulta el acceso a estos grupos, Aún así es posible tener contacto con ellos y adentrarse a su mundo caracterizado por estar lleno de violencia, drogadicción, autodeterioro del cuerpo, miedo o rechazo por parte de la sociedad, relación utilitaria con las organizaciones interesadas en abordar este fenómeno, etc. A pesar de esto ellos también tienen valores como el compañerismo y la libertad, y son precisamente éstos y otros muchos elementos los que determinan la forma en que los adolescentes se

relacionan con los demás (comunidad, organizaciones, compañeros, etc.)

Así que para acceder al conocimiento socialmente compartido por los adolescentes y entender el significado que éste tiene para ellos, es necesario adentrarse a la subjetividad y características particulares de su lenguaje, analizar su discurso, conocer la forma en que se relacionan con su entorno, etc.

Para lograr tal objetivo, la psicología social proporciona una serie de herramientas teórico-metodológicas con las cuales se plantea la necesidad de adecuar el estudio de la psicología a la realidad social, donde por primera vez se reconoce la importancia social de las minorías marginadas.

En resumidas cuentas, es la psicología social una ciencia interesada en el desarrollo de las teorías y los métodos adecuados para la investigación e intervención de problemáticas socialmente relevantes en los diversos grupos que conforman las sociedades. En este caso, el estudio de la representación social del SIDA en varones adolescentes de la calle.

Así, puede decirse que esta investigación es a la vez un producto y un aporte a la psicología social aplicada a escenarios naturales. En este contexto, a continuación se presentan las conclusiones más relevantes derivadas del presente estudio sustentado en la teoría de la representación social:

- En lo que respecta a la objetivación, se observa que los varones adolescentes de la calle conceptualizan al SIDA como una enfermedad incurable y mortal; conocen las formas de transmisión, especialmente la sexual y sanguínea y en pocos casos la perinatal. Sin embargo, sus conocimientos no son del todo claros; ya que en su mayoría reportan que la causa del SIDA es el comportamiento sexual "inmoral": promiscuidad, infidelidad, sexoservicio, homosexualidad, entre otros.
- En cuanto al anclaje, la importancia del SIDA se evidencia sólo en relaciones sociales determinadas. Por ejemplo, cuando se ejerce la prostitución y se tiene relaciones sexuales con un desconocido o por ser infiel. Así, el SIDA se convierte en un elemento que facilita la comprensión de situaciones cotidianas dentro del grupo.

- La información que poseen los adolescentes de la calle con respecto al SIDA se podría agrupar en concepto, formas de transmisión y formas de prevención, el contenido de la información es homogéneo; y su discurso es muy similar tal vez porque han tenido acceso al mismo tipo de información y a los mismos servicios.
- En cuanto al campo de representación, no se observa claramente alguna jerarquización de los elementos que lo componen; los participantes reportan elementos de diversa índole, es decir de tipo religioso, social, conductual, etc.
- La actitud de los participantes hacia el SIDA tiende a ser negativa en cuanto a que se reporta que es una enfermedad que les causa miedo, es muy grave y contagiosa, mortal. Sin embargo en cuanto a la actitud hacia las personas con SIDA, ésta es positiva y se reporta que no se deben denigrar, sino darse ánimos y reflexionar, pasar momentos felices con la familia y la pareja, nadie tiene derecho a humillarlos, le deben rezar a dios.

### **ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

El objetivo de esta tesis es acceder al conocimiento socialmente compartido por un grupo de adolescentes de la calle, a través de la teoría de la representación social. A pesar de haberse alcanzado dicho objetivo esta tesis tiene algunas limitaciones y sugerencias que a continuación se exponen.

- Información sobre las formas de organización que existen y serían posibles, así como información sobre las características del adolescente de la calle, es hasta cierto punto vaga e imprecisa. Esto se debe, en parte, a la naturaleza de los mismos adolescentes de la calle que no se prestan como objeto de investigaciones controladas y formales, no mantienen una ubicación fija o actividades estables que permitan tener acceso a mayor información.
- Por lo anterior es importante realizar más estudios sobre el SIDA que arrojen más elementos de intervención en esta población.
- Con los elementos ya existentes diseñar campañas de prevención en donde el uso correcto y consistente del condón sea una prioridad.
- Diseñar programas de intervención tomando en cuenta el contexto y características específicas de la población a la que van dirigidos, ya

que estos elementos determinan en gran medida el impacto de la intervención.

