

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

UNAM CAMPUS IZTACALA



PSICOLOGÍA

**"UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO PSICOLOGICO EN LA
PREVENCIÓN DE VIH/SIDA CON NIÑOS DE LA CALLE EN
FUNDACIÓN CASA ALIANZA"**

**R E P O R T E DE TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A:
NICASIO GARCÍA LÓPEZ**

ASESOR:

LIC. ARCELIA LOURDES SOLIS FLORES

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO , 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Odilón y Carolina porque siempre estuvieron conmigo, al pendiente de mis logros.

A mis hermanos Amado y José Cruz y a mi sobrina María Teresa.

A mi amada esposa Vilma a quien le he robado tiempo para poder concluir este proyecto y por ser ella una gran parte de mi proyecto de vida.

A mi amigo David Alfaro Lemus por ser él quien me dio luz para poder iniciar este proyecto.

A mi querida amiga Guadalupe Sumaya, por el apoyo que me brindo en el trabajo.

A mi profesor Sergio López Ramos, por ser él quien me enseñó el significado real de la psicología y por hacer evidentes los fragmentos de mi cuerpo y de mi historia, pero sobre todo por ayudarme a encontrar alternativas para integrarlo.

A mi profesora Sonia Dacosta Riveiro, por ser el punto de integración de mis fragmentos y la ampliación de mi conocimiento.

A Rosa Martha Quintero, por ser el eje de mi trabajo terapéutico, gracias al cual, he podido cerrar mis pendientes, empezando por este.

A mi querida amiga y asesora Arcelia Lourdes Solís Flores, por todo el apoyo y la paciencia que me tuvo y porque gracias a ella este trabajo ha terminado.

A Cesar Avendaño y a Guillermo Samaniego, por el apoyo que me han prestado y por participar como mis asesores, gracias.

A Fundación Casa Alianza por permitirme obtener la experiencia que ha hecho posible la realización de este trabajo.

Y finalmente a todas aquellas personas que me han aportado un apoyo y que en este momento escapan a mi memoria pero no a mi corazón, gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a la memoria de mi hermano Odilón, quien falleciera hace algunos años y a quien prometí que sería un profesionalista. ; y en especial a mi hermano José Guadalupe, porque sin su apoyo nunca hubiese podido llegar a la meta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCIÓN ----- 5

CAPITULO I

"EL NIÑO DE LA CALLE "UN FENÓMENO DE LA SOCIEDAD ACTUAL"

A) ¿Quién es el niño de la calle?-----	10
1.- ¿Cuándo surge el niño de la calle?-----	10
2.- ¿Cuáles son las causas que han propiciado la salida de los niños a la calle?-----	15
3.- ¿Qué es lo que encuentran los niños en la calle?-----	19
4.- ¿Situación actual de los niños de la calle?-----	22
B) ¿Cuál ha sido la respuesta del gobierno?-----	28
C) ¿Cuál ha sido la respuesta del sector privado?-----	33

CAPITULO II

EL MODELO DE ATENCIÓN DE FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO "INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA"

A) ¿Cuál es la respuesta de Casa Alianza?-----	35
B) ¿Cuál es el papel del psicólogo en Casa Alianza?-----	40
1.- ¿Características qué debe tener el psicólogo como capacitador y sistematizador?-----	41
2.- ¿Características qué debe tener el psicólogo como educador de calle?-----	42
3.- ¿Características qué debe tener el psicólogo como consejero?-----	44

4.-¿Características qué debe tener el psicólogo en psicología?-----	48
5.- ¿Características qué debe tener el psicólogo en OLLIN?-----	49
6.- ¿ Características qué debe tener el psicólogo en LUNA?-----	50
B) ¿Cuál es el papel del psicólogo en el programa LUNA?-----	51

CAPITULO III

"EL SIDA Y LOS NIÑOS DE LA CALLE"

A) ¿Cuál es la relación existe entre los niños de la calle y el VIH/SIDA?-----	54
B) ¿Qué es L U N A y cuales son sus objetivos?-----	64
C)¿Cuáles han sido los resultados a lo largo de un año de trabajo?-----	67
D)¿Qué ha logrado Casa Alianza con la implementación del programa LUNA?-----	74
E)¿Qué queda por hacer?-----	75

REFLEXIÒN FINAL----- 78

ANEXO----- 113

BIBLIOGRAFÍA----- 116

INTRODUCCIÓN

A pesar de que el niño de la calle es un personaje que ha existido en la cultura de México desde siempre, fue a partir de los años sesenta, que empezó a tener un gran auge, lo cual se debió a diversas causas entre las que destacan: La crisis que el país está viviendo, la desintegración familiar, la pobreza extrema en que se encuentra un gran sector de la población y la emigración capó-ciudad. Fue entonces cuando se le reconoció como un fenómeno social con una convergencia de múltiples factores que lo caracterizan como uno de los grandes retos a vencer por la sociedad en este fin de milenio.

De igual forma el síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), también conocido como "el mal del siglo", irrumpió en los años ochenta recrudeciendo los prejuicios que se tenían con respecto al ejercicio de la sexualidad, ya que el mayor número de personas que se infectan lo hacen por esta vía.

Al inicio de la pandemia, se creyó que el SIDA era un mal propio de determinados grupos o razas: "se le denominaba la enfermedad de las cuatro H": heirónomanos, hemofílicos, homosexuales y haitianos.

Sin embargo, con el paso del tiempo, se demostró que no existen grupos de riesgo y que todo el mundo está expuesto a la infección si tiene prácticas que lo pongan en peligro de adquirir el virus, como pueden ser: Tener relaciones sexuales sin protección (sin importar la orientación sexual); Transfusión de sangre o sus componentes, uso de agujas o instrumentos punzo cortantes, trasplante de órganos y tejidos infectados. Además en el caso de las mujeres, cuando estas son portadoras del virus, lo pueden transmitir durante el

embarazo por contacto con sangre o secreciones en el canal del parto o a través de la leche materna durante el amamantamiento.

Ahora bien, las personas que viven con VIH/SIDA, han tenido que enfrentarse al rechazo y a la discriminación de una sociedad llena de prejuicios e incapaz de aceptar sus diferencias. Por su parte, los niños y niñas de la calle, ya padecían de este rechazo, además de todo lo que implica la vida en la vía pública, como son las agresiones, la droga, los abusos, y la carencia de afecto, sólo por mencionar algunos. Ahora aunado a todo lo anterior, está el hecho de exponerse al riesgo infectarse, ya que por el estilo de vida que llevan, están en un gran riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El VIH/SIDA y los niños de la calle, son dos problemáticas que tienen grandes implicaciones tanto sociales como económicas y se han fundido para dar origen a una tercera que es el niño de la calle con SIDA, situación que se suma a los grandes retos que se presentan para nuestra sociedad.

En la actualidad, se intenta combatir la pandemia del SIDA, a través de campañas de prevención que tienen como fin por un lado la promoción del uso del condón y por el otro, el fomento de la abstinencia y la fidelidad, así como evitar la infección por vía sanguínea y durante el embarazo. También se promueve la prueba de detección de anticuerpos al VIH (prueba de ELISA) para todas aquellas personas que han tenido prácticas de riesgo.

En la problemática que representa el niño de la calle con SIDA, el psicólogo tiene un vasto campo de acción, su trabajo se lleva a cabo tanto en el nivel de prevención como en el de atención a los niños que resultan infectados por el virus (ya sea que se encuentren en fase asintomática o que se encuentren en fase SIDA)

En la prevención, su labor se lleva a cabo orientando o brindando información sobre las formas de comportamiento que pueden acarrear la infección. En la atención, su labor está destinada a apoyar a los niños que son portadores del virus para que acepten su condición de infectados, y que a partir de ello, se cuiden y cuiden a los demás con el fin de evitar que el virus se siga diseminando, además de que les ayuda a que lleven una mejor calidad de vida o en su caso, les apoya para que cuando llegue el momento de la muerte, ésta sea en las mejores condiciones posibles. Finalmente, el psicólogo también puede brindar orientación a las familias de los niños infectados apoyándoles para que resuelvan los pendientes con estos o para que elaboren el duelo cuando llegue el momento del deceso.

El presente trabajo corresponde a un reporte realizado a partir de mi experiencia laboral, comprende el periodo de junio de 1996 a julio de 1997. El objetivo, es reportar una experiencia de trabajo en los cuatro niveles de atención de un programa de VIH/SIDA en niños de la calle:

1. Prevención.
2. Atención a niños en fase asintomático.
3. Atención a niños en complejo relacionado a SIDA y en fase SIDA
4. Orientación a las familias de estos niños infectados

Dicho programa forma parte del modelo de atención de Fundación Casa Alianza México I.A.P., institución de asistencia privada que trabaja con niños de la calle desde hace más de 10 años en nuestro país. Este trabajo está dividido en dos partes, la primera consta de tres capítulos y la segunda corresponde a la reflexión final.

En el Capitulo primero, describo la situación de estos niños, explorando su origen, las causas y consecuencias que han provocado su surgimiento y su situación actual.

En el capitulo dos, hago una descripción de las diversas alternativas que el gobierno ha implementado a través de la historia con la finalidad de poder combatir este problema, así como también de la respuesta que ante esta situación se ha dado por parte de la sociedad civil a partir del surgimiento de organizaciones denominadas Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) o Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P.), cuyo fin es el de brindar alternativas para que los niños dejen de vivir en las calles.

El capitulo tres, se divide en tres segmentos: en el primero abordo de manera general el modelo de Atención de Fundación Casa Alianza México I.A.P. y hago una descripción de los diferentes puestos en que se emplea al psicólogo, además del departamento de psicología, Por ejemplo, puede estar trabajando como Consejero, Sistematizador de información o en programas especializados como son el de adicciones o el de VIH/SIDA. En el segundo segmento, describo la situación del SIDA, desde sus orígenes hasta la actualidad aterrizando en el niño de la calle con SIDA. También se hablo del programa LUNA de Casa alianza, cuyo objetivo es brindar atención integral médica, psicológica y asistencial a los niños de la calle que viven con VIH/SIDA. Finalmente se presento los resultados obtenidos a lo largo de un año de trabajo de este programa en el campo de la prevención, así como de las dificultades y logros que se han obtenido, cerrando con las propuestas que se pretenden implementar para el futuro.

En la segunda parte, hago una reflexión los problemas que se enfrentan en el trabajo de prevención y analizo la forma en que el sujeto visualiza su realidad, pues ésta es un factor que interviene en la infección por el VIH, no sólo en niños de la calle, sino en toda la población. También se hace un análisis de la falta de congruencia entre las necesidades que la sociedad demanda y los currículos escolares, en este caso aterrizando en la carrera de psicología de la UNAM CAMPUS IZTACALA. Finalmente, se plantea que el trabajo de la prevención debe estar dirigido a la integración del sujeto, ya que solo así, éste puede asimilar las situaciones que lo ponen en riesgo, no sólo de adquirir el VIH, sino de no de cualquier enfermedad.

CAPITULO I

EL NIÑO DE LA CALLE ¹

"UN FENÓMENO DE LA SOCIEDAD ACTUAL"

A) ¿QUIÉN ES EL NIÑO DE LA CALLE?

Para poder saber quien es el niño de la calle, es importante saber su origen histórico, si es que hay una historia previa que anteceda, por lo que iniciaré con la siguiente pregunta:

1.- ¿Cuándo surge el niño de la calle?

Hablar de los niños de la calle, es hablar de uno de los principales problemas que aquejan a las sociedades actuales, se le ha dado la categoría de fenómeno social por la gran cantidad de factores que han influido para que sé de su aparición en las sociedades; además, su origen ha sido muy cuestionado. Algunos autores lo sitúan a partir de 1970², vinculándolo principalmente con la crisis económica que el país ha atravesado desde hace años. Sin embargo, diversidad de documentos sugieren que el niño de la calle es un personaje que ha existido con diferentes nombres y en diferentes tiempos a través de la

¹ Para los fines del presente trabajo, se utilizará el término niños de la calle para hacer referencia tanto a los niños como a las niñas de la calle.

² Fundación Casa Alianza, "Planeación anual 1997", Doc. no edit. 1997.

historia, en donde términos como los de huérfanos o niños abandonados son algunos con los que se les ha identificado³

En documentos encontrados desde la época de la Colonia, se señala la existencia de menores en situación de abandono, la cual, según las fuentes, era originada en un inicio por la pérdida de los padres o de algún familiar que se responsabilizara de ellos. Daniel Cossío Villegas⁴ comenta que en la época de la Colonia, a los niños y niñas en desamparo que dormían en las calles de la ciudad se les denominaba "ciudadanos cero". Posteriormente, durante la época del porfiriato, a los niños abandonados se les conocía como expósitos. Por las circunstancias del país, muchos de estos eran obligados a vivir de la caridad o se dedicaban a la delincuencia, aunque diversas instituciones proporcionaban ayuda como los hospitales, hospicios y asilos.

Ahora bien, lo cierto es que a su paso por el tiempo, el niño de la calle ha dejado huella de su existencia en diversos segmentos de la sociedad mexicana, cineastas como Luis Buñuel⁵, actores como Valentín Trujillo⁶, antropólogos como Oscar Lewis⁷ y Larissa Lomnitz⁸, y literatos como José Joaquín

³Dirección General de Protección Social, *Los Niños de la Calle: Futuro Social Incierto*, Secretaría General de Desarrollo Social, 1991.

⁴Cossío Villegas D., "*Historia Moderna de México*", en : Capellin Corrada J.M., "Sobre Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia ¿Sabías que tenemos derechos?", *Memorias del Foro "La Niñez, Sus Derechos y Valores para el Nuevo Siglo*, México, CNDH DF LA CASA DEL ÁRBOL, 1997, p. 90.

⁵ Película: *Los Olvidados*, Luis Buñuel.

⁶ Película: *Ratas de la ciudad*, Valentín Trujillo.

⁷ Lewis Oscar, *Los hijos de Sánchez: autobiografía de una familia mexicana*, México, FCE, 1965.

⁸ Lomnitz, Larissa *¿Cómo Sobreviven los Marginados?*, México, Siglo XX, 1975, 222pp.

Fernández De Lizardi⁹, son tan sólo algunos testigos que han dado fe de su presencia en las calles de la ciudad de México.

Sin embargo, a pesar de que el niño de la calle es un personaje que ha existido a través de la historia, fue definido como tal hace apenas algunos años, tanto por la UNICEF, como por diversos autores que lo sitúan como un fenómeno causal de las grandes urbes y un ejemplo de ello lo es la ciudad de México.

Diversos autores han conceptualizado al niño de la calle desde diferentes marcos, Paulo Freire¹⁰ los define como niños y niñas entre los siete y diecisiete años, que viven en la calle, trabajando para sustentarse y para ayudar en el sustento de sus familias, las cuales casi siempre son demasiado pobres para entender las necesidades básicas de sus hijos. Mientras que para EDNICA¹¹ "el niño de la calle es el menor de 18 años en situación permanente de violencia múltiple, cuya supervivencia depende o está por depender de su propia actividad en la calle"; y diferencia varios grupos: niño en riesgo, niño de la calle y niño de la calle de origen indígena.

En otros estudios¹², a los niños de la calle se les ha considerado como "seres marginados por la sociedad que experimentan y sufren privaciones de todo orden y carencias que afectan su propia vida" o "carecen de afecto y son maltratados por la sociedad". Lo cierto es que, aun y cuando el niño presenta

⁹Fdez. de Lizardi J. J., "Pedro El Periquillo Sarniento", en: Álvarez Del real, M. E., *Las novelas más famosas del mundo*, Panamá, de América, 1991, pp. 89-93.

¹⁰Freire, Paulo, *Y los educadores de calle: una aproximación crítica*, Alternativas de atención a los niños de la calle.

¹¹EDNICA (Educación de niños callejeros), "El Concepto del Niño Callejero", en: Pierre Sánchez M., *Las Niñas Olvidadas de la cd. de México*", México, UNICEF, 1996, p. 14.