- Así mismo es de vital importancia abordar el problema bajo una perspectiva de género ya que sería un error tratar de implementar programas diseñados para varones en población femenina y viceversa.
- Para lograr lo anterior es necesario adentrarse en la subjetividad de cada género, analizar su discurso, conocer la forma en que se relacionan con su entorno, entre otros.
- Finalmente, y aunque parezca bastante obvio; es necesario que el fenómeno del SIDA sea analizado por diversos profesionales que aborden el problema desde diferentes enfoques, con el objetivo de encontrar otras alternativas de abordaje para las distintas poblaciones en los diversos niveles de prevención.

## REFERENCIAS

1. Academia Mexicana de Derechos Humanos. (1999). Cartilla sobre los derechos de las niñas y los niños que trabajan o viven en las calles. (Cartilla disponible en Academia Mexicana de los Derechos Humanos. Filosofía y Letras 88, Col. Copilco Universidad C.P. 04360 México, D.F.)
2. Aguilar, M. José A. (2000). Los derechos humanos de los portadores de VIH y enfermos de SIDA. (Folleto disponible en la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Secretaría Técnica del Consejo. Carretera Picacho-Ajusco N° 238 Edificio Torre dos 3er piso Jardines de la montaña. Tlalpan 14210 México, D.F.)
3. Alonso, L. Raquel. (1996). ¡Nos desprecian porque somos pobres! Desarrollo de un estilo de vida en los espacios públicos: (las bandas de niños y jóvenes de Garibaldi y casa de todos). Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.
4. Bayes, R. (1994). SIDA y psicología: Realidad y perspectivas. Revista de Psicología General y Aplicada, 42 (2).
5. Bronfman, M; Amuchástegui, A; Martina, R; Minelo, M; Rivas, M y Rodríguez, G. (1995). Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA. En CONASIDA. SIDA en México. Migración, adolescencia y género. (pp. 93-187). México: CONASIDA.
6. Caballero, R. y Villaseñor, A. (1995). Percepción cultural sobre la sexualidad y el riesgo para adquirir el SIDA en adolescentes de un barrio de estrato marginado de Guadalajara. (Análisis estadístico). Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública.
7. Caballero, R. y Villaseñor, A. (1996). Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un barrio marginado. Salud Pública, 38 (4).
8. Caballero, R; Villaseñor, A e Hidalgo, A. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México. Salud Pública 31, (4).
9. Cárdenas L. Aurora. (1990). La sexualidad desde el SIDA: Una aproximación. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.

10. Centros de control de enfermedades infecciosas y prevención (CDC) de Atlanta, GA, Estados Unidos. (1998). Preguntas y respuestas sobre el condón masculino de látex para prevenir la transmisión sexual del VIH. SIDA-ETS, 4 (2).

11. Consejo nacional de población. (1994). Sexualidad adolescente. México: CONAPO

12. Contreras, S. Sofía. (1995). Los niños que viven en la calle: Un grupo en Taxqueña. Estudio descriptivo. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.

13. Del Rio, C. Carlos. (1998). La prevención de la infección por VIH: ¿dónde estamos y hacia donde debemos ir? SIDA-ETS, 4 (3).

14. Díaz C. Alberto. (1998). Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la representación social en el campo de la salud mental. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.

15. Educación con niños de la calle. (1993). Vivir en la calle. México: EDNICA.

16. Farr, M. (1983). Escuelas Europeas de psicología social: La investigación de las representaciones sociales en Francia. Revista Mexicana de Sociología, 45 (2). Instituto de investigaciones sociales, UNAM.

17. Farr, R. (1988). Las representaciones sociales. En S. Moscovici. Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. (pp.495-506). Barcelona: Paidós.

18. Ferreira, J y Ramos, R. (1995). HIV/AIDS prevention among female sexual partners of injection drug users in ciudad Juárez, México. AIDS CARE, 7 (4).

19. Fideicomiso para los programas a favor de los niños de la calle. (1992). México.

20. Filgueiras, A. (1995). ¡Primero los jóvenes! Acción en SIDA, (25).

21. Flores, P. Fátima. (1994). La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: Posibles repercusiones en la intervención clínica. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

22. Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el SIDA A. C. Información Básica sobre SIDA. (Folleto disponible en Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA A.C. Calle 19 N° 75 San Pedro de los Pinos. Benito Juárez. 03800 México, D.F.)