¹² *Ibidem*, pp., 12-14.

ciertas características comunes, el problema se manifiesta dependiendo de la zona en la que se encuentre, algunas diferencias han llevado a establecer denominaciones como menor en riesgo, niño en la calle y niño de la calle¹³. El gobierno mexicano¹⁴ integró la categoría de "niños en riesgo" y en este grupo se considera a aquellos niños que por su contacto con la calle, se convierten potencialmente en niños de la calle.

En el primer censo sobre los niños de la calle¹⁵, se les dividió en dos clases: niños de la calle y niños en la calle, siendo los primeros aquellos que han roto el vínculo familiar en forma parcial o permanente, que duermen en la vía pública o sobreviven realizando actividades marginales dentro de la economía informal callejera. Por otro lado, como niños en la calle se entiende a aquellos niños que mantienen el vínculo familiar, que suelen estudiar y salen a la calle a realizar actividades marginales de la economía informal callejera para el propio sustento o para ayudar a su familia. En el plan de acción de 1991. El gobierno mexicano estableció la siguiente categorización: menores trabajadores, de y en la calle, maltratados y víctimas de abuso, fármaco dependientes, institucionalizados, infractores, discapacitados, hijos de trabajadores inmigrantes, indígenas, repatriados y refugiados. La categorización realizada por la UNICEF¹⁶, coincide con presentada en el censo.

¹³ Leyva, Ríos L., "El Problema de los Niños callejeros", *Revista Interés General*, México, 1991.

¹⁴ Pierre Sánchez, en: *Op. cit.* p. 2.

¹⁵ Comisión Nacional para El Estudio de Los Niños Callejeros, *Estudio de los niños callejeros*, Cd. de México, 1992.

¹⁶ UNICEF, *Guía metodológica para el análisis de situación de menores en situación especialmente difíciles*, México, UNICEF, 1991.

En Casa Alianza¹⁷, el niño de la calle ha sido definido como aquella persona menor de 18 años que ha hecho de la calle su hogar. Es decir, que en la calle vive, come, duerme, trabaja y establece sus principales relaciones de amistad y afecto, sin importar el tiempo que lleve en la misma.

Ahora bien, aun y cuando existen diversos conceptos acerca de quién es el niño de la calle, al definirlos la mayoría de los autores coincide en las siguientes características:

- La presencia o ausencia de un vínculo de éste con su familia.
- El tipo de actividades que realiza en la calle (robo, mendicidad, limpia parabrisas, etc.)
- El tiempo que ha permanecido en la calle (meses, años)
- La situación que tiene estando en la calle (vive en grupos, solo, con adultos, con niños, etc.)

Sin embargo, discutir sobre cuál es la definición exacta del niño de la calle, está de más si tomamos en cuenta que como quiera que sea, el niño de la calle es un fenómeno social de carácter nacional, presente en las calles de nuestra ciudad y que requiere de soluciones a corto plazo; situación por la cual, en el punto siguiente se plantean las causas y factores que han influido para que los niños estén optando por una alternativa como la calle en lugar de permanecer en el seno familiar, ya que comprenderlas nos da la posibilidad de plantear alternativas de solución.

¹⁷ Fundación Casa Alianza, *Sistematización*, 1996, Doc. no edit.

2.- ¿Cuáles son las causas que han propiciado la salida de los niños a la calle?

Si bien hablar de las causas que han provocado que los niños se vayan a vivir a las calles en las grandes ciudades, es hablar de un fenómeno que se ha descrito como multicausal, también lo es que existen situaciones que han influido en forma directa para que este se dé. Una de ellas es sin duda la crisis económica por la que el país atraviesa desde hace ya algunos años, crisis que también ha alcanzado a la familia modificando sustancialmente los roles, incorporando tanto a las madres como a los niños a las fuerzas productivas (sobre todo en la economía informal), con el objetivo primordial de la subsistencia, lo cual ha afectado todo el funcionamiento de su núcleo.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO)¹⁸, estimaba que en México existían 85 millones de habitantes en el año de 1985, de los cuales cerca de 32 millones (37,5 por ciento de la población) eran menores de 14 años. Según el INEGI¹⁹, existían aproximadamente 26 millones de niños y jóvenes en las zonas urbanas y de ellos, no menos del 40 por ciento vivía en condiciones de extrema pobreza, es decir, cerca de 11 millones de niños y jóvenes, de los cuales aproximadamente 5 millones estaban en riesgo de ser o convertirse en niños de la calle.

Ahora bien, la mayor concentración urbana del país la tiene la ciudad de México, cuya población se ha incrementado a velocidades poco comunes,

¹⁸ CONAPO, *Proyecciones de la Población de México, 1970-2000*, México, CONAPO, 1985.

¹⁹ INEGI-SSP, *Proyecciones de Población de México*, México, 1985.

pasando de 3 millones en 1950 a casi 20 millones en 1989²⁰. En el foro "La niñez, sus derechos y valores para el nuevo siglo,"²¹ celebrado en septiembre de 1997, se planteaba que tan sólo en el Distrito Federal se calcula la existencia de más de 800,000 menores que comienzan a trabajar antes de los 14 años y más de 1,300,000, entre 14 y 15 que son económicamente activos. Todos estos niños no tienen la oportunidad de una educación adecuada o de condiciones de salud y nutrición convenientes, situación que los convierte potencialmente en niños en riesgo de ser de la calle.

Como se dijo con anterioridad, la crisis que el país atraviesa, ha golpeado de una forma directa a la familia y por ello es que al hablar del niño de la calle, también se habla de las familias marginadas, ya que aún y cuando existan otras causas, es en éstas en donde se da con mayor frecuencia esta problemática. Dos estudiosos del tema de las familias pobres de México de las décadas de los cincuenta y sesenta Oscar Lewis²² y Larissa Lomnitz²³, describieron algunas de las características sociales y psicológicas que estas familias presentan, entre las que se encuentran el vivir incómodos y apretados, la falta de vida privada, sentido gregario, una alta incidencia de alcoholismo, el recurso frecuente de la violencia al resolver dificultades, uso frecuente de la violencia física en la formación de los hijos, el golpear a la esposa, temprana iniciación en la vida sexual, las uniones libres o matrimonios no legalizados, una incidencia relativamente alta de abandono de madres e hijos, una tendencia hacia las familias centradas en la madre, un conocimiento mucho más amplio de los

²⁰ López Echeverri O., *Menor en situación extraordinaria. acciones, logros y perspectivas en favor de los niños trabajadores y de la calle*, México, UNICEF, p. 13.

²¹ Bezold, Willy, *Acciones de Atención a la Niñez*, Conferencia Magistral, en: *Memorias del Foro*, *Op. cit.* p. 15.

²² Lewis Oscar, *Op. cit.*, p.12

²³ Lomnitz Larissa, *Op. cit.*

parientes maternas, predominio de la familia nuclear y una fuerte predisposición al autoritarismo. Larissa Lomnitz²⁴ agrega un origen migratorio común reciente por barrios, lo que derivaría en redes de intercambio recíproco entre vecinos y parientes.

Salvo esta última aseveración, la descripción hecha por estos autores coincide con las causas descritas en un estudio hecho por Thais S. C. (consultoría de desarrollo social), para La Asociación de Banqueros de México²⁵ con las familias de los niños de la calle de Casa Alianza. Las causas de la salida de los niños fueron las siguientes:

- a) La excesiva migración a las zonas urbanas.
- b) La desintegración familiar.
- c) La violencia a los menores dentro del ámbito familiar.
- d) Los niños que víctimas de desastres naturales quedan huérfanos, y buscan la manera más fácil de obtener dinero.
- e) El incremento del desempleo y subempleo de los centros urbanos, propicia que el abandono del menor sea cada vez más frecuente.
- f) La falta de espacio en los hogares mexicanos, situación que lleva a los niños a buscar sus lugares de juego en la calle, corriendo el peligro de pertenecer al grupo de los niños de la calle.

El hecho de trabajar en la calle y pertenecer a este tipo de familias expone a los niños a volverse de la calle, lo cual se debe a que a que por una

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ Thais S. C., et. al. *Estudio de las familias involucradas en el programa de Reintegración familiar de Casa Alianza México*, México, QUIERA A.C., 1997. pp. 40-47.

parte, provienen de núcleos familiares expulsores y por la otra, a que han estado expuestos al medio callejero desde temprana edad²⁶.

Sin embargo, es importante hacer notar que no todas las familias que viven en condiciones económicas precarias y marginales, provocan la expulsión de niños a las calles, situación que nos lleva a plantear la siguiente pregunta ¿por qué algunos niños no se salen de su casa ante la situación económica que viven ahí?. La experiencia en Casa Alianza, nos lleva a creer que ello se debe a que en esas familias, se han encontrado mecanismos como el establecimiento de una comunicación adecuada entre los miembros de la familia y la existencia de valores firmes, que les permiten sacudirse la presión que ocasiona la situación marginal en que viven; mientras que en las familias expulsoras estos no existen o se encuentran muy debilitados y en consecuencia la única salida que encuentran para resolver los conflictos es la violencia, el abandono, el alcoholismo, la drogadicción, etc.

Ahora bien, en las calles los niños pueden estar expuestos a situaciones violentas, que sobrepasan con mucho a las vividas en el interior del hogar, por lo que en el siguiente punto intentaré dar respuesta a la pregunta que sigue

3.- ¿Qué es lo que encuentran los niños en la calle, que los hace preferirla en lugar de continuar en sus hogares?

²⁶Marie. Pierre. S., *Op. cit.*, p. 27.

En la calle los niños son relegados, despreciados, marginados y perseguidos por una sociedad que pocas veces les brinda apoyo y comprensión. Sin embargo, también les da la facilidad de ganarse la vida, un espacio de juego y un lugar para la aventura, en la que no hay límites y se es libre de hacer lo que se "quiera"²⁷. Esta situación representa por sí sola una tentación para aquellos niños que viven momentos difíciles en su hogar.

Para Sandoval, G,²⁸ los niños de la calle tienen su propia identidad, nadie los obliga a ser lo que son, para ellos sobrevivir en la calle no es fácil, pero hay situaciones que resultan emocionantes, sobre todo cuando se inician en esa subcultura.

Sin embargo, aun y cuando el niño encuentre situaciones que le agraden, de contado se sabe que la calle es en sí violenta, que trae más riesgos que beneficios, ya que ahí los niños son víctimas de todo tipo de abusos, que van desde la violencia que entre sus mismos grupos impera, hasta la que pueden ejercer sobre ellos otros adultos como las fuerzas del orden.

En una entrevista con los niños de Casa Ecuador (institución que se dedica al trabajo con niños de la calle), dirigida por Yvan Lecler²⁹, cuyo tema fue precisamente las calles, comentaron que, prefieren la violencia de las calles a la de sus casas, porque en las calles "siempre existirá la posibilidad del desquite". En estos pequeños, los vicios como el alcoholismo y las drogas están muy

²⁷Granados Graciela, Niños de la Calle, en: *Problemática Social*, México, 1992.

²⁸Sandoval, Guillermo, El drama de los niños de la calle, en: *Chavos Banda*, México, 1990.

²⁹Granados Graciela, *Op. cit.*

vinculados con sus vidas, ya que tienen la función de hacer más pasadera su existencia, creando adicciones, que obstaculizan el proceso de rehabilitación.³⁰

En las calles, la violencia se manifiesta de diferentes formas, entre ellas los riesgos de la salud, pues los niños padecen enfermedades como la desnutrición, originada por la falta de una alimentación adecuada y por la falta de apetito a consecuencia del consumo de drogas. Las enfermedades de la piel, como las micosis y de los pulmones como la tos y neumonía son constantemente provocadas por las condiciones en las que viven o trabajan. También enfrentan problemas con respecto a infecciones de transmisión sexual, las cuales son adquiridas por la falta de higiene y por la promiscuidad que impera en sus grupos, así como también porque algunos se prostituyen para sobrevivir e incluso por ser abusados sexualmente, situaciones que aumentan el riesgo de contraer enfermedades terminales como el VIH/SIDA.

En la calle las niñas suelen recibir ofertas de "padrotes" o madrastras para prostituirse, sobre todo si están en zonas de alta "actividad sexual"; si aceptan, son sacadas de la calle y reubicadas en centros nocturnos, hoteles, etc.³¹ Así pasan de la condición de niñas de la calle a la de prostitutas y con ello se incrementa la posibilidad de adquirir una infección por vía sexual.

El embarazo es otro riesgo que las niñas corren en la calle, consecuencia de la falta de información acerca de cómo vivir su sexualidad, así como de su falta de visión hacia el futuro; con ello están dando origen a una nueva

³⁰Ortiz A., *Alianza en la Calle: Experiencia de los Niños de la Calle*, México, Asociación Carso y American Express, 1996.

³¹Pierre Marie, *Op. cit.*, p. 34.

modificación al fenómeno de los niños de la calle, ya que si en un primer momento se hablaba de los niños que salían de sus casas y se volvían de la calle, en este momento estamos siendo testigos del nacimiento de los hijos de estos y es así como las calles se puede observar a la segunda generación de los niños de la calle.³²

En una encuesta de la secretaria de salud, dada a conocer en el ciclo de mesas redondas "Infancia y SIDA", que se llevó a cabo en México en 1988³³, se afirmó que de 3800 niños encuestados, un 12% se ubica en casos de prostitución; 50% son violados y 38% menores de 15 años ya han tenido relaciones sexuales. Además del riesgo de infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana, a través de las prácticas sexuales, esta la posibilidad de adquirirlo por vía sanguínea al usar drogas y estar en contacto con materiales punzo cortantes (agujas, cuchillos, etc.), o por vía perinatal, ya sea en el momento del nacimiento o por el contacto con leche materna. Por lo anterior, la relación entre VIH/SIDA y el niño de la calle, se han convertido en un problema que requiere de una solución a no muy largo plazo.

A pesar de que esta realidad es demasiado grave, el problema del niño calle ha sido subestimado, y se le considera como un fenómeno aislado de la sociedad en su conjunto³⁴. Sin embargo este fenómeno sigue creciendo de manera alarmante y para este fin de siglo se presenta como uno de los grandes retos a vencer por nuestra sociedad y aunque no se sabe cuántos existen en realidad, se han hecho algunos estudios para saber cuántos niños de la calle

³²*Ibidem.*, p. 35.

³³Martínez M., "Prostitución de menores", en: *El Planeta*, México, 1992.

³⁴López Echeverri O., en: *Op. cit.*, p. 18.

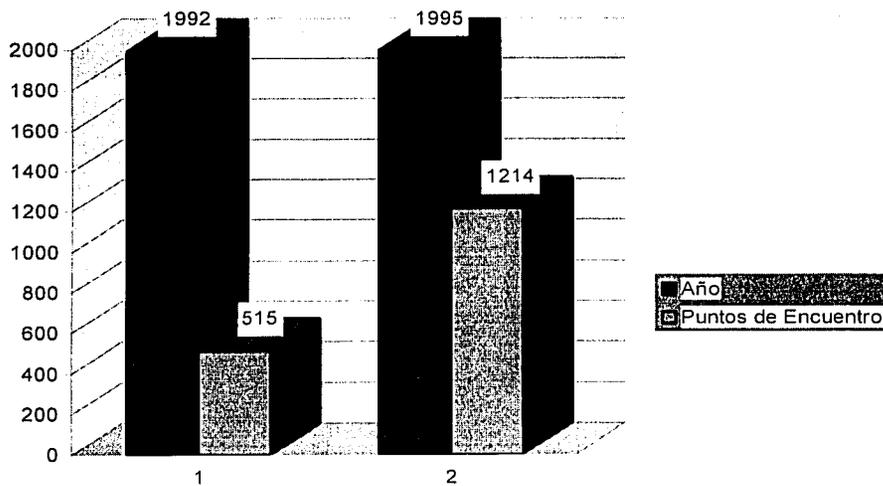
viven en la ciudad de México y por ello mismo, en el siguiente punto, hablaré de la situación actual de los niños de la calle.

4.- ¿Cuál es la situación actual de los niños de la calle?

Saber con exactitud cuántos niños existen, es difícil, pero de que la aparición de los niños que viven y/o trabajan en las calles, de las grandes ciudades (sin importar cómo se les llame), se ha vuelto una problemática de orden nacional, es una realidad. De 1992 (cuando se realizó el primer censo sobre los niños de la calle³⁵) a la fecha, se ha manifestado un considerable aumento de esta población en la ciudad de México, y esto se corrobora en los resultados arrojados por el II censo sobre los niños de la calle en 1995³⁶. Entre los resultados más importantes del II censo, se registra un aumento del 135.73% de los puntos de encuentro, con respecto a los localizados en 1992. En aquella ocasión, se localizaron 515 lugares de reunión, mientras que para 1995, el número aumenta a 1214. (Ver gráfica 1.)

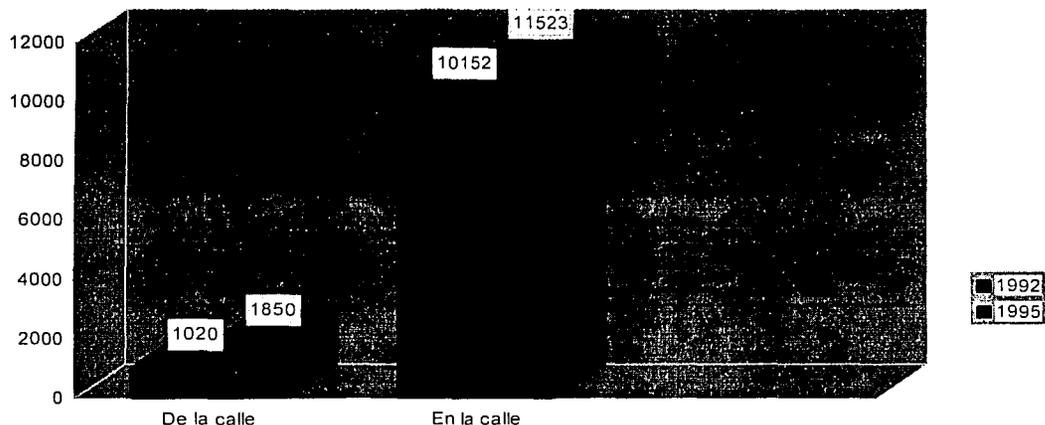
³⁵Comisión Para el estudio del Niño Callejero, *Op. cit.*

³⁶COESNICCA, *II Censo de Menores en Situación de Calle*, Ciudad de México, 1996.



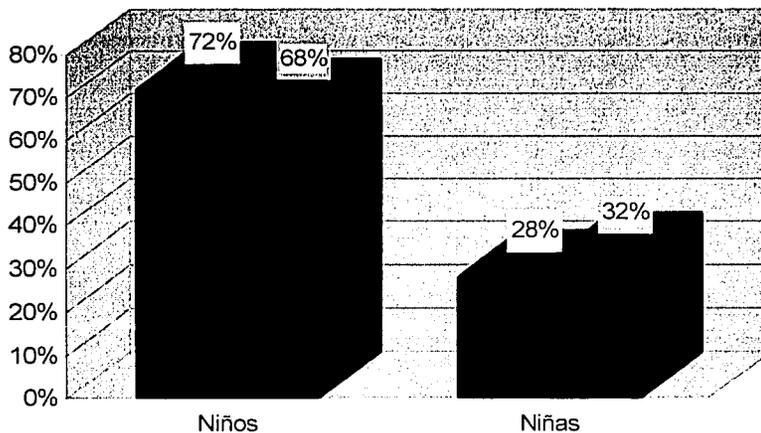
Grafica 1. Comparación de los puntos de encuentro en 1992 y 1995.

En 1992, el número total de niños censados fue de 11172, mientras que para 1995, fue de 13373, lo que implica un aumento del 19% en la población infantil en situación de calle. En el primer censo se registraron 1 020 niños de la calle y 10 152 niños en la calle. Para 1995, los primeros sumaron 1850 y los segundos 11523, lo que implica un incremento del 9% al 14% en esta población. (Ver gráfica 2.)



Gráfica 2. Número de Niños De la Calle y En la Calle

En cuanto a la edad, se sigue manteniendo un promedio de 13 años para los niños y de 14 para las niñas. Mientras que en lo referente al género, las niñas ocuparon el 28% del total de la población en 1992, mientras que para 1995 ocuparon el 31.5%, manifestando un aumento del 3.5%. (Ver Gráfica 3.)



Grafica 3. Comparación por sexo de niños y niñas de la calle

A partir de los datos presentados con anterioridad, se puede ver como el grupo de los niños en riesgo esta convirtiéndose en un factor relevante, ya que las estadísticas reportan un aumento del 40% de niños de la calle en los últimos tres años, lo cual se debe a que en la actualidad muchos niños han tenido que sumarse a las fuerzas productivas de la economía informal, para buscar el sustento propio o para apoyar a sus familias. Esta situación nos plantea la necesidad de buscar alternativas que eviten una solución violenta contra los niños cómo se está dando en otros países como Brasil, El Salvador, Guatemala, Colombia, Haití, etc.³⁷, en donde escuadrones de la muerte se han dado a la tarea del exterminio del niño de la calle, cual solución genocida.

³⁷Pierre Marie, *op. cit.*, p.76.

En México, Casa Alianza³⁸, entre otras instituciones, ha servido de analizador registrando la evolución que ha tenido el fenómeno de los niños de la calle ha sufrido en los últimos años. Algunos de estos cambios son los siguientes:³⁹

- ◆ Niños nuevos, sin proceso de calle, no presentan problemas de drogas durante las primeras semanas de su estancia en las calles.
- ◆ Niños con proceso de calle que conocen por lo menos dos instituciones, que se mueven libremente en la ciudad y que solamente se acercan a ellas en busca de ayuda cuando lo requieren.
- ◆ Familias viviendo en las calles con los niños y que dificultan la intervención de las ONG's, para la atención de estos, ya que al estar juntos niños y adultos superan las fronteras de la atención establecida por las instituciones.
- ◆ Crecimiento de los niños que tienen problemas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Además de otros desajustes en la salud como la desnutrición, drogadicción, enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
- ◆ Aumento de la violencia como única forma de comunicación entre estos grupos, elevación de la tasa de suicidio, ocasionada por un desvaloramiento de su persona e incremento de la delincuencia entre estos menores.
- ◆ Incremento de los niños trabajadores en las calles, que se suman a la fuerza de trabajo en la economía informal, poniéndose en riesgo de volverse de la calle.

³⁸ Debo aclarar que en el transcurso del presente reporte haré una descripción acerca de lo que es Fundación Casa Alianza y la labor que realiza, por ser este el lugar donde laboro y en donde surgió la experiencia que hace posible la realización de este trabajo.

³⁹ Fundación Casa Alianza, *Op. cit.*

- ◆ La aparición en el mercado de nuevas drogas con mayor potencial adictivo y de fácil acceso y la falta de Instituciones y programas adecuados para combatir a los proveedores, así como de atención para los niños con adicciones.

A lo largo del presente trabajo, he intentado dar un esbozo sobre quién es el niño de la calle, cómo surge y las diversas causas que han influido para que se dé su aparición, así como de lo que el niño ha encontrado en las calles que lo ha hecho optar por esta alternativa, sobre los peligros que ésta representa para su integridad física y emocional y sobre cuál es su situación actual. Por ello mismo me siento obligado a dar una descripción de cuáles han sido algunas de las estrategias que la sociedad ha intentado implementar para solucionar este problema tanto por parte de los organismos gubernamentales como de los de la iniciativa privada.

B) ¿CUÁL HA SIDO LA RESPUESTA DEL GOBIERNO?

Como hemos visto con anterioridad, la existencia del niño de la calle, ha estado presente a través del tiempo en nuestra cultura, de distintas formas y en diferentes tiempos, representando un problema al cual la sociedad ha intentado dar alternativas de solución y entre ellas la asistencia social ha jugado un papel determinante.

La Asistencia social tiene sus raíces en nuestro país durante la época prehispánica, en donde existía una asistencia integral que cumplía las necesidades del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. En el siglo XV,

los indígenas proporcionaban a los desvalidos una asistencia de apreciable amplitud, puesto que contemplaba las necesidades de esas personas en las diversas etapas de la vida.⁴⁰

En la época de la colonia, la asistencia social, estuvo a cargo de los cristianos, quienes dieron origen a las llamadas Casas expositoras y asilos de huérfanos. En 1532, Vasco de Quiroga funda en Santa Fe la primera Casa de niños expósitos⁴¹ y en el siglo XVII, se encuentra la primera concepción de lo que es la actual casa-cuna, Fundada por Fernando Cortés, esta era un lugar destinado para amparar a personas con extrema necesidad, autorizado por el rey Carlos III de España, con la condición de que fueran protegidos especialmente los niños expósitos.⁴²

El Hospicio de pobres era una institución de beneficencia que asistía a niños y niñas huérfanos, en donde además de alojarlos y alimentarlos, se les impartía la educación elemental. Esta casa de caridad fue fundada por el capitán Francisco Zúñiga, inicialmente se le llamó Escuela patriótica y se inauguro el 1 de julio de 1806, dando albergue a 16 niños y 12 niñas.⁴³ Así mismo, La Sociedad de beneficencia para la educación y amparo de la niñez desvalida, fue fundada en 1846 por Vidal Alcocer, en ella se proporcionaba casa, sustento e instrucción elemental a los niños necesitados.⁴⁴

⁴⁰ Cárdenas, E. L., *Las instituciones y Organizaciones encargados del cuidado de los niños y las niñas*, en *Op. cit.*, pp. 31-38.

⁴¹ *Ibidem.*, p. 32.

⁴² *Ibid.*, p. 32.

⁴³ Álvarez, J.R., *Enciclopedia de México*, t. VII, México, 1978, en: López Ramos, S., *Historia de la Psicología en México: A cien años de la Enseñanza de la Psicología En México*, Tomo 1, CEAPAC, México, 1985, p. 215.

⁴⁴ Larroyo, F., *Historia Comparada de la Educación en México*, Parma, México, 1986, p. 54. en: López Ramos S. *Ibidem.*, p. 215.

Después de la Independencia, correspondió a Valentín Gómez Farías establecer un sistema para auxiliar a las personas con carencias, siendo hasta el movimiento reformista que toma cuerpo doctrinario el concepto de beneficencia pública. El año de 1861 marca la etapa en la que se deja al margen la caridad cristiana y se inicia la beneficencia pública. En ese año, el presidente Benito Juárez la adscribe al ministerio de gobernación, creando la Dirección general de beneficencia pública y exceptuando de toda contribución sus bienes. En 1920, el gobierno reorganiza la beneficencia pública, asignándole en su totalidad las recaudaciones de la Lotería nacional.⁴⁵ La asistencia Social también se dio a través de la creación de los desayunares públicos en la década de los veinte y la proliferación desde los cuarenta hasta mediados de los setenta de los hogares colectivos, hogares sustitutos y escuelas asistenciales, entre otras modalidades de atención.⁴⁶

En los ochenta, ante la situación crítica que atraviesan las familias mexicanas, se promulga la Ley de asistencia social⁴⁷, aprobada por el Congreso de la Unión y vigente a partir de 1986. Los servicios asistenciales que la ley obliga a prestar, se traducen operativamente en los nueve programas institucionales del DIF nacional:

- 1.- De integración social y familiar.
- 2.- De asistencia social a desamparados.
- 3.- De asistencia educacional.

⁴⁵ Cárdenas, E. L., *Op. cit.*, p. 34.

⁴⁶ Dirección General de Protección Social, *Op. cit.*

⁴⁷ DIF, *Modelo Único de Asistencia Social*, DIF, México, 1986.

- 4.- De rehabilitación.
- 5.- De asistencia social alimentaria.
- 6.- De promoción del desarrollo comunitario.
- 7.- De promoción del desarrollo jurídico.
- 8.- De desarrollo cívico, artístico y cultural.
- 9.- De formación y desarrollo de recursos humanos e investigación.

Estos programas son aplicados también por los sistemas estatales y municipales.

Los objetivos de la asistencia social están encaminados a la familia y a la comunidad para modificar y mejorar las circunstancias adversas que les impidan su desarrollo integral, así como acciones de protección para personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental.⁴⁸

Otra de las alternativas gubernamentales para combatir el problema de los niños de la calle, fue sin duda Protección social, cuyo trabajo consistía en recoger a los niños que se encontraban en la calle y llevarlos a albergues, en donde se les brindaban las condiciones necesarias para su desarrollo. Sin embargo, en 1989 en el foro de consulta sobre la niñez, la Lic. Silvia Rosa Ann Navarrete⁴⁹, directora de protección social, afirmó que ya no era posible trabajar con aquel sistema de salir a las calles a recoger a los niños y meterlos a fuerza a una institución, ya que el niño en cuanto podía se salía. Por lo que se ha estado planteando un cambio en la forma de abordar el problema.

⁴⁸*Ibidem.*

⁴⁹Granados Graciela, *Op. cit.*

Entre las alternativas posteriores propuestas por el gobierno ante el creciente fenómeno de los niños callejeros, han surgido otros programas como Casa Ecuador, Socicultur, programas delegacionales y un poco más recientemente el Programa para la Atención del Menor en Situación Extraordinaria (MESE)⁵⁰, el cual opera únicamente en la provincia, con el objetivo de evitar la migración de los niños a las grandes urbes. Este programa empezó su funcionamiento en Veracruz y representa la opción más acertada del gobierno. El programa de Socicultur, estaba en caminado al trabajo con los niños en las calles, a través de actividades como el teatro callejero y el juego; además de abastecer de alimento y ropa a los niños en las calles. Los programas delegacionales, están más vinculados con la situación de los niños como pequeños infractores y funciona como canalización a otras instituciones. Casa Ecuador por su parte, es un programa especializado en el trabajo con los niños de la calle en el D.F. para su subsistencia, es apoyado por Protección social, mientras el MESE, es un programa creado y financiado por el DIF nacional y por la UNICEF y con un trabajo en dos niveles, en las calles directamente con los niños y en la comunidad.

Sin embargo, el esfuerzo por parte del gobierno ante la ola creciente de niños de la calle en la Ciudad de México ha sido insuficiente, por lo que la sociedad ha intentado dar una respuesta por vía de las ONG's (Organizaciones No Gubernamentales) y las IAP (Instituciones de Asistencia Privada). Las primeras, según Barranco⁵¹ y Armendarez⁵², son entendidas como

⁵⁰López Echeverri, O., *Op. cit.*

⁵¹Barranco B., *Las ONG'S, Las Fundaciones y el y el Papel de Los Consejos*, 1991.

⁵²Armendarez, P., *El año de las ONG's*, 1994.

organizaciones de la sociedad civil, que surgen ante la necesidad de dar respuestas a diferentes problemas sociales sobre todo de los grupos que demandan mayores necesidades y se caracterizan por un uso transparente de los recursos y por ser independientes.

Las Instituciones de Asistencia Privada (IAP) son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de Asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios.⁵³ Para su subsistencia, tanto las ONG's como las IAP son financiadas por fideicomisos, los cuales son fondos de carácter privado, con las aportaciones de diversos organismos creados para hacer labor altruista.⁵⁴

En el apartado siguiente, mencionaré algunas de las Instituciones de Asistencia privada u Organizaciones No Gubernamentales que han intentado dar respuesta al problema que representa el fenómeno de los niños de la calle en la Ciudad de México.

C) ¿Cuál ha sido la respuesta del sector privado?

Ante la problemática que el fenómeno de los niños de la calle representa para la sociedad mexicana y la incapacidad que los organismos gubernamentales han mostrado para combatirla, han surgido organismos por parte de la iniciativa privada, con el objetivo de brindar atención a los niños que se encuentran viviendo en la calle, estos organismos se denominan IAP (Instituciones de

⁵³I.A.P., *Anuario Estadístico*, 1996.

⁵⁴*Fideicomiso de Apoyo Para Niños de la Calle*, (Material de promoción)

Asistencia Privada) u ONG's (Organizaciones No Gubernamentales), caracterizadas por realizar una labor altruista y por la transparencia en el uso de los recursos materiales. Es importante aclarar que la mayoría de estas instituciones están afiliadas a la Junta de Asistencia Privada y que por ello se definen como IAP, aunque también se les reconoce por ONG's, debido a que son independientes del gobierno.