23. Goffman, E. (1970). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

24. Góngora, R; Sosa, O; González, P; Castro, C; Lara D y Alonzo S. (1996). Infección por los retrovirus humanos VIH-1/2 y HTLV-I/II en un grupo de mujeres que practica la prostitución en el estado de Campeche, México. Trabajo presentado en el XXI Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica.

25. Hernández, C; Cruz, Aurelio; Quiterio, M; Uribe, F; Peruga, A y Hernández, M. (1999). Factors associated with condom use in the male population of Mexico city. International Journal of STD and AIDS, 10 (2).

26. Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill, 1994.

27. Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez (comp.) Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.

28. Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

29. Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: Mc Graw-Hill. Segunda edición es español, 1990.

30. Leserman, J; Jackson, E; Petitto, J; Golden, R; Silva, S. y Perkins, D. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. Psychosomatic Medicine 61, (3).

31. Letra S, marzo 1, 2001.

32. Marin, H. María del Rocio. (1993). Representación social del SIDA en universitarios. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

33. Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Argentina: Huemul.

34. Murillo, D. (1997). SIDA y sociedad civil. SIDA-ETS, 3 (2).

35. Murillo, D. (1998). ¿Qué podemos hacerlas personas con VIH/SIDA para vivir más y mejor? SIDA-ETS, 4 (3).

36. New York Times, mayo 25, 1987.

37. Orellan, A. Gladys y González, P. Marco A. (1991). Representación social del SIDA en adolescentes. Bases para el diseño de una campaña de prevención. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.

38. Pick, S. y Alvarez, M. (1996). El impacto del SIDA en las creencias y las conductas sexuales de los varones adolescentes (Resumen). La Psicología Social en México VI Congreso Nacional de Psicología Social.

39. Plant, M. (1990). Sex work, alcohol, drugs, and AIDS. En M. Plant. AIDS, drugs, and prostitution. (pp. 1-13). London and New York: Tavistock/Routledge.

40. Reynolds, M. (1990). Los niños de la calle y el SIDA. Gaceta Conasida 3, (2).

41. Rodríguez A. y Salazar, I. (1992). Psicociología del SIDA. Psicopatología, 12 (3).

42. Rosas, F. (1995). La infección por el VIH en jóvenes. Acción en SIDA, (25).

43. UNICEF. (1998). Promoción de la utilización racional de medicamentos y el manejo correcto de casos en los servicios básicos de salud. La Prescripción, (16 y 17).

44. Uribe, P; Hernández, G; Del Río, C y Ortiz, V. (1995). Prostitución y SIDA en la ciudad de México. Salud Pública, 37 (6).

45. Villaseñor, A; Caballero, R. e Hidalgo, A. (1997). Conocimientos, Percepción de riesgo, y prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública.

46. Villaseñor, A; Caballero, R; Hidalgo, A y Santos, J. (1995). Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para la adquisición del VIH en adolescentes de 15 a 19 años y 4 estratos socioeconómicos de Guadalajara (Resultados preliminares). Trabajo presentado en el XX Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica.

## ANEXO 1

### GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nombre:

Edad:

Tiempo de estar en calle:

Consumo de sustancias:

Zona:

#### I. Información sobre SIDA

1. ¿Qué es el SIDA?
2. ¿Cuáles son las formas de transmisión del VIH?
3. ¿Cuáles son las formas de prevención del VIH?
4. ¿Cómo se puede saber si una persona tiene VIH?
5. ¿En qué lugares se realizan pruebas para detectar VIH?

#### II. Prácticas sexuales

1. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
2. Actualmente ¿Con cuántas personas tienes relaciones sexuales?
3. ¿Hablas del SIDA con tu/s parejas?
4. En una relación sexual ¿quién tiene la responsabilidad de protegerse del SIDA? Tu, tu pareja o ambos. ¿Por qué?
5. ¿Utilizas alguna forma de prevención del VIH? ¿Por qué decidiste usarla?

#### III. Percepción de riesgo

1. ¿A quién le puede dar SIDA?
2. ¿Te has realizado la prueba para detectar el VIH?, ¿Por qué?
3. ¿Crees que existe alguna posibilidad de que tu pareja tenga VIH?, ¿Por qué?
4. ¿Crees que existe alguna posibilidad de que tu tengas VIH?, ¿Por qué?
5. Si tuvieras VIH ¿Qué harías?