Entre las instituciones del sector privado que trabajan con niños de la calle se encuentran: Fundación Casa Alianza México, Hogares Providencia, Pro Niños de la calle, EDNICA, Ministerios de Amor, Fundación Vida Nueva, Mairo Don Bosco y El Caracol A.C., todas estas instituciones mantienen un objetivo común (aunque con diferente metodología), que es el de brindar alternativas diferentes a los niños de la calle.

Los niños pueden llegar solos a las instituciones o ser captados por los educadores de calle, quienes, salen a visitar los puntos en donde se reúnen o trabajan los niños (lotes baldíos, mercados, paraderos, casas abandonadas) y a los lugares en donde pueden llegar los niños y niñas que acaban de salir de sus hogares, como pueden ser las centrales de autobuses, ferrocarriles, los parques.

Algunas instituciones funcionan como centros de día y tienen como finalidad brindar al niño un espacio durante algunas horas, en donde por medio de actividades lúdicas, recreativas y terapéuticas, este aprende la existencia de alternativas diferentes al medio callejero y al mismo tiempo se reducen los riesgos de la calle por lo menos durante el día. Otras ofrecen un programa

residencial en donde además de gozar de los beneficios de un centro de día, el niño o niña encuentra también un lugar para vivir.

Como hemos podido constatar, la respuesta de la sociedad civil ante la problemática que representa el fenómeno de los niños de la calle, se ha hecho presente a través las IAP y las ONG's, en donde Fundación Casa Alianza México juega un papel relevante no sólo por la experiencia que ha acumulado a través de los años, sino por ser uno de los programas que cuentan con una mayor capacidad, tanto en instalaciones como en personal capacitado para la atención de este tipo de población.

Antes de continuar, he de aclarar que en el siguiente capítulo, me limitare a describir el modelo de atención de Fundación Casa Alianza México, por ser éste mi centro de labores y el lugar de donde se ha gestado la experiencia que hace posible este trabajo.

CAPITULO II

EL MODELO DE ATENCIÓN DE FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO. "INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA"

A) ¿CUÁL ES LA RESPUESTA DE CASA ALIANZA?

Antes de poder describir el funcionamiento de Fundación Casa Alianza México, es importante saber cómo surge, por ello hemos de iniciar diciendo que Casa Alianza o Covenant House, es una organización internacional no gubernamental, de carácter laico y apolítico, que atiende a niños y niñas en desamparo desde el año de 1968, Surgió por iniciativa de Bruce Ritter, sacerdote franciscano y profesor de la universidad de Manhattan en Nueva York. Para 1972, se consolidó la organización actual, no lucrativa y de carácter privado con el nombre de Covenant House o su equivalente en español Casa Alianza.¹ En la actualidad, se ha extendido funcionando en Canadá, El Salvador, Costa Rica, Guatemala Honduras y México.

En México se fundó en 1988² como organización, pero empezó a operar al año siguiente con las dos primeras etapas del programa: Educadores de calle y el Centro de crisis, también llamado Refugio, en donde se atendía a niños de 8 a 15 años con las modalidades de servicio de patio y residencial. En el primero se atendía a niños que por su tiempo de estancia en la calle, se les dificultaba adaptarse a un programa residencial. Mediante actividades programadas en un

¹ Fundación Casa Alianza. *Op. cit.*, p. 3.

² *Ibidem.*

horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. se les preparaba para tal fin. El refugio como etapa residencial, era adecuado para niños con un breve tiempo de vida en la calle y para aquellos que habían cumplido el tiempo determinado en el servicio de patio.

En la actualidad, Casa Alianza México se compone de cuatro etapas y seis programas de atención. Los primeros son: Educadores de calle, Centro de crisis o Refugio, Hogar de transición y Hogares grupales, mientras que los programas son: Reintegración familiar, Psicología y Trabajo social, Apoyo legal, OLLIN (Programa de atención para adicciones) y LUNA (Programa de BIOCIDA) En Casa Alianza, se pretende dar una atención integral a los niños entre 8 y 18 años de edad con el fin de reincorporarlos a la sociedad, partiendo del lema "La calle no es lugar para un niño".

Las etapas del modelo de atención de Casa Alianza son:

- **Educadores de calle.** Son los encargados de hacer el primer contacto con los niños en la calle y valiéndose de actividades pedagógicas y recreativas conviven, además de orientarlos sobre los riesgos que la calle representa. Posteriormente, se les invita a conocer Casa Alianza, y si les gusta, lo pueden adoptar como su hogar. El objetivo es propiciar en el niño el interés por una opción diferente a la calle.
- **Refugio o Centro de crisis.** En este lugar se proporciona cobijo y alimentación a los niños, se les invita a quedarse y se pretende que se convierta en su hogar las 24 hrs. , a través de la atención que reciben, se

crea una relación de afecto que los involucra y los atrae. Las actividades que se realizan son creativas, recreativas y deportivas, individuales y grupales. Su permanencia en el refugio, significa el primer paso para incorporarse a una nueva forma de vida. El Refugio es un centro de crisis, un lugar en donde el niño puede expresar las diferentes razones que lo obligaron a abandonar su hogar y a vivir en la calle.

En Casa Alianza, se entiende como crisis al desequilibrio psico-social que vive el niño y que se manifiesta a través de algún sentimiento, necesidad, o ciertos estados anímicos de soledad, depresión, ansiedad, abandono, violencia o adicción a alguna droga. El objetivo que se persigue en el Refugio es lograr la estabilidad del niño para que pueda convivir o interactuar con otros mediante normas básicas de convivencia: No violencia, no drogas, no sexo, no robo y no armas.

- **Hogar de transición.** Es la primera etapa residencial y la tercera fase del programa. Aquí se prepara a los niños para responder a compromisos de carácter más social, relacionados con su desarrollo personal, académico y en su caso, la capacitación laboral bajo una estructura bien definida. El trabajo se desarrolla en tres ejes: fortalecimiento de autoestima, integración social y el desarrollo de la autonomía.
- **Hogares Grupales.** Aquí el objetivo básico es una convivencia con mayor armonía la cual mediante acciones específicas aporte a los niños nociones y principios para asumir la responsabilidad de vivir independientemente, con el fin de integrarlos a la sociedad al llegar a la mayoría de edad. Para ello se

genera un ambiente de cordialidad y camaradería, que se aproxime al de una familia, sin pretender sustituir a ésta, con la consigna de crear una responsabilidad colectiva con base en el compromiso individual.

Los programas del modelo de atención de Casa Alianza son:

- **Reintegración familiar.** Este programa atiende las inquietudes con respecto a la situación familiar y la obtención de documentos que se requieran para los trámites correspondientes (acta de nacimiento y boletas de la escuela), o en su caso, plantear la reintegración del niño con su familia si así lo desea. Para ello, evalúan las condiciones que provocaron el egreso y las posibilidades de solución. El objetivo es lograr la reincorporación del niño a su familia, generando un ambiente favorable en la dinámica y estructura de ésta, que propicie la comunicación, la participación y responsabilidad de todos sus miembros.
- **Psicología y Trabajo social.** Tiene por objetivo brindar atención y acompañamiento a los niños durante su proceso. El trabajador social es el encargado de asesorar los planes de vida; supervisando que las metas planteadas se cumplan tanto por parte del niño como del consejero. El psicólogo, por su parte es el encargado de brindar orientación psicológica individualizada dentro de la institución o buscar terapias externas si así lo requiere el proceso de alguno de los niños.
- **Apoyo legal.** Este programa brinda apoyo y orientación de tipo legal tanto a los niños que viven en Casa Alianza, como a los que viven en la calle que así lo

requieran. Su objetivo es promover y defender los Derechos Humanos de los niños de la calle.

- **OLLIN.** Tiene como objetivo la rehabilitación de los niños que han tenido problema de adicción a las drogas, para ello cuenta con una etapa residencial y otra de prevención, atendiendo en la primera únicamente a niños. En este programa se trabaja con niños de entre 12 y 16 años de edad.
- **LUNA.** Este programa tiene por objetivo atender de manera integral (psicológica, médica y asistencial) a los niños que viven con VIH-SIDA; desde una fase asintomática, hasta la fase SIDA y su deceso. Para ello se divide en cuatro niveles de atención: 1) Prevención, en donde se brinda información para prevenir y conocer el proceso del VIH/SIDA; 2) Atención a niños en fase asintomática. 3) Atención a niños en fase compleja relacionado a SIDA y en fase SIDA, y 4) Orientación y apoyo a las familias de los niños infectados.

A través de los años, Casa Alianza se ha convertido en una de las instituciones que se mantienen a la vanguardia en el trabajo con los niños de la calle, ya que ofrece un modelo de atención que ha ido creciendo según las necesidades que se presentan y por esta razón resulta importante el papel que juegan los profesionales que ahí trabajan, en donde el psicólogo tiene un vasto campo de acción.

B) ¿CUÁL ES EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN CASA ALIANZA?

Para llevar a cabo su trabajo con la seriedad y la dedicación que se requiere, Fundación Casa Alianza contrata personal para ocupar sus diversos puestos, en los que el psicólogo tiene un buen campo de acción. Se le puede encontrar como educador de calle, consejero, sistematizador o como psicólogo, ya sea en el departamento de Psicología o en programas específicos como son OLLIN y LUNA.

Es importante aclarar que en Casa Alianza, el perfil que se requiere para ocupar algunos puestos (como por ejemplo: el de consejero en el centro de crisis, en las etapas residenciales o en reintegración familiar, así como el de educador de calle y el de sistematizador), no necesariamente es el de psicólogo, ya que se trata de un modelo de atención multidisciplinario, en donde el requisito básico es que sean profesionales en el área de Ciencias Sociales o Humanidades. Esto se debe a que el trabajo que se hace con los niños en esos niveles es de diagnóstico y acompañamiento y en los casos en los que se requiere de un trabajo más profundo, son canalizados al departamento correspondiente, en donde son apoyados por los psicólogos que laboran en el programa Psicología y Trabajo Social, Ollin o LUNA. En casos especiales, se les consigue atención externa, por ejemplo en los hospitales psiquiátricos y organizaciones que trabajan con problemas de abuso sexual, violencia intrafamiliar y otros.

Sea cual sea el puesto que ocupe el psicólogo, éste debe reunir ciertas características, como ser muy empático y tener una gran capacidad lúdica y

creativa, ya que una de sus herramientas de trabajo es el juego, instrumento que le permite relacionarse con los niños.

El psicólogo debe poseer una actitud abierta y flexible para poder entender el proceso del niño y una gran capacidad para evaluar las situaciones que puedan afectar o beneficiar el proceso de los menores, además de poseer los conocimientos y habilidades para poder manejar grupos, contener crisis y detectar necesidades. Pero algo que es primordial en el profesionista que llega a Casa Alianza, es que debe poseer una gran calidad humana, ya que aquí la base del trabajo es el amor incondicional.

Ahora es importante describir los perfiles de los puestos, en donde el psicólogo puede insertarse: Sistematizador, Educador de calle, Consejero, Psicólogo del programa de psicología, del programa de OLLIN (adicciones) y del programa LUNA (VIH/SIDA).

1.- ¿Qué características debe tener el psicólogo como capacitador y sistematizador?

Para Casa Alianza, el capacitador y sistematizador es un profesional de la Psicología o de las Ciencias Sociales, que posee conocimientos y habilidades en áreas como son la Psicología Industrial y la Social, ya que es el encargado de hacer el análisis de puestos cuando se requiere, así como de la detección de las necesidades que se presentan en la labor cotidiana de los educadores, con la finalidad de conseguir los apoyos y brindar la capacitación al personal y con ello mejorar la calidad de la atención a las diversas problemáticas que se presentan en su población.

Como sistematizador, su labor es dar estructura al conocimiento que adquieren en la práctica los educadores, consejeros, etc., con el objetivo de vincular la teoría con la práctica. Con ello se genera un conocimiento sistemático que permite evaluar la eficacia de su modelo de atención, dando pauta al surgimiento de nuevas propuestas para mejorar la calidad de su trabajo, así como para capacitar a otras instituciones que así lo requieran.

Dentro de los requisitos que se contemplan para la obtención de cualquier puesto de trabajo en Casa Alianza, se encuentran los siguientes:³

- Ser profesional de la Psicología u otra carrera afín a la Ciencias Sociales.
- Haber laborado como consejero o educador en Casa Alianza por lo menos un año o en un caso especial, tener experiencia en trabajo con los niños de la calle en otras instituciones.
- En el caso del capacitador o sistematizador, se requiere además, ser un buen observador y tener conocimientos sobre los métodos de investigación tanto documental como de campo.

2.- ¿ Qué características debe tener el psicólogo como educador de calle?

Cuando hablamos del educador de calle, nos referimos a una persona que es amable, juguetona, paciente, comprensiva, en quien se puede confiar, que no cuestiona al niño, en oposición a toda retórica moralista, que transmite formas de convivencia humana distintas a la supervivencia callejera y que es capaz de

³Fundación Casa Alianza, *op. cit.*

propiciar un ambiente agradable, aún en un medio tan hostil como lo puede ser la calle.⁴

El educador de calle, debe tener una tendencia hacia la investigación social, pues para que su intervención realmente sea eficiente debe de apoyarse en los conocimientos que tiene acerca del medio que esta produciendo los fenómenos con los que trabaja. Por ello, el psicólogo como educador de calle, debe conocer la dinámica grupal de los niños, ya que ello le permite hacer un diagnóstico de los factores que influyen para que estos permanezcan en la calle y a partir de esta información, poder elaborar planes de intervención individual para transformarlos y estar en condiciones de brindar alternativas a cada niño según su necesidad, canalizándolos a instituciones como casas hogar hospitales, clínicas, a lugares en donde puedan recibir atención a problemas emocionales específicos como en el caso de las violaciones. El objetivo final es brindar alternativas diferentes a la calle.

En el primer seminario latinoamericano sobre Alternativas comunitarias para niños de la calle⁵, se manejaron las siguientes características del educador, las cuales se ajustan al perfil del psicólogo:

- Es perceptivo de las causas de las situaciones generadoras.
- Respeta y no reprime.
- Es flexible, capaz de reevaluar conceptos y limitaciones y con el menor, descubrir en la convivencia del conflicto nuevas perspectivas de vida.

⁴Ibid.

⁵Primer Seminario de Alternativas Comunitarias Para Niños de la calle, Brasil, 1988.

- Estimula la acción participativa de la comunidad.
- Trabaja con el grupo visualizando siempre una sociedad más amplia.
- Es aquel que no impide o sofoca la denuncia de los menores.
- Dispone tiempo para crear una situación nueva, provocadora de nuevas relaciones.
- Procura ofrecer soluciones concretas para que los niños superen sus necesidades. No determina "plazos" para el "cambio" o modificación de comportamientos.
- El educador de la calle mantiene una relación de intercambio en el proceso educativo.

3.- ¿ Qué características debe tener el psicólogo como consejero?

"La consejería o ayuda individual es la asistencia que una persona le brinda a otra en una conversación cara a cara".⁶ *"Es un proceso de intercambio y apoyo cara a cara, en el que los sentimientos, pensamientos y actitudes se expresan, se exploran y se aclaran. La consejería va más allá de proporcionar únicamente información, se trata más bien de ayudar al cliente a considerar su situación personal, sus sentimientos, preocupaciones y de tomar decisiones sobre su propio comportamiento".*⁷

Como consejero, el psicólogo tiene un vasto campo de acción, su preparación y habilidades para el diagnóstico y la intervención le permiten soportar y reencaminar las crisis que los niños presentan durante el proceso de reintegración a la sociedad que llevan en Casa Alianza.

⁶Kathyn C., y Ramos M., Guía de Consejería. *A través del Espejo: El papel del Consejero en la prevención del SIDA*, Washington D. C., AIDASCOM, 1991. P. 1.

⁷*Ibidem.*

El consejero de Casa Alianza,⁸ tiene la capacidad para ejecutar cualquier tipo de trabajo que se relacione con el proceso de los niños como es la realización de aseos junto con ellos, así como la capacidad para la creación de actividades tanto recreativas como educativas. Además debe de participar en la elaboración de los planes de vida y tener disposición para jugar con los pequeños marcando límites que les permitan adquirir una estructura y respetar las reglas del juego.