#### IV. Actitud hacia el SIDA

1. ¿Qué piensas del SIDA?
2. ¿Cuál crees que sea la causa del VIH-SIDA?
3. ¿Por qué crees que las personas adquieren el VIH-SIDA?
4. ¿Qué piensas de las personas con VIH-SIDA?
5. Si una persona cercana a ti tuviera VIH-SIDA ¿Cómo la tratarías?

Observaciones:

## ANEXO 2 HISTORIA DE VIDA

### Historia de vida

Me llamo Carolina, tengo 28 años y un análisis que dice VIH positivo. Tengo, además una larga historia de adicción. Adicción a todo: a las drogas, al alcohol y también al sexo.

Nací en Zacatecas, en una familia donde abundaba el dinero pero escaseaba el amor, una familia que de chica me consideraba fea, mala y puta por juntarme con los hombres. Por lo tanto apenas adolescente, empecé a salir a la calle, donde encontré la compañía y la aceptación que no tenía en mi casa.

Desde los quince años andaba por ahí emborrachándome con los amigos, fumando marihuana y también inyectándome, como todos los demás. Nos llevaba la policía muy seguido, o amanecía tirada en cualquier lugar. Así poco a poco fui viviendo una vida cada vez más peligrosa y mi adicción a todo fue aumentando.

Iba a todas las fiestas y terminaba tirada en cualquier lugar, toda vomitada, sin saber dónde estaba. Y además tenía relaciones con casi todos los hombres del pueblo. Un día fui a una fiesta en casa de mi amiga Cecilia, ahí estaban dos hombres que no vivían en el pueblo, uno de ellos me ofreció droga a cambio de tener relaciones sexuales con él, yo acepté por que mi vida sin la droga no tenía sentido, además no tenía dinero y ya casi nadie me quería fiar.

Pasó el tiempo y un día me sentí mal, fui al hospital y ahí me dijeron que me hiciera un análisis de SIDA. El resultado dio positivo y todo el pueblo se enteró, el rechazo para mi fue terrible. Recordaba y sabía que toda mi vida había sido un desastre, tenía un sentimiento de culpa muy fuerte por todas las personas a las que yo sin saberlo había infectado. Incluso pensé suicidarme, no podía creer que a mi corta edad estuviera condenada a muerte, me preguntaba por qué me sucedió a mi y no a cualquier otra persona, sentía que odiaba a todo el mundo y a mi misma..... si tan solo me hubiera cuidado, si tan solo hubiera utilizado un preservativo..... mi historia sería diferente.

ANEXO 3  
GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA PRIMERA SESIÓN DEL GRUPO  
FOCAL

1. ¿Qué piensas de los que acabas de escuchar?
2. ¿Qué consejo le darías a Carolina?
3. ¿Qué es para ti el SIDA?
4. ¿Cuáles son las formas de transmisión del VIH?, ¿Cuál crees que es la más común en los jóvenes?, ¿A qué crees que se deba que esa forma sea la más frecuente?
5. ¿Cómo te puedes prevenir de esa forma de contagio?
6. Si tu mejor amigo te pregunta cómo protegerse del SIDA ¿Qué le dirías?
7. Aproximadamente ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?, ¿Con cuántas de ellas te has protegido?, ¿De qué forma te protegiste?
8. ¿De qué depende que utilices una medida preventiva en una relación sexual?
9. ¿Quiénes están expuestos a que les de SIDA?
10. ¿Quién se debería preocupar por evitar contagiarse con el VIH?
11. Si un conocido tuviera SIDA ¿Qué pensarías de el?
12. Si tu pareja tuviera SIDA ¿Qué harías?
13. Si tu tuvieras SIDA ¿Qué harías?

14. ¿Crees que el SIDA está cambiando el comportamiento sexual de los jóvenes?, ¿De qué forma?