El consejero debe de ser creativo y emprendedor; tiene además que desarrollar una elevada tolerancia a la frustración, siendo paciente en los retrocesos de los niños, por lo cual es indispensable saber evaluar el momento de la crisis para poder intervenir y con ello ampliar las alternativas de solución, diferenciando las necesidades prioritarias del niño. Es importante que posea un buen nivel de autoestima que le permita resolver y recibir sin engancharse a las agresiones, indiferencia o proyecciones de los niños, ya que solo así será capaz de plantear objetivos claros en el plan de vida del niño. Su entusiasmo y optimismo son fundamentales en la realización de actividades planeadas que no siempre son fáciles de implementar.

En Casa Alianza existen cuatro tipos de consejeros, el de Refugio, el Residente, el de Reintegración familiar y el de OLLIN. La diferencia entre ellos radica en que el residente vive con los niños que ya han superado el segundo paso en el proceso de rehabilitación (o sea en las etapas de Hogar de transición y Hogares grupales).

⁸Fundación Casa Alianza. *Op. cit.*

El consejero de refugio, es el encargado de trabajar con la estructura que el niño debe adquirir en el momento en que decide salir de la calle. Similar labor realiza el consejero de OLLIN, teniendo como única diferencia el hecho de que este trabaja con adicciones. Finalmente, el consejero de reintegración evalúa la posibilidad de que el niño se reincorpore a su familia, además de dar seguimiento a los que ya están reintegrados y a los que viven independientes por no tener posibilidad con la familia o por haber rebasado los dieciocho años.

Para Casa Alianza⁹, el consejero es responsable de:

- ◆ Generar una relación de cordialidad con los niños, fomentando y desarrolla la capacidad para escuchar y dialogar en la resolución de conflictos que se puedan presentar.
- ◆ Velar por la seguridad y protección de los niños que se encuentran en la casa.
- ◆ Proponer opciones para el desarrollo físico, emocional, moral e intelectual de niño.
- ◆ Organizar, apoyar y supervisar las actividades educativas, recreativas, de salud y sociales de los niños dentro y fuera de la fundación.
- ◆ Organizar, supervisar y apoyar las actividades de limpieza y mantenimiento del hogar, servicios de alimentación y primeros auxilios.
- ◆ Resolver situaciones de emergencia que se presenten e informar inmediatamente al supervisor en turno.
- ◆ Aplicar consecuencias disciplinarias al niño cuando su comportamiento lo amerite.

⁹*Ibidem.*

- ◆ Elaborar el plan de vida de los niños a su cargo, con el fin de sistematizar la atención a la problemática y cubrir sus necesidades, estableciendo metas de desarrollo personal.
- ◆ Asistir a los cursos de capacitación que brinda la fundación.
- ◆ Implementa adecuadamente los principios y políticas de Casa Alianza.

4.-¿ Qué características debe tener el psicólogo en psicología?

En Casa Alianza el apoyo psicológico es indispensable en el proceso de rehabilitación de los niños cuando deciden abandonar las calles, por lo que el psicólogo debe cumplir con las siguientes funciones:

- ◆ Es el encargado de promover el desarrollo y potencialidades, con el objetivo de crear nuevas relaciones y ambientes que favorezcan el proceso del niño. Para lograr lo anterior busca implementar técnicas terapéuticas que ayuden a solucionar su problemática.
- ◆ Es el intermediario entre el consejero y el niño, en donde tiene la función de sensibilizar y crear conciencia de que la calle no es la mejor opción para el pequeño y que en la institución puede iniciar un proceso de rehabilitación.
- ◆ Tiene la capacidad de ejercer la psicología de formas creativas, que no se restringen a la aplicación de las técnicas y dinámicas en un espacio cerrado, como se concibe a la terapia formal, si no que hace de la terapia un espacio abierto en donde todas las formas y aplicaciones tienen lugar. Juega, enseña, barre, cocina, etc., si esto ayuda en el proceso del niño o si la situación lo requiere.
- ◆ Procura al máximo dar terapia individualizada y es el encargado de dar propuestas y alternativas de atención, así como de evaluar las condiciones

del trabajo. Promueve adecuaciones en el ambiente y en las relaciones con los niños y con los compañeros de trabajo. Fomenta también la cordialidad, el respeto y la comunicación.

- ◆ Diseña programas y actividades según las necesidades educativas del niño.
- ◆ Colabora con el trabajador social y el consejero en la elaboración de los planes de vida.
- ◆ Busca y mantiene contacto con instituciones que pueden apoyar el proceso de los niños.
- ◆ Cuida que se realicen de manera adecuada los principios y procedimientos de Casa Alianza.

En Casa Alianza la mayoría de los psicólogos han pasado por el trabajo de consejeros,¹⁰ situación que les proporciona la posibilidad de tener contacto directo con los niños en diferentes niveles de su proceso.

5.- ¿Qué características debe tener el psicólogo en OLLIN?

En OLLIN, el psicólogo requiere además de lo dicho con anterioridad, un conocimiento sobre las sustancias que producen alteraciones en el sistema nervioso central y que son conocidas como alucinógenas y psicotrópicas, ya que en esta etapa su trabajo gira en torno a una población que tiene un grado considerable de adicción a diferentes tipos de drogas.

¹⁰*Op. cit.*

En esta etapa, el psicólogo debe entender el problema de la adicción como un síntoma de una problemática social e individual, más compleja de lo que en apariencia es, por lo que retoma el momento social en que vivimos para explicar el fenómeno y las características propias del adolescente el tipo de consumo y la evolución psicológica del niño en las áreas afectiva e intelectual.¹¹

Su trabajo gira en torno a cuatro estrategias de atención:

- Educación para fomentar el diálogo, formar conceptos y generar conciencia.
- Clínica para estimular el desarrollo del niño, trabajar el sentido de la vida, terapia individual, grupal y seminarios.
- Investigación, para generar nuevas perspectivas en la atención.
- Sistematizar el proceso que se vive, para conocer mejor el problema que se plantea, lo que permite tener retroalimentación del quehacer cotidiano.

Cada una de estas estrategias, se concretiza en actividades que conforman el trabajo y la atención individual para los niños.

En Hollín, el psicólogo cumplirá diferentes funciones: a) Programación de los tratamientos y supervisión, b) Diagnóstico y evaluación de los candidatos a ingresar a la comunidad terapéutica y c) Orientación psicológica individual, coordinación de grupos especiales con finalidades terapéuticas y en ocasiones ejercerá actividades de terapeuta familiar.

6.- ¿ Qué características debe tener el psicólogo en LUNA?

¹¹ *Ibid.*

El programa LUNA, está integrado por dos psicólogos (un hombre y una mujer) y una enfermera. Los profesionales de esta área, tienen un perfil clínico (en el caso de los psicólogos) y conocer el proceso de Calidad de vida o Tanatología.

El trabajo se realiza en cuatro niveles, partiendo de la prevención, que corresponde al primer nivel, la atención a niños infectados por el VIH/SIDA (segundo y tercer nivel) y orientación familiar a los familiares de los niños infectados que corresponde al cuarto nivel.¹²

Es importante aclarar que fue en el programa LUNA en donde se gestó la experiencia que está permitiendo la elaboración de este reporte de trabajo, por lo que nuevamente he de decir que me limitaré a describir con detalle en el próximo apartado, la estructura y funcionamiento de este programa en particular (por ser éste mi lugar de trabajo); así como los resultados obtenidos a lo largo de un año de labor y el papel que el psicólogo tiene, esperando con ello contribuir a la comprensión del niño de la calle con SIDA.

B) ¿CUÁL ES EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL PROGRAMA LUNA?

En esta programa, el psicólogo trabaja en cuatro niveles de atención, siendo estos los que rigen la flexibilidad de su labor.

- En el primer nivel, el trabajo del psicólogo se enfoca en la prevención, con el objetivo de brindar información básica por medio de talleres a la población de Casa Alianza (niñas, niños, así como a consejeros, educadores y todo el

¹²Op. Cit.

personal) También se da información a las familias de los niños que viven en la fundación. Además hace trabajo comunitario en escuelas con población adolescente sobre la infección ocasionada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En el caso de los niños que viven en Casa Alianza o en la calle, el psicólogo es el encargado de hacer un seguimiento serológico de las pruebas de detección de anticuerpos al VIH que se les aplica (la cual es voluntaria), así como de prepararlos para ella mediante asesorías preprueba y postprueba, en las cuales, además, se pretende conscientizar a los niños con respecto al riesgo de una infección.

Finalmente, también elabora materiales didácticos y juegos para la impartición y evaluación de la información que se proporciona a través de talleres, los cuales son impartidos tanto en las etapas residenciales de la fundación como en la calle.

- En el segundo nivel, se brinda atención a los niños que son portadores del virus y que se encuentran en fase asintomática, con el objetivo de mantenerlos en un estado de salud óptimo tanto físico como psicológico, mejorando con ello su calidad de vida. Para ello se planean y contemplan metas a corto, mediano y largo plazo, que deben ser alcanzados por los pequeños.

Cuando se confirma un resultado positivo, el psicólogo debe evaluar el impacto que la noticia causó en el niño, con el fin de hacer un plan de intervención, estableciendo sesiones de terapia en donde se trabaja la crisis, esto con el fin de estabilizar emocionalmente al niño. Para ello, se apoyará de

los demás profesionales que intervienen en forma directa en el proceso del pequeño como son el consejero asignado y Trabajadores sociales. Además, en algunos casos, se solicita el apoyo a grupos de autoayuda, después de entregar el resultado si el niño lo solicita.

Una vez que el psicólogo logra estabilizar un poco al niño, elabora un calendario de sesiones de terapia semanales, en donde trabaja su condición como portador del VIH, con el fin de que en algún momento se logre la aceptación. Además, le brinda la información necesaria sobre el proceso que sigue el VIH hacia el SIDA y a partir de esto elabora junto con el niño lo que será su plan de vida.

- En el tercer nivel, se atiende a niños que se encuentran en fase Complejo Relacionado a SIDA (CRS) y en fase SIDA. Se les proporciona un apoyo integral médico, psicológico y espiritual con el objetivo de mantener la fase CRS el mayor tiempo posible o prepararlos para su deceso (el bien morir), si se encuentran en fase SIDA.

Durante las sesiones de terapia, el psicólogo aborda temas como reconciliación, calidad de vida, bien morir y religión, con la finalidad de preparar al niño para la muerte cuando llegue el momento. Las sesiones de terapia individual se dan dos veces por semana, lo cual varía según el caso.

- Finalmente, en el cuarto nivel de atención, el psicólogo trabaja la sensibilización con los familiares de los niños infectados, con el objetivo de conciliar la situación que provocó su expulsión del hogar, esto con la finalidad

de que la familia lo acepte nuevamente y se haga cargo de brindarle las atenciones y cuidados que ayuden al pequeño a mantener un nivel óptimo de vida, de no ser posible, el niño recibe las atenciones en el programa y se busca que los familiares le brinden el apoyo emocional que el requiera.

El psicólogo brinda orientación a la familia sobre las implicaciones del VIH/SIDA, sobre la importancia que tiene el acompañamiento durante el proceso de la enfermedad y en la preparación para el deceso del niño cuando se encuentra en la etapa terminal, al mismo tiempo, les brinda los elementos necesarios para que puedan elaborar el duelo.

Una vez descrito el papel que juega el psicólogo que trabaja con niños infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, pasaré a describir la estructura del programa, así como los resultados que se han tenido a lo largo de un año de trabajo, por lo que en el capítulo siguiente éste será el tema a tratar.

CAPITULO III

EL SIDA Y LOS NIÑOS DE LA CALLE

A) ¿CUÁL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS NIÑOS DE LA CALLE Y EL VIH/SIDA?

Antes de comenzar a hablar del programa LUNA, que es el tema central de este apartado, es necesario e imprescindible hacer una remembranza de lo que es el VIH/SIDA, ya que el objeto de atención del programa es justamente ese ser, producto de dos situaciones que se han convertido en un problema para nuestra sociedad, como son, por un lado, los niños de la calle eje central del trabajo de Casa Alianza y por otro, el VIH/SIDA, que se ha convertido en la enfermedad que más muertes esta causando entre en la población joven en este fin de milenio y que ha alcanzado a una población marginal como son los niños de la calle de la ciudad de México.

Inicialmente, he de decir que quizá nunca se sepa de dónde o cómo surgió el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); pero desde la aparición de los primeros casos en el mundo, se generaron conceptos cerrados, especulaciones tendenciosas, descabelladas hipótesis acerca de sus mecanismos de transmisión y pronunciamientos catastróficos. Se dijo que los negros, los homosexuales y los drogadictos eran los culpables de su aparición.

Así mismo, surgieron versiones acerca de su posible origen en laboratorios de los países que impulsaban la guerra bacteriológica¹ o que se escapó de un laboratorio donde se estudiaba un tratamiento para el paludismo². Pero lo cierto es que desde que se supo que la transmisión de esa enfermedad estaba ligada a la sexualidad se produjeron reacciones históricas colectivas.³

También se dio a entender que la enfermedad provenía de las relaciones sexuales entre africanos y monos verdes. En otras palabras, el SIDA fue interpretado como un castigo de Dios, ante el pecado y la disolución de las normas morales. De esta manera, había a quién culpar y se pudo argumentar que el SIDA era una enfermedad de las minorías anormales, de los despreciables, pobres, ignorantes y/o pecadores; en otras palabras, de los diferentes a la mayoría.⁴ Algunos nombres con que se le denominaba eran "mal de Nápoles" o "morbus Gallicus" en el caso antiguo "neumonía gay", "cáncer gay", GRID (Gay Related Immune deficiency) o "gay compromise syndrome"⁵.

Con una predilección exquisita por el humor negro, los epidemiólogos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al SIDA "el club de las cuatro H": Homosexuales, Heiroinómanos, Haitianos y Hemofílicos. Algunos ponían en quinto lugar a las "Hookers" (prostitutas) aumentando a cinco el número de la H fatídica. Para no inquietar a la gente, no se incluía en ese "club de los malditos" a dos grupos perfectamente inocentes: los receptores de

¹ICYT, *La Epidemia del SIGLO XX*, México, CONACYT, 1985, p. 17.

² Marchetti L. R. et al., *Guía de Orientación para Informadores VIH/SIDA*, México, CONASIDA y SSA, p. 20.

³ Grmek Mirko. Trad. Mastrangelo, S., *Historia Del SIDA*, México, Siglo XXI, Cap., p. 25.

⁴ICYT, *Op. cit.*, p. 18.

⁵ Grmek Mirko, *Op Cit.*, p. 25.

transfusiones y los recién nacidos infectados durante su vida intrauterina.⁶ El uso oficial de las siglas AIDS, se inició en el verano de 1982 y fueron difundidas por la CDC (Center for Disease Control) y por la Organización Mundial de la Salud:⁷ AIDS o SIDA significan síndrome de inmunodeficiencia adquirida; síndrome es un grupo de signos y síntomas que cuando se presentan en conjunto, indican que una persona tiene una condición particular, inmuno se refiere al sistema inmunológico, que proporciona defensas del cuerpo en contra de enfermedades; deficiencia implica que el sistema inmunológico es deficiente o incapaz de proteger del VIH y adquirida porque se transmite de una persona a otra, esto es que no es inducida por químicos ni es hereditaria.

Según la definición dada a comienzos de 1983 por la CDC (Center for Disease Control) y adoptada después por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA se caracterizaba por la aparición de un síndrome tumoral o de las manifestaciones infecciosas calificadas de oportunistas, o bien, por la asociación de ambas cosas en un adulto de menos de 60 años, sin patología subyacente anteriormente conocida y que no ha recibido tratamiento inmuno depresor.⁸

Sin embargo, con el transcurso de las investigaciones, se demostraron etapas en el proceso infeccioso del SIDA y aparecieron términos como: ARC (AIDS-Related Complex), LAS (Lymphadenopathy Syndrome), PGL (Persistent

⁶ Grmek Mirko, *Op Cit.*, p. 64.

⁷ *Ibidem.*, p. 66.

⁸ *Ibid.*

Generalized Lymphadenopathy), SAS (Signes Associés Au Sida), pre sida, para sida, etcétera.

La situación cambió cuando se demostró que el SIDA en cuanto estado clínico, era resultado de la acción de un virus específico. En 1983, el doctor Luc Montagnier lo llamó LAV, siglas que quieren decir, Virus Asociado con la Linfadenopatía; en 1984, el doctor Robert Gallo, lo llamó HTLV-III, que quiere decir Virus Linfotrópico-T Humano Tipo III, y después recibió otro nombre que le dio el doctor Levy, que era ARV, o sea Virus Relacionado con el AIDS o SIDA.⁹ Es necesario aclarar que la patente por el descubrimiento del virus desató un conflicto entre Francia y EEUU, que se resolvió con la aceptación de que el descubridor fue el Doctor Francés Luc Montagnier, quien en 1986 también aisló el VIH-2.¹⁰

Debido a la cantidad de nombres con que se identificaba al virus, se creó una gran confusión, por lo que en 1986 la Organización Mundial de la Salud reunió a un comité de taxónomos y propuso que en todo el mundo se le llamara de la misma manera y el nombre que le dieron fue el de Virus de Inmunodeficiencia Humana y cuyas siglas son VIH: virus es un microbio, causante de enfermedades contagiosas que solo es visible con un microscopio electrónico, inmunodeficiencia, que causa una deficiencia, valga la redundancia en el sistema inmunológico y humana porque se trasmite únicamente entre los humanos. Cabe aclarar que para el uso en publicaciones científicas se identificaría con las siglas HIV, que es la traducción en inglés.

⁹ Rico, B. y Uribe, P., *¿Qué onda con el sida?*, México, ADN Editores S.A de C.V. y CONASIDA, p. 76.

¹⁰ Marchetti L. R. et al., *Op. cit.*, pp. 30-32.

Según la nueva definición, el SIDA es un estado patológico debido a la infección por el virus HIV.¹¹ Por lo tanto, el SIDA ya no es un síndrome sino una enfermedad infecciosa causada por un retrovirus.¹² De los dos tipos de Virus de Inmunodeficiencia Humana que existen, (VIH-1 y VIH-2) el primero está difundido en todo el mundo y el segundo se encuentra localizado sólo en África Occidental y se han encontrado algunos casos en Portugal, Brasil y EEUU.¹³

Las vías de transmisión son las siguientes:

- A) Vía sexual, por contacto sexual con la persona infectada. El contagio puede darse de hombre a hombre, mujer a mujer, mujer a hombre y hombre mujer. Las prácticas de más alto riesgo son en orden de peligrosidad: coito anal, coito vaginal y sexo oral.
- B) Vía sanguínea, por transfusión de sangre contaminada y sus componentes, uso de agujas o instrumentos punzo cortantes contaminados, transplante de órganos y tejidos contaminados
- C) Vía materna, de una madre infectada a su hijo, durante el periodo perinatal por conducto transplacentario, por contacto con sangre, secreciones en el canal del parto y/o a través de la leche materna.

¹¹ Payet, M., "Les Ambigüites du SIDA", Bull. Acad. Nat. Méd., 170, 1986, en: Grmek M., Op. cit. p. 66.

¹² Se les llama retrovirus porque manejan la información genética al revés; es decir, la mayoría de las células de los seres vivos forman ácido ribonucleico (ARN), a partir del ácido desoxirribonucleico (ADN). A esto por mucho tiempo se le llamó el "dogma central" de la Biología Molecular. Hasta que se descubrieron los retrovirus, se descubrió que el paso se podía hacer al revés y de allí el nombre de retrovirus.

¹³ Rico, B. Uribe, P., Op. cit., p. 77.

Las fases por las que atraviesa una persona infectada, de acuerdo con la clasificación de la CDC (Center for Disease Control)¹⁴, son las siguientes:

Fase I Infección aguda:

- El virus entra al organismo provocando una respuesta del sistema inmunológico.
- Presenta un cuadro gripal. (Estas manifestaciones varían de un paciente a otro, pueden no presentarse.)

Fase II Infección asintomática, portador asintomático:

- El virus se encuentra dentro de las células y no causa daño.
- No hay manifestaciones, el paciente goza de una aparente buena salud.

Fase III Linfadenopatía generalizada:

- Se activa el virus y las defensas comienzan a disminuir.
- Se inflaman los ganglios de las distintas partes del cuerpo.

Fase IV. SIDA:

- Las defensas bajan y el paciente es presa fácil de enfermedades oportunistas. El virus activado se está replicando, afectando a las células

¹⁴ Marchetti L. R., *Op. cit.*, pp. 30-32.

del sistema inmunológico, por lo que bajan las defensas del organismo, haciendo que se presenten manifestaciones específicas como son:

Síndrome de desgaste (desgaste físico):

- Pérdida del 10 al 15% del peso total, en menos de un mes.
- Fiebre, principalmente nocturna, de más de 39° por más de un mes.
- Diarreas, con más de cinco evacuaciones líquidas o semilíquidas al día, por más de un mes.
- Debilidad o cansancio.
- Infecciones oportunistas graves y de difícil tratamiento o recurrentes y en diferentes partes del cuerpo:
 - Boca: en encías (gingivitis), algodoncillo (candidiasis o úlceras.)
 - Piel: Infecciones por herpes o causadas por hongos (micosis.)
 - Vías respiratorias: Tuberculosis o neumonías, como la causada por el *Pneumocistis carinii*, pulmonía.
 - Vías digestivas: Cuadros diarreicos provocados por una gran cantidad de microorganismos.
 - Ojos: Daño provocado por virus como el *Citomegalovirus* causante de ceguera irreversible.

Síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento del individuo:

- Físicos: falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento.
- De conducta: Cambios repentinos de carácter sin razón aparente, pérdida de la memoria y finalmente pérdida de la razón.

- Neoplasias secundarias (cánceres): El paciente con SIDA, puede presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cánceres: Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), que afecta principalmente la piel y las mucosas como la de la boca, y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático (ganglios o cadenas de ganglios, bazo, etcétera.)

Con respecto a la prevención, en la *Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA*¹⁵, se proponen las siguientes:

- Uso del condón, sexo seguro.
- No intercambiar líquidos corporales.
- No compartir jeringas.
- No compartir objetos punzo cortantes.

En Casa Alianza, además se incluyen la fidelidad y la abstinencia como formas de prevención

Ahora bien, el VIH produce un daño devastador e irreversible en la población celular del aparato inmunitario del individuo después de un largo período de incubación, lento y silencioso. El virus es diseminado de modo que hoy día, Romo García y Salido Rangel¹⁶, estiman que existen en todo el mundo alrededor de 25 millones de infectados y casi 2 millones han contraído el SIDA. Por cálculo de probabilidades se sabe, según criterios del CDC (Center

¹⁵ Abrego I. et al., *Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA*, México, CONASIDA, 1998, p. 19.

¹⁶ Romo García J. y Salido Rangel f., *SIDA: Manejo del paciente con VIH*, México, El Manual Moderno, Segunda edición, 1997, Introducción, p. XI.

for Disease Control) de Atlanta, USA y la OMS (Organización Mundial de la Salud), que por cada caso de SIDA existen de 30 a 100 portadores asintomáticos.¹⁷

Sólo en la ciudad de México, donde se concentra alrededor de la tercera parte de los casos del país, la situación es tan dramática que se considera cuando menos, la presencia de un portador entre cada 25 personas del sexo masculino entre 20 y 40 años.¹⁸

Durante 1991, los casos de SIDA a nivel mundial eran 323 379, y México ocupaba México el tercer lugar en el continente americano en incidencia con un total de 6107, de los cuales 5233 eran hombres y 874 mujeres. En ese entonces, la ciudad de México reportó 2035 casos, más que algún otro estado de la república.¹⁹ Para 1996, la capital del país reportó 8214 hombres y 851 mujeres, lo que la hace ser la de más alta incidencia en México.²⁰

Desde el surgimiento de las primeras infecciones en 1983, hasta el primer trimestre de 1997²¹, se han registrado 30 970 casos de muertes por SIDA en México (ver gráfica 4), los cuales no son del todo reales, ya que con la subnotificación, el número de casos reportados asciende a 44 254.²²

¹⁷ *Ibidem.*

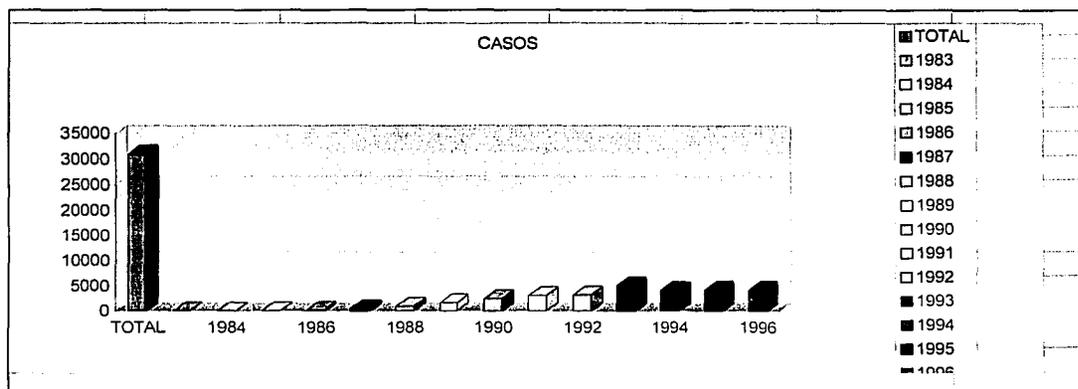
¹⁸ Romo, García y Salido Rangel, *Op. Cit.*

¹⁹ ICYT, *Op. cit.*

²⁰ *Gaceta CONASIDA*, 1991.

²¹ *Revista SIDA/ETS, Estadísticas del Cuarto Trimestre*, vol. 3, N°1, 1997.

²² *Ibidem.*



Gráfica 4. Descripción de los casos de muerte por SIDA registrados desde su aparición en México

A raíz de las estadísticas presentadas, podemos ver que conforme pasan los años, el SIDA ha dejado de ser una enfermedad de homosexuales y mujeres transfundidas, para pasar a ser un padecimiento de transmisión heterosexual. "Actualmente, además de ser un problema de salud pública y social, el SIDA se ha convertido en una preocupación para el desarrollo económico",²³ debido al alto costo que representa su tratamiento.

Las personas que viven con VIH/SIDA han tenido que enfrentarse al rechazo y a la discriminación de una sociedad llena de prejuicios e incapaz de aceptar la diferencia y los niños de la calle no han sido la excepción, ya que ahora además de padecer el estigma que les da "ser de la calle", también corren un gran riesgo de adquirir el VIH y junto con ello llevar un doble estigma, el de ser niño de la calle y el de ser portador del VIH/SIDA²⁴.

²³Fundación Casa Alianza, *Op. cit.*

²⁴*Op. cit.*

B) ¿QUÉ ES LUNA Y CUÁLES SON SUS OBJETIVOS?

Hace algunos años, en Casa Alianza se vivió la experiencia de atender a jóvenes con SIDA, se les brindó atención sin contar, en ese momento, con los conocimientos y recursos adecuados dentro de la institución, por lo que se logró dar el apoyo gracias a la ayuda (con ciertas limitantes), de otras organizaciones. Se han presentado nuevos casos de niños que viven con VIH, situación por la cual, en 1996,²⁵ la Fundación puso en marcha un programa de atención: LUNA, el cual tiene por objetivo brindar atención integral (psicológica, médica y asistencial) a los niños de la calle que viven con VIH/SIDA. Los fundamentos para su acción sistemática son la filosofía, principios y misión de Casa Alianza, considerando, además, los postulados de la Convención sobre los Derechos de los Niños, los Derechos Humanos y la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana.²⁶

Se eligió un nombre que no llevara las siglas VIH/SIDA, debido a la estigmatización que se ha creado de ellas y con el fin de evitar la discriminación de que son objeto las personas que son portadoras del VIH o que están en fase SIDA. Se decidió, que el programa funcionaría dentro del refugio o centro de crisis, así se optó por nombrar LUNA a este programa, que significa "Luz de Amor y Esperanza en la Oscuridad" y que evoca, de una

²⁵ En ese año, empezó a funcionar el programa con sus instalaciones, aunque ya desde antes se daba apoyo a jóvenes infectados.

²⁶ *Ibidem*.

manera poética, la obscuridad en que se sumergen los niños de la calle que se infectan por este virus y la luz de esperanza que en esa obscuridad, les puede significar la existencia de un programa de este tipo, en donde pueden tener la atención que requieran sin costo alguno.

Para poder llevar acabo su tarea, LUNA contempla cuatro niveles de atención:

En el primer nivel, se brinda información básica sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual a los niños que viven en las etapas residenciales de Casa Alianza o en las calles; se les invita a que se hagan la prueba de detección de anticuerpos al VIH y a los que aceptan, se les lleva a los laboratorios, para lo cual se abre un expediente y se lleva un seguimiento serológico. También se brinda información dirigida a los adolescentes, para ello se visitan anexos, escuelas. Por otra parte, se dan cursos y talleres de capacitación a todo el personal que labora en la institución, así como también a las organizaciones que lo solicitan. Dichos talleres abarcan temas como: información básica sobre diferentes temas relacionados con el SIDA y la sexualidad, precauciones universales, infecciones de transmisión sexual, calidad de vida, tanatología y otros.

En el segundo nivel, se brinda atención a niños portadores del VIH que se encuentran en fase asintomática, con el objetivo de mantenerlos en un estado óptimo de salud, tanto físico como psicológico.

En el tercer nivel se brinda atención a los niños que se encuentran en fase de Complejo Relacionado a SIDA o en fase SIDA, el fin es que el niño mantenga una buena calidad de vida y al mismo tiempo, prepararlo para la muerte o el bien morir²⁷.

En el cuarto nivel se brinda orientación a la familia de los niños infectados, con el fin de superar las circunstancias que llevaron tanto al niño como a sus familiares a romper el vínculo que llevo al primero a la calle, esperando que ello contribuya a que ambos cierren los pendientes que tengan y que en un futuro inmediato, en caso de que las condiciones lo permitan se lleva a cabo la reintegración familiar para que en el momento en que el niño muera lo haga dentro del seno familiar ya que es ahí en donde el niño puede pasar de la mejor manera sus últimos días de vida. En ese proceso, también se facilitan los elementos para que la familia pueda elaborar el duelo.

Finalmente, antes de concluir este segmento es importante mencionar que con el surgimiento del programa LUNA, Casa Alianza, dio vida al primer y único programa de apoyo integral a los niños de la calle infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en México, por lo que es importante e imprescindible que en el siguiente apartado, demos a conocer los resultados obtenidos de la experiencia de un año en trabajo de este programa.

²⁷ Es importante aclarar que Solo en caso de que el niño o niña, este muy decaído pasara a los dormitorios de LUNA, en donde recibirá el apoyo final, mientras su salud se lo permita deberá permanecer en la etapa de Casa Alianza que le corresponda.

C)¿CUÁLES HAN SIDO LOS RESULTADOS A LO LARGO DE UN AÑO DE TRABAJO?

Para llevar a cabo la labor de atención, se realizaron contactos con Instituciones, tanto del sector salud, como organizaciones especializadas en trabajo con SIDA y con niños de la calle. Una vez hecho esto, se presento el programa LUNA y con la finalidad de establecer relaciones de apoyo y ayuda mutua.

Se consiguió el apoyo de Los Institutos Nacionales de Nutrición, Cancerología, Neurología y Neurocirugía. Además de los Hospitales Infantil y Juárez de México. Posteriormente, se establecieron contactos con otras Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) especializadas en el trabajo con SIDA: AMSAVHI (Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH-SIDA), Amigos contra el SIDA, Fundación Mexicana de Lucha Contra el SIDA, Albergues de México y Cáritas Arquidiócesis de México. También se realizo una reunión con las organizaciones más importantes que trabajan con niños de la calle en la ciudad de México.