**ANEXO 4**  
**GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA SEGUNDA SESIÓN DEL GRUPO FOCAL**

1. ¿Qué piensas de lo que acabas de escuchar?
2. ¿Qué crees que sintió Carolina al escuchar que tenía VIH?
3. ¿Cómo se relacionan la drogadicción y el SIDA?
4. ¿Cómo se relacionan la sexualidad y el SIDA?
5. ¿Crees que el crecer en una familia donde no hay amor te pone en mayor riesgo de contraer el VIH?
6. Si hubieras tenido una familia como la de Carolina, que la consideraba fea y mala ¿Qué hubieras hecho?
7. La familia de Carolina ¿De qué forma podría ayudarla?
8. Si tu fueras hermano de Carolina ¿De qué forma la ayudarías?
9. ¿Por qué crees que Carolina salió a la calle?
10. Si tu fueras amigo de Carolina ¿Qué consejo le darías?
11. ¿Por qué crees que Carolina tenía relaciones con casi todos los hombres del pueblo? ¿Qué buscaba?
12. Estando en el lugar de Carolina ¿Hubieras aceptado tener relaciones sexuales a cambio de droga?
13. ¿Crees que Carolina es culpable de haber contraído el VIH?
14. ¿Por qué crees que mucha gente rechaza a las personas con VIH-SIDA?

15. ¿Crees que Carolina tenía razón al pensar en suicidarse?
16. ¿Crees que Carolina tenía razón de odiar a todo el mundo?
17. ¿Crees que Carolina tenía razón de odiarse a sí misma?
18. ¿Qué pudo hacer Carolina para evitar vivir el tipo de vida que vivió?
19. Si tu pudieras cambiar la historia de Carolina ¿Cómo la cambiarías?

## ANEXO 5 ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Debido a la relevancia social y particularidad del discurso de los adolescentes de la calle, a continuación se presenta una de las entrevistas realizada de manera individual a uno de los participantes del presente estudio.

Nombre: Germán

Edad: 18 años

Tiempo de estar en calle: 11 años

Consumo de sustancias: Activo y Marihuana

Zona: Garibaldi

### I. Información sobre SIDA

#### 1. ¿Qué sabes del SIDA?

“El SIDA te pone todo pálido, granoso, con calentura, te empieza a adelgazar y te empieza a poner amarillote; te puede dar gonorrea, tuberculosis, hepatitis, se te ponen los ojos bien amarillos”

#### 2. ¿Cuáles son las formas de transmisión del VIH?

Germán se queda pensando por un momento y luego dice: lo que tu me quieres preguntar es ¿por qué a la gente le da SIDA? , la entrevistadora responde afirmativamente y Germán continua: “porque a la gente le gusta tener mucho sexo con gente desconocida, sin saber que tu fuiste, con perdón de la palabra, el pendejo; por prostituirse, por que le andas agarrando la cosa a la amiga..... ni por tocarse ni por abrazarse les da SIDA, malo fuera que hiciéramos el amor”.

#### 3. ¿Cuáles son las formas de prevención del VIH?

“Con el condón. Le bajas el cierre del hombre y le metes la cabecita, cuando ya se lo metiste..... esa cosa contiene lubricantes y ya para poderlo hacer con una mujer o con un hombre es más rico. Novia yo ahorita no he tenido por que estoy en la calle y por que no tengo trabajo, pero me gustaría hacerlo, se siente bien rico”.

#### 4. ¿Cómo se puede saber si una persona tiene VIH?

“Solamente Dios sabe..... a lo mejor el doctor sabe, existe una prueba.....Dios es la prueba”.

5. ¿En qué lugares se realizan pruebas para detectar VIH?  
"Solamente que vallas al hospital del IMSS"

## II. Prácticas sexuales

1. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?  
"A los 15"
2. Actualmente ¿con cuántas personas tienes relaciones sexuales?  
"No, con nadie"
3. Cuando has tenido pareja o novia, ¿Hablas del SIDA con ella?  
"No"
4. En una relación sexual ¿quién tiene la responsabilidad de protegerse del SIDA? Tu, tu pareja o ambos. ¿Por qué?  
"El hombre, porque cuida".
5. ¿Utilizas alguna forma de prevención del VIH? ¿Por qué decidiste usarla?  
"El condón, porque se siente más rico".

## III. Percepción de riesgo

1. ¿A quién le puede dar SIDA?  
"Solamente a los jotos y a los travestis".
2. ¿Te has realizado la prueba para detectar el VIH?, ¿Por qué?  
"No, ¿para qué?".
3. ¿Crees que existe alguna posibilidad de que alguna de tus parejas o novias haya tenido VIH?, ¿Por qué?  
"No, no se veían mal".
4. ¿Crees que exista alguna posibilidad de que tu tengas VIH?, ¿Por qué?  
"Quien sabe..... necesitaría ir a Coyuya a hacerme unos análisis".
5. Si tuvieras VIH ¿Qué harías?  
"Me haría pendejo, me quitaría de una vez la vida. Eso solo Dios me lo podría quitar".