Los resultados obtenidos en el programa, en el periodo que comprende de junio de 1996 a julio de 1997, fueron los siguientes:

En el primer nivel de atención, que corresponde a la prevención, se proporcionó información básica sobre VIH-SIDA a toda la población de Casa Alianza, tanto a niños como al personal de la Fundación y de otras instituciones que lo solicitaron, para ello se crearon juegos y materiales didácticos.

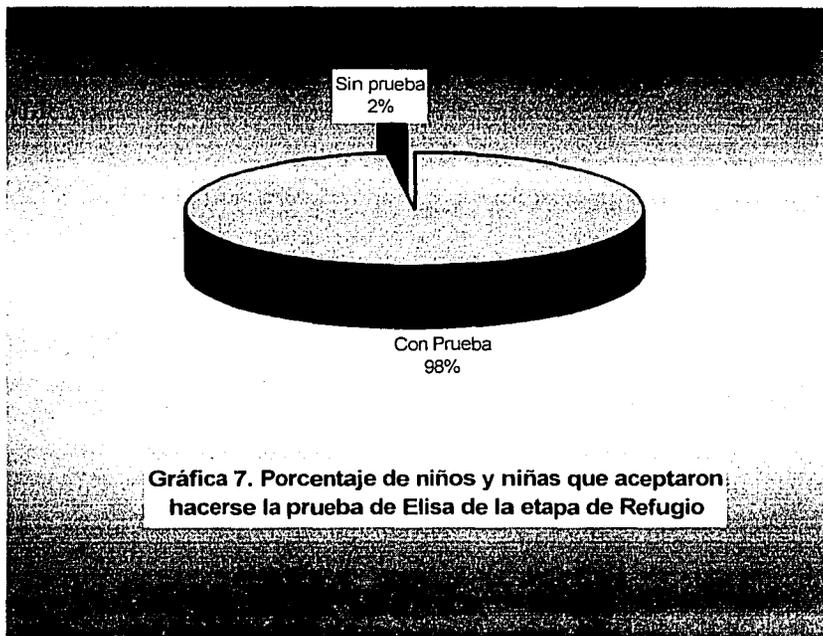
En total, LUNA brindó atención a 739 niños, que están o han estado en contacto con Casa Alianza a través de sus cinco etapas, de los cuales 639 corresponden a sus etapas residenciales y 110 corresponden a la atención que se brinda en las calles. (Ver gráfica 5.)

zz

En la etapa de Calle, se impartieron talleres de información básica a 110 niños, quienes fueron invitados al programa por los educadores de calle. Dichos niños provenían de las zonas de Taxqueña, Indios Verdes, Central del Norte, Potrero, La Raza, Insurgentes y Ferrocarriles Nacionales. Una vez que se dio la información, se les invitó a practicarse la prueba de ELISA (prueba de detección de anticuerpos al VIH) y sólo el 4% aceptó. Los resultados fueron negativos. (Ver gráfica 6)



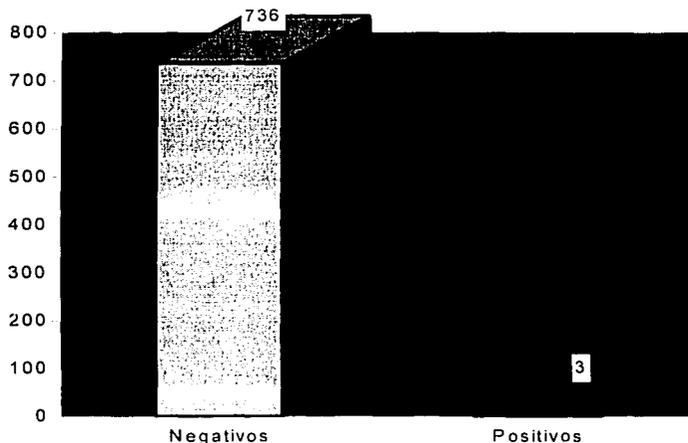
En lo que respecta al Centro de crisis o Refugio, fueron 350 niños los que recibieron la información, de los cuales 343 aceptaron practicarse la prueba de ELISA, lo que corresponde al 98% de la población. En esta etapa, se obtuvieron dos resultados positivos, ambos en niñas. (Ver gráfica 7.)



En lo que concierne a los Hogares de transición, se dio información a 61 niñas y a 65 niños, mientras que en la etapa de Hogar grupal se cubrió a 40 niñas y 113 niños. En estas etapas, todos los niños y niñas aceptaron practicarse la prueba, aplicándose 279 ELISAS, de las cuales un resultado salió positivo, correspondiendo a un niño de Hogares grupales.

Con respecto a la aceptación de las pruebas de ELISA, encontramos que en el caso de los niños que están en las etapas residenciales, hay un alto índice de aceptación (98%); mientras que en los que están en las calles, es todo lo contrario, registrándose tan sólo el 4%. Me parece que este hecho se debió a que como requisito, se pedía a los niños que estaban interesados en practicarse

la prueba, que ingresaran al Centro de crisis y que permanecieran en el un mínimo de ocho días, tiempo durante el cual, se les llevaba al laboratorio y se les hacía entrega de sus resultados. Sin embargo, algo que es significativo, es el hecho de que de las 739 pruebas practicadas, solo se obtuvieron tres casos resultados positivos y todos detectados en las etapas residenciales de Casa Alianza. (Ver gráfica 8)



Gráfica 8. Resultados de la aplicación de la prueba de Elisa en las etapas de Casa Alianza

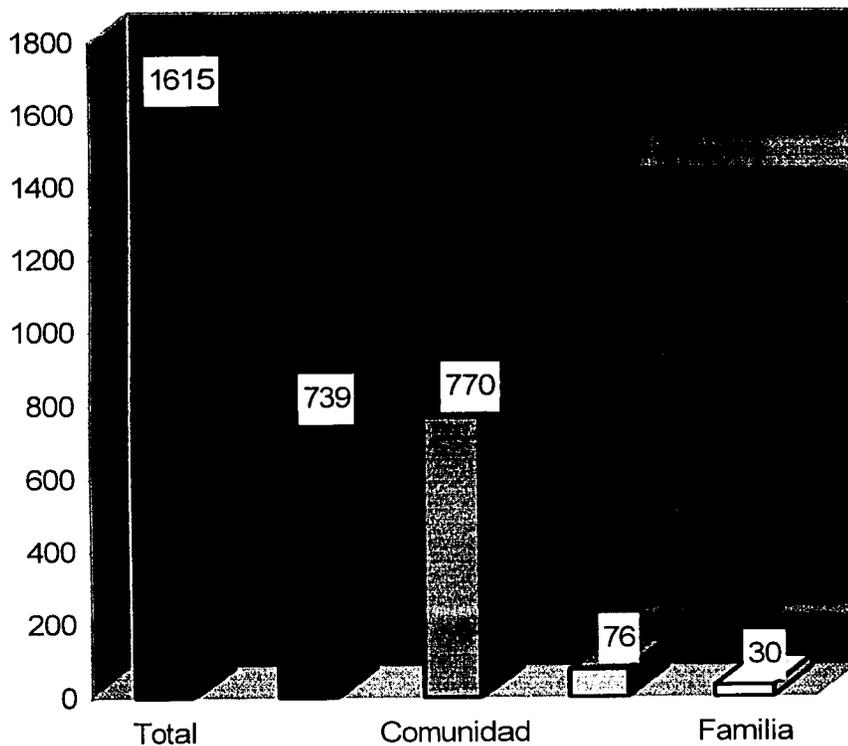
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que concierne al trabajo que LUNA realiza en la comunidad, se dieron cuatro talleres en escuelas secundarias y bachilleratos, abarcando una población de 700 estudiantes entre los 13 y 17 años aproximadamente. Además de 55 jóvenes de un grupo de AA y 15 jovencitas embarazadas de un Hogar de niñas madres, lo cual hace un total de 770 adolescentes que recibieron orientación por parte del programa.

En lo referente a la capacitación de personal, LUNA impartió dos cursos de Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; en el primero se capacitó a 6 educadores de un Hogar de niñas madres y en el segundo a 70 Educadores de varias instituciones entre ellas de Casa Alianza.

También se impartió un taller de Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA a padres de familia y a jóvenes que llevan una vida independiente (en total 30) y que tuvieron un proceso de crecimiento en Casa Alianza.

Para concluir este rubro, en total se brindó información básica sobre VIH/SIDA a 1615 personas, distribuidas en cuatro categorías: niños de Casa Alianza, comunidad adolescente, educadores y familias de los niños que viven en la fundación. (Ver Gráfica)



Grafica 9 Total de población atendida en el programa LUNA en el nivel de prevención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el segundo nivel, se brindó atención a cuatro niños en fase asintomática y en el tercero, se atendieron tres casos en fase SIDA, de los cuales, hasta el momento de la elaboración de este documento, había fallecido uno.

En el cuarto nivel de atención, se brindó apoyo psicológico a cuatro familias de niños infectados, de los cuales tres estaban en fase SIDA. Además, se atendió a una jovencita embarazada, a quien se le dio el acompañamiento psicológico, espiritual y médico hasta el nacimiento de su bebé, planeándose en este momento su reintegración familiar.

Los resultados que acabamos de presentar son alentadores, sin embargo, lo es mucho más el esfuerzo que Casa Alianza ha hecho en favor de este tipo de población, ya que la implementación de un programa de esta naturaleza representa un llamado urgente para que nuestra sociedad se movilice y plantee opciones en favor de nuestra niñez.

D) ¿QUÉ HA LOGRADO CASA ALIANZA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA LUNA?

Hablar de lo que Casa Alianza ha logrado con la implementación de LUNA, es hablar de uno de los primeros espacios destinados para la atención integral (médica, psicológica y espiritual), de los niños de la calle infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Hasta el momento, en la ciudad de México es difícil encontrar el apoyo para las personas que se encuentran en estas condiciones, ya que la atención de un paciente con VIH o con SIDA requiere de gastos muy por encima de sus posibilidades.

Sin embargo, aunque esto es cierto, la pregunta sobre ¿qué hacemos con los niños que están infectados en las calles?, nos lleva a plantear la necesidad de implementar programas de atención para ellos y a crearnos conciencia de que la solución posible para esta problemática se encuentra en la planeación integral de las propuestas, conjuntando los recursos que se encuentran dispuestos entre todas las instituciones implicadas.

Por ello mismo, LUNA, con su modelo representa una opción para abordar esta problemática, ya que cuenta con los recursos humanos y económicos no sólo para abarcar el nivel de la prevención, sino para brindar también una atención integral a todos aquellos niños que se encuentran infectados en las calles.

E) ¿QUÉ QUEDA POR HACER?

A partir de la experiencia obtenida durante un año de trabajo, el programa de LUNA está en la posibilidad de generar alternativas con el objetivo de mejorar el trabajo con este tipo de población. Por ello es que se plantean las siguientes propuestas:

- * La creación de redes, tanto de ONG's como de organismos gubernamentales, que realicen trabajo de prevención en las calles de una forma sistemática y ordenada, con el objetivo de abarcar todas las zonas en las que se reúnen los niños y los adultos que viven con ellos, con el fin de que

el trabajo de concientizar sobre el riesgo de infección, sea dirigido a todas las poblaciones de las calles.

- * La creación de materiales didácticos y juegos acordes a la población a la que deseamos dirigir la información, ya que por sus características, los niños de la calle requieren de la implementación de instrumentos sencillos y llamativos para despertar su interés.
- * La preparación de facilitadores de información que, no necesariamente sean educadores, psicólogos u otros profesionales dedicados a esta labor, sino que se invite e involucre a los mismos niños tanto de la calle como a aquellos que ya están en instituciones, para formar grupos de estudio, con la finalidad de prepararlos para que ellos transmitan la información básica en las calles o a la población adolescente de la comunidad. Todo esto, con el objetivo de generar y fomentar la conciencia sobre los riesgos que implica el VIH/SIDA, desde ellos mismos.
- * El involucramiento de los adultos de la calle en el proceso de la creación de facilitadores, con el objetivo de abarcar a toda la población
- * La creación de seminarios de información e intercambio de experiencias entre las instituciones dedicadas a esta labor, con el objetivo de mejorar la calidad en la intervención.
- * Fomentar programas de capacitación y sensibilización sobre VIH/SIDA y sexualidad dirigidos a todos los profesionales que laboran en instituciones que trabajan con niños de la calle; partiendo de que estos, viven una sexualidad prematura y generalmente sin conciencia sobre de los riesgos que esto implica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto al nivel de atención de los niños infectados se propone lo siguiente:

- * La realización de un registro de casos detectados en las calles, ya que esto permitiría monitorear el problema y a partir de esto desarrollar estrategias de intervención, según las zonas en las que el riesgo sea más alto.
- * Crear redes de apoyo de medicamentos y de todo tipo de ayuda que los niños infectados requieran, no sólo entre las instituciones que atienden a Niños de la Calle o de atención a enfermos de SIDA, sino que también se buscara involucrar a los laboratorios especializados encargados de fabricar los medicamentos que se necesitan.
- * Impulsar dirigidos a las familias de los niños de la calle, con el fin de sensibilizarlos ante el problema que representa un enfermo con SIDA y sobre el tipo de atenciones y cuidados que se requieren por parte de ellos. Esto partiendo de que aun y cuando no se puede hablar de grupos de riesgo, el estilo de vida de los niños de la calle, los hace un grupo vulnerable a posibles infecciones.

Para finalizar, he de decir que aunque las propuestas de trabajo sean muchas, es necesario llevarlas a la practica, ya que sólo de esta forma se podrá transformar la realidad que se está presentando y que ha dado surgimiento a los niños de la calle con SIDA.

REFLEXIÓN FINAL

A través del presente trabajo hemos visto, que en el programa LUNA se han tenido resultados alentadores con respecto a la problemática que representa el niño de la calle VIH/SIDA (sobre todo en la prevención); sin embargo, es importante detenernos a reflexionar sobre las dificultades que hemos atravesado durante este proceso, ya que ello nos permitirá tener una mayor comprensión de la situación y con ello las alternativas de intervención que se planeen en el futuro podrán ampliarse. Por ello es que a continuación tratare de desarrollar los siguientes puntos:

1. La diferencia entre dar información y verificar si realmente esta información esta llegando y planteando una forma de comportamiento diferente.
2. La influencia que tiene en el trabajo de prevención la visión fragmentada de la realidad que dentro de las ciencias se tiene; así como de sujeto, sociedad y por tanto del comportamiento.
3. El problema que representa en el trabajo de prevención la falta de congruencia entre los problemas que la sociedad nos demanda y la formación profesional en las universidades.

Ahora bien, hablar de prevención es hablar de un proceso de reaprendizaje, cuyo fin es el de transformar una determinada forma de comportamiento; por ello es importante verificar si la información que se vierte está cumpliendo realmente con el objetivo o si solamente se queda en un nivel de razonamiento. De ser así, resulta imprescindible entender qué es lo que esta obstaculizando que la información no pueda llegar a la conciencia, ya que de otra manera todo

el esfuerzo para generar un cambio en el comportamiento resulta en vano, por esto, a continuación hemos de centrarnos en el primer punto:

- **La diferencia entre dar información y verificar si realmente esta información está llegando y planteando una forma de comportamiento diferente.**

Uno de los principales problemas que se enfrentan al trabajar la prevención, es el de los prejuicios que la gente tiene con respecto al sexo, los cuales no han surgido ahora, sino que tienen raíces históricas, que evidencian la lucha entre el cuerpo y el espíritu.

Desde la antigüedad, la concepción del cuerpo siempre ha estado sujeta a una lucha entre los placeres mundanos y la vida espiritual, dándole lugar al sexo en el cuerpo y a la riqueza espiritual en la razón, situación que se vislumbra mucho más en la cultura occidental, donde el placer corporal (sobre todo el referente al sexo), era considerado como algo sucio a lo que sólo los seres inferiores sucumbían.