#### IV. Actitud hacia el SIDA

##### 1. ¿Qué piensas del SIDA?

"Que es algo malo para el adolescente y que no nos digan nuestros papás que eso es malo y nosotros vamos y nos metemos con la persona y nos queremos llevar a la chica a huevo para que tenga un hijito a huevo".

##### 2. ¿Cuál crees que sea la causa del VIH-SIDA?

"No sé, la causa es que te metes con la gente que no debería ser".

##### 3. ¿Por qué crees que las personas adquieren el VIH?

"Por que la gente está bien idiota y se mete con quien sea".

##### 4. ¿Qué piensas de las personas con VIH-SIDA?

"Que vivan ahorita, lo que más se pueda y que le recen a Dios por que él es el mejor (muestra una cruz de madera colgando del cuello). Dios está dentro de mi corazón, no he comido; pero le pido al señor que me llene mi pancita con airecito. Es triste vivir en la pinche calle, pero si no tienes papá, mamá, hermanos, amigos o nomás pa' la mota y las viejas y pa' puro coje y coje".

##### 5. Si una persona cercana a ti tuviera VIH-SIDA ¿cómo la tratarías?

"Chale..... (llora). No, pues a esa persona la trataría como si fuera mi carnal, un chingo de apoyo, un chingo de medicina, un chingo de cosas.

Observaciones: A pesar de que Germán mostró mucha disponibilidad para contestar las preguntas, comentó que se trataba de preguntas obscenas y luego agregó: "Yo sé que no cualquier pendejo te contesta estas preguntas, pero yo sé que es tarea y ni modo, se tiene que hacer a huevo.....; Yo también fui a la universidad y también hice tarea". Además constantemente mencionaba a Dios como la causa, cura y explicación del VIH-SIDA.

ANEXO 6  
PRIMERA SESIÓN DEL GRUPO FOCAL

Debido a la relevancia social y particularidad del discurso de los adolescentes de la calle, a continuación se presentan las respuestas de uno de los participantes durante la primera sesión del grupo focal.

1. ¿Qué piensas de lo que acabas de escuchar?

ARON: pues yo pienso que hay que cuidarnos de no contagiarnos del SIDA, y que esta persona que está infectada que no se eche para atrás porque a lo mejor tiene amigos que la pueden ayudar y que no se eche su autoestima para abajo, hay que echarla pa' arriba por que ese es el principal apoyo que necesita una enfermo de SIDA.

2. ¿Qué consejo le darías a Carolina?

ARON: yo le aconsejaría pues que le echara ganas y que tratara de seguir adelante aún con su enfermedad.

3. ¿Qué es para ti el SIDA?

ARON: es una enfermedad que se puede contagiar por cualquier vía sexual o sanguínea ¿no?, es una enfermedad para chavos que no saben cuidarse con su pareja, o que no saben que su pareja tiene SIDA y ellos no saben cuidarse; por eso tienes que saber las cosas y conocer a la persona que quieres.

4. ¿Cuáles son las formas de transmisión del VIH?, ¿Cuál crees que es la más común en los jóvenes?, ¿A qué crees que se deba que esa forma sea la más frecuente?

ARON: una por la sangre, una por inyecciones, por el sexo y por relaciones sin condón. Algunos se contagian porque a lo mejor no usaron condón, otros porque no lo saben usar adecuadamente, primero se ve la fecha de caducidad, después se ve si tiene aire, porque si no tiene aire ya no sirve, también no se puede abrir con las uñas ni con los dientes, se tiene que abrir con la yema de los dedos. También tienes que saber sacarle el aire al condón para que cuando tengas la relación no se te infle y se te reviente adentro, y después de acabar de tener tu

relación sacarlo pero cuando todavía el pene esté como vulgarmente se dice parado, que no esté flácido.

5. ¿Cómo te puedes prevenir de esa forma de contagio?

ARON: yo con la abstinencia, o tener una sola pareja y conocerla.

6. Si tu mejor amigo te pregunta como protegerse del SIDA que le dirías?

ARON: le daría las opciones, que use condón, que no sea promiscuo, que tenga abstinencia.

7. Aproximadamente ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?, ¿Con cuantas de ellas te has protegido?, ¿De qué forma te protegiste?

ARON: con mi esposa nada más.

8. ¿De qué depende que utilices una medida preventiva en una relación sexual?

ARON: depende de que tu te protejas, protejas a tu pareja y te cuides cuando tengas relaciones sexuales con otra persona.

9. ¿Quiénes están expuestos a que les dé SIDA?

ARON: pues más que nada los homosexuales, los hombres, uno mismo.

10. ¿Quién se debería preocupar por evitar contagiarse con el VIH?

ARON: pues más que nada uno mismo porque si uno no se preocupa por uno mismo pues corre el riesgo de contagiarse.

11. Si un conocido tuviera SIDA ¿qué pensarías de él?

ARON: pues nada ¿no?, que cometió un error al no protegerse, pero que le tiene que echar ganas, no dejarse vencer por su enfermedad al contrario tratar de que si ya cometió un error, solucionar los demás que vienen.

12. ¿Si tu pareja tuviera SIDA qué harías?

ARON: la apoyaría en lo que se pudiera, la ayudaría psicológicamente o no psicológicamente sino como pareja que somos ayudarla moralmente, que le eche ganas. Seguiría con ella porque me necesita más que nada.

13. ¿Si tu tuvieras SIDA qué harías?

ARON: pues trataría de comunicárselo a mi pareja para que cuando estuviera embarazada o algo así no se contagie mi hijo o pedirle el apoyo.

14. ¿Crees que el SIDA está cambiando el comportamiento sexual de los jóvenes?, ¿De qué forma?

ARON: no mucho porque a algunos les vale gorro y a otros no, también como dicen cada cabeza es un mundo, luego unos dicen no es que sin condón no sabe igual o que con condón se siente más rico y así cada quien sus opiniones, son los mitos del condón. Yo si he cambiado mi comportamiento, como que me abstengo más.

## ANEXO 7

### SEGUNDA SESIÓN DEL GRUPO FOCAL

Debido a la relevancia social y particularidad del discurso de los adolescentes de la calle, a continuación se presentan las respuestas de uno de los participantes durante la segunda sesión del grupo focal.

1. ¿Qué piensas de lo que acabas de escuchar?

ARON: es una historia triste, pero aprendió que no debió haber vivido así su vida, tal vez si hubiera tenido un poco más de amor hubiera sido diferente su vida.

2. ¿Qué crees que sintió Carolina al escuchar que tenía VIH?

ARON: sintió que no sabía ni qué hacer, primero se puso a llorar y después buscó un apoyo porque sin un apoyo na' más no la haces.

3. ¿Cómo se relacionan la drogadicción y el SIDA?

ARON: ¡uy! la drogadicción y el SIDA van de la manita, porque ya estando drogado puedes tener relaciones y te vale ¿no? , con quién lo hagas o con cuántos lo hagas, las orgías que hagas.... es fácil contagiarse.

4. ¿Cómo se relacionan la sexualidad y el SIDA?

ARON: además, si no tuvieran relaciones no tuvieran SIDA, no sé porque se originó esa enfermedad pero es la forma más común por la que se contagia.

5. Crees que el crecer en una familia donde no hay amor ¿te pone en mayor riesgo de contraer el VIH?

ARON: tal vez si porque te abren otras puertas, tu sales a buscar comprensión y en vez de comprensión encuentras perversión y eso te lleva a que encuentres una enfermedad como el VIH. Si no hay comunicación en la familia, porque no es que no te quieran, si no hay comunicación tu sales con tus cuates y sales a probar cosas que no te van a enseñar en tu casa.

6. Si hubieras tenido una familia como la de Carolina, que la consideraba fea y mala ¿qué hubieras hecho?

ARON: como soy hombre, tal vez me hubiera ido de la casa, igual que ella, me olvidaría de mi familia, si no me quieren para qué tengo contacto con ellos, trataría de salir adelante por mi mismo y demostrarles que puedo seguir sin tener contacto con ellos.

7. La familia de Carolina ¿de qué forma podría ayudarla?

ARON: apoyándola, queriéndola más que nada, todos juntos que la sacaran adelante, toda la familia. Con ayuda profesional, porque uno sólo no sabe qué hacer con esa enfermedad.

8. Si tu fueras hermano de Carolina ¿de qué forma la ayudarías?

ARON: primero pues platicando con ella, que sacara sus traumas, acompañándola al médico, económicamente si tuviera dinero si la ayudaría.

9. ¿Por qué crees que Carolina salió a la calle?

ARON: por rejea, porque no hubo comprensión en su casa y se salió. Según ella no la querían, era el patito feo de la casa. Se salió de su casa porque sintió una presión de que nadie la entiende y de que nadie la quiere y buscó otra salida.

10. Si tu fueras amigo de Carolina ¿qué consejo le darías?

ARON: primero trataría de ayudarla económicamente para que no se juntara con ese tipo de gente, aconsejarla que se fuera a buscar un trabajo, o alguna actividad para que no estuviera solamente en las drogas.

11. ¿Por qué crees que Carolina tenía relaciones con casi todos los hombres del pueblo?

ARON: pues porque ya drogada, ya no veía con quien, tal vez no las buscaba, tal vez ellos se aprovechaban porque estaba drogada y para satisfacer sus necesidades porque ya casi es una necesidad la que tiene de drogarse.

12. Estando en el lugar de Carolina ¿hubieras aceptado tener relaciones sexuales a cambio de droga?

ARON: si, yo si hubiera aceptado pero me hubiera protegido; porque como te digo ya es una necesidad fisiológica que te administres y te administres droga. Pero yo si me hubiera protegido.

13. ¿Crees que Carolina es culpable de haber contraído el VIH?

ARON: si es culpable, por el tipo de gente con que se relacionó, ella hubiera buscado otro tipo de gente y jamás hubiera pasado eso. O al igual también si no se hubiera protegido y hubiera tenido relaciones, al igual la hubieran contagiado.

14. ¿Por qué crees que mucha gente rechaza a las personas con VIH-SIDA?

ARON: por falta de información, no saben que no se pega así por ¡hay!, ya te toqué la mano ya las traes ¿no? y por temor a contagiarse.

15. ¿Crees que Carolina tenía razón al pensar en suicidarse?

ARON: el acabar con tu vida no remedia nada, por eso no tenía razón. Hubiera acabado con su vida y no hubiera arreglado nada, todo se hubiera quedado ahí igual. Mientras que si no se mata puede transmitir su historia, transmitir su mensaje y crearnos una conciencia más profunda de lo que es esta enfermedad.

16. ¿Crees que Carolina tenía razón de odiar a todo el mundo?

ARON: no sé, esos son sus trastornos de ella, pero si le pasó lo que le pasó, ella se lo buscó, necesita ayuda psicológica, pobrecita.

17. ¿Crees que Carolina Tenía razón de odiarse a sí misma?

ARON: no, porque si no se quiere ella misma no va a hacer nada, no va a salir adelante con esa enfermedad, debe tratarla de controlar pidiendo ayuda psicológica y de su familia.

18. ¿Qué pudo hacer Carolina para evitar vivir el tipo de vida que vivió?

ARON: no tenía muchas opciones pero eligió la equivocada, ¡hay que Carolina tan cabrona!, yo si hubiera sido Carolina y hubiera tenido esas

dos opciones de quedarme en mi casa con gente que no me quiere o buscar ayuda con personas que tampoco me quieren porque me están drogando, me están ultrajando ¿qué hubiera hecho? hubiera buscado otro tipo de ayuda, ora si que con amigos, amigos, amigos o con una amiga, con otro tipo de gente, como lo debió hacer Carolina.

19. Si tu pudieras cambiar la historia de Carolina ¿cómo la cambiarías?  
ARON: lo principal es la familia, hablar con ellos, una familia normal, que platicara con sus hijos, o sea mantener una amistad, una buena comprensión y todo eso. Que la trataran como hija porque si a ella no la cuidaran y no se cuidan ellos mismos cómo vas a poder cambiar la familia. También que buscara otros mejores amigos, que la apoyaran, que la ayudaran, que no le dieran droga, que no le faltaran al respeto, que no hicieran cambio de droga con sexo ni nada de eso. Y si fuera un dios hasta le quitaría el VIH, por tratar de apoyarla y ayudarla más que nada, para hacerla sentir bien a esa persona.