Existen diversas teorías que intentan describir el origen del hombre, las cuales también están inmersas en la concepción que se ha creado sobre la sexualidad. Por un lado se encuentra la que promulga que el hombre tiene ascendencia divina, que fue creado por dios, que es descendiente de Adán, quien fue echado del paraíso por haber caído en el pecado al probar la fruta

del conocimiento, que le fue dada por Eva, su compañera, desobedeciendo el mandato divino.¹

Según Eustace Chesser,² lo mismo Adán que Eva andaban desnudos. Al parecer no sentían ninguna vergüenza de su desnudez. "El plan divino debió prever que propagaran la especie humana por medio del contacto sexual; de lo contrario, no habrían sido creados con sexos opuestos. Se precipitaron. Tuvieron contactos sexuales antes de que fueran autorizados a ellos, y fue el momento de esos contactos más que estos en sí mismos, lo que constituyó el pecado". Se dice que hasta antes de probar la fruta, Adán y Eva no tenían conciencia de sí mismos ni de su cuerpo, que no eran buenos ni malos y que justamente fue la fruta prohibida la que los hizo sentirse avergonzados de su desnudez, ya que los hizo conscientes de su cuerpo. En el paraíso, el sexo no hubiera sido causa de abrumadoras preocupaciones que motivó después la expulsión del edén, habría sido un acto de inseminación breve con el sólo propósito de procrear.

En sus confesiones, San Agustín se cuestionaba cómo podía explicarse la fuerza abrumadora del impulso sexual que lo había inducido al pecado y a la vergüenza (placer)?, si dios lo había creado, el deseo no podía ser malo, pero, puesto que parecía ser decididamente algo malo, el hombre y no dios debía ser responsable. La respuesta fue que el hombre y no dios, era una criatura caída. Adán había estropeado el plan divino y sus descendientes sufrían las consecuencias.³

¹ *La Biblia*. Capitulo "El Génesis".

² Chesser Eustace, trad. Escalona, E., *¿paso de moda la Castidad?*, México, Azteca, 1961, p. 44.

³ *Ibidem.*, p. 44.

En el antiguo testamento son esencialmente hostiles a la sexualidad y al cuerpo, aunque hay partes como "El cantar de los cantares", de Salomón, en las que se celebra la pasión erótica. En el Levítico, el señor encomienda a Moisés que transmita a su pueblo una serie de tabúes sexuales, que comienzan de la siguiente manera: "No descubrirás la desnudez de tu padre, que es la desnudez de tu madre; ella es tu madre, y no descubrirás su desnudez." "No yacerás con hombre, cual si de mujer se tratara; es una abominación. Y no yacerás con bestia alguna, profanándote... es una perversión." De esta manera, con la formal prohibición de la homosexualidad y la bestialidad, el antiguo texto enuncia una moral sexual que, ratificada por las costumbres y por las leyes, ha dominado la civilización occidental, desde el establecimiento del cristianismo.⁴

Pero sin duda, quien influyó de una manera decisiva en la concepción sucia del sexo durante el cristianismo fue San Pablo, quien concebía la vida como una lucha entre el espíritu y la carne, decía que la carne era una fuerza magnética que arrastraba al hombre hacia abajo. El desarrollo del tabú de San Pablo es analizado por George Scott en "The common sense of nudism"⁵, quien comenta... comenzó con ocultar a la mirada pública el aparato sexual, y amplió gradualmente su alcance, a medida que los padres de la iglesia difundieron su criterio de que toda parte del cuerpo humano que sea grácil o bella por sus curvas y contornos, suscitaba la pasión en aquellos que la contemplaban.

Esta manera de conceptualizar la sexualidad, coincide con la llamada "teoría del esencialismo" (Weeks, 1993)⁶, que considera que la sexualidad es biología y que ésta es la que determina unívocamente nuestro deseo, nuestras

⁴ *La Biblia*, Capítulo "El Levítico", en: *Op. cit.*, p.44.

⁵ Scott George, "The common Sense of Nudism", en: Ableman, Paul, *Anatomía de la desnudez*, Barcelona, Planeta, p. 48.

⁶ "Hacia una construcción histórica de la sexualidad", *La Jornada, Suplemento La Letra "S"*, México, enero 6 de 1997, p. 11.

sensaciones y nuestras prácticas. Glándulas, enzimas, hormonas y órganos serían así los responsables de una urgencia que nos obliga a cumplir sus caprichos sin que podamos impedir su aparición. Se piensa dentro de esta concepción que la sexualidad es una fuerza natural incontrolable que clama satisfacción sin atender a las prohibiciones y normas de la cultura, y a la cual hay que controlar de cualquier forma para que no dañe nuestra vida social.

Es así que dentro de este enfoque, la sexualidad es la parte animal que se enfrenta con el lado humano que es la razón, la cual debería de someter los mandatos de la naturaleza. La idea que predomina es que la sexualidad reproductiva, es decir el coito heterosexual sin prevención del embarazo, es la práctica sexual "natural" y que todas las demás variantes son incluso "antinaturales".

Otra de las teorías que hablan sobre el origen del hombre, es la teoría de la evolución de las especies, creada por Charles Darwin, quien planteó que el hombre es producto de una evolución y que no tiene ninguna ascendencia divina.

Según Jonathan Kramer y Diana Dunaway⁷, el problema de la sexualidad se inicia con el paso del hombre nómada al sedentario y está ligado a la violencia. Antes de que el hombre fuera sedentario, la sociedad no estaba regida por la familia monogámica, los hombres y las mujeres vivían en comunas

⁷ Kramer J. Y Dunaway, D., trad. Ghelfi Emilia R., *Porque los hombres piden más sexo y las mujeres más amor*, Argentina, Vergara, 1991, pp. 37-39.

y la vida sexual era libre, la violencia entre los grupos no existía y sólo se ejercía como una forma de defensa.

Con el paso al sedentarismo, los grupos se asientan a la orilla de los ríos y la agricultura se vuelve el modus vivendi. Esta forma de vivir y los excedentes de esta forma de trabajo, empiezan a generar hordas de violencia que incitan a la conquista de territorios a través de la guerra. Es en este momento cuando la sociedad matriarcal da un giro y se vuelve patriarcal, debido a que las mujeres se vuelven dependientes de los hombres por no tener la fuerza física necesaria para defenderse de los ataques de las hordas bárbaras. Con esta dependencia, la mujer pierde todas las garantías que tenía durante el matriarcado en donde se le consideraba como un ser excepcional por su capacidad de poder dar vida.

Además, con la aparición de la propiedad privada, también aparece la herencia y con ello la monogamia para la mujer, ya que para que el hombre, quien ahora es dueño de todo (incluyendo a su mujer), pueda heredar sus bienes, deberá estar seguro de que los hijos son de él.

Esta situación también suscitó un cambio en la forma de comportamiento de las personas, ya que trajo como consecuencia un distanciamiento entre el cuerpo y los sentimientos, ya que en el caso de los hombres, los sentimientos se reprimen para poder hacer frente a la sobre vivencia, aunque para él hay permisividad sexual. Mientras que en el caso de la mujer es su sexualidad a la que se le coloca el cinturón de castidad histórico y lo que se desarrolla es su capacidad sentimental, ya que es la que le permite criar a los hijos.

Esta manera de concebir la sexualidad, coincide con la teoría del construccionismo social, la cual considera que más que naturaleza, la sexualidad es cultura. No niegan que los procesos fisiológicos de la actividad sexual son importantes, pero de ninguna manera los consideran determinantes del deseo ni de las prácticas, sino que son los procesos sociales y culturales los que moldean, organizan y encauzan a la biología. De este modo la elección sexual, el deseo, las fantasías y los significados no están determinados por un orden fisiológico si no contruidos y reconstruidos, creados y recreados socialmente.⁸ Como ejemplo plantean que si la sexualidad fuera exclusivamente un instinto reproductivo, solamente se sentiría el deseo durante los periodos de fertilidad, cosa que no sucede entre los seres humanos.

Sin embargo, cualquiera que sea la teoría sobre el origen del hombre, lo cierto es que a raíz de ellas se han generado mitos y tabúes con respecto a la sexualidad entre los que se encuentran: la castidad, la virginidad, el incesto, la homosexualidad, la bestialidad, la masturbación, el de la superioridad del hombre sobre la mujer, etc. Además, este alejamiento del hombre con su naturaleza, también ha dado origen al surgimiento de formas patológicas de satisfacción sexual, originadas en la represión de un impulso natural como lo es deseo sexual.

Fue hasta finales del siglo pasado que se inició un cambio en la concepción de la sexualidad, esto a partir de los trabajos de Sigmund Freud, quien dio origen al psicoanálisis. Planteó que la represión sexual era la causa de diversas enfermedades como la neurosis o la histeria y que la sexualidad era

⁸ *Op. Cit.*, p. 11.

parte del individuo desde su infancia, que no aparecía en la pubertad por arte de magia como se creía hasta ese momento.

A partir de ese momento, el comportamiento sexual ha sido objeto de estudio por parte de diferentes disciplinas, centrando la problemática en dos líneas: a) La primera plantea que las relaciones sexuales sólo son el vehículo para la procreación, en consecuencia, el placer sexual no tiene cabida si no esta asociado a la reproducción. También que estas relaciones sólo pueden ser practicadas después del matrimonio, situación que centra las relaciones sexuales en la heterosexualidad. Esta visión es propagada por la iglesia.

b) Están también los que sostienen que el objetivo de la práctica sexual es el placer y no la procreación, para lo cual plantean que el número de relaciones sexuales que se tienen en la vida sobrepasa en mucho el número de embarazos. Además, esta visión promueve la libertad sexual, situación generada a partir de las guerras mundiales, y que ha dado lugar a diversos movimientos civiles como el movimiento hippie, la revolución femenina y la revolución gay, los cuales pugnan por una libertad sexual libre de prejuicios en donde entren las diversas preferencias sexuales.

Sin embargo, aunque estos movimientos han sido aceptados por la sociedad en su mayoría, no han modificado en gran medida los diversos mitos y tabúes que persisten en relación a las prácticas sexuales.

En el caso de los enfermos de SIDA, la vía sexual representa una fuente de infección a gran escala y por ello los prejuicios no han sido la excepción, sobre todo si tomamos en cuenta que en un inicio la enfermedad sólo se presentaba en personas con tendencias homosexuales, heiromanos, hemofílicos

o haitianos, lo que motivó la creencia de que el SIDA era una enfermedad de determinados grupos o etnias; sin embargo, como ya lo hemos apuntado, a través del tiempo ha quedado claro que, no son los grupos si no las prácticas que las personas mantienen las que los ponen en riesgo de contraer el virus y los niños de la calle no han sido la excepción. A partir de este descubrimiento, se han puesto en marcha programas encaminados a prevenir la propagación de esta enfermedad, algunos intentan dar soluciones a partir del derrumbamiento de los prejuicios sexuales y la promoción del condón, mientras que otros intentan ir en contra planteando que el remedio para evitar la infección está en la abstinencia sexual, lo cual es casi imposible para toda la población, debido al alto contenido sexual en los medios de comunicación, así como de la difusión y acceso a la pornografía.

Algo que es significativo en la lucha por evitar la infección del virus de inmunodeficiencia humana, es la gran cantidad de información que se ha difundido en las campañas de prevención, hasta la fecha se han realizado 12 campañas multimedia,⁹ con un total de 51 spots de televisión y más de 86 de radio, lo cual significa una gran cantidad de horas al aire, aunque nunca se compraran a los spots que los medios transmiten para anunciar productos de consumo.

A través de la experiencia que hemos adquirido en el programa LUNA, nos hemos dado cuenta que en el caso de los niños de la calle, que es la población con la que trabajamos, existe diversa información sobre SIDA y sin

⁹ "Lanza CONASIDA campaña dirigida a homosexuales", *La Jornada, Suplemento La Letra "S"*, México, febrero 5 de 1998, p. 5.

embargo, el índice de infectados sigue creciendo y tenemos la firme creencia de que esta situación se da no sólo en los niños de la calle, sino en toda la sociedad.

Ante esta problemática la primera respuesta que encontramos fue la de que no existe una conciencia de la prevención, la gente vive el problema del SIDA como ajeno, lo puede ver en los demás pero no en sí mismo. Esta situación nos plantea las siguientes cuestiones ¿si existe la información suficiente para prevenir, por qué el índice sigue aumentando?, ¿cuáles son los factores que intervienen para que el virus se siga propagando?.

Para intentar dar respuesta a la segunda pregunta, hemos de mencionar los diversos factores que intervienen en la conformación de la visión que el sujeto tiene de su sexualidad:

En los tiempos actuales, la sexualidad se ha convertido en el arma por excelencia para el consumismo, por lo que la economía y medios de comunicación están entrelazados y ambos explotan sus recursos teniendo como vía la sexualidad. Todos los productos que se venden en el mercado son anunciados por comerciales en los que el mensaje es: "si lo tienes o si lo compras, ninguna mujer u hombre podrá resistirse a ti" o simplemente se igualan los objetos a las mujeres u hombres ideales o a las relaciones sexuales. De la misma forma, los mensajes que los medios envían a la gente a través de diversos programas, anuncios, películas, comerciales, etc. y que son transmitidos por la televisión, el cine, las radiodifusoras, periódicos, revistas o por medios como propagandas en

posters pueden ser determinantes en los patrones de comportamiento que se desarrollan en una sociedad.

A través de los medios de comunicación, se difunde todo tipo de materiales pornográficos, revistas, líneas telefónicas, anuncios en el periódico, en televisión (en cadenas televisivas extranjeras), incluso en el internet. Además de la existencia de grandes mafias que se dedican a la trata de blancas o a la venta de videos pornográficos (con niños como participantes), así como la aparición de antros en donde la prostitución está a la orden del día y constituye un negocio redondo debido a la demanda que tiene.

Sin embargo, el hecho de que la sociedad se aleje de una función natural como es el ejercicio de la sexualidad, provoca que se busquen diversas formas para alcanzar la satisfacción, que ha sido negada por la vía natural. Es aquí en donde las diversas formas de patología como masoquismo, Sadismo, Fetichismo y exhibicionismo por numerar algunas, aparecen e influyen en el desarrollo de la economía, ya que siendo la sexualidad algo negado y ansiado por las personas, sirve de estrategia para que las grandes empresas tengan ventas extraordinarias a partir de su inserción, de manera oculta, al momento de anunciar sus productos, en donde la satisfacción por obtener un producto se iguala de manera simbólica a la obtenida en el placer sexual.

Esta manera de concebir la sexualidad, ha traído consecuencias diversas como el embarazo prematuro, situaciones de aborto en condiciones nada favorables para las mujeres que se someten a ello, infecciones de transmisión sexual ó VIH/SIDA y todo ello debido a que en lugar de que los niños y los

jóvenes reciban una educación sexual adecuada, se les bombardea con toda clase de pornografía por parte de los medios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰, se estima que diariamente se practican en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales 910 mil terminan en embarazo, 356 mil en infecciones de transmisión sexual y unas 6 mil en infecciones por VIH/SIDA. Con estas estadísticas, podemos ver cómo la mayoría de los medios mas que educar para vivir una sexualidad de manera responsable, ven en el sexo el motor de las grandes ventas a cualquier escala, aprovechando y reforzando los prejuicios que la sociedad tiene con respecto al sexo, como sucedió con los primeros casos de enfermos por SIDA, en donde la prensa amarillista difundió el terror y la discriminación hacia las personas que presentaban la infección, ya que por obtener un *reiting* mayor o aumentar las ventas, aparecían titulares como "el cáncer gay" o planteando que el SIDA era una enfermedad únicamente de homosexuales, sin siquiera pensar en el daño que estaban causando a las personas infectadas y a la población en general, ya que al pensar que el SIDA era una enfermedad de homosexuales no se tomaban las precauciones adecuadas y el resultado fue un índice alto de infectados.

Ahora, en la actualidad, se sabe que no existen grupos de riesgo sino prácticas de riesgo y que cualquiera puede adquirir el virus si no se protege. Sin embargo, el trabajo para la prevención se ha convertido en una lucha de poderes entre los que difunden como medidas preventivas, la práctica de la fidelidad y la abstención por un lado y/o por el otro las que promueven el uso del condón (sexo protegido) y la difusión del sexo seguro (caricias, besos,

¹⁰ "Notílese: dos condones al Año, Promedio en México", *La Jornada, Suplemento La Letra "S"*, México, mayo 7 de 1998, p. 2.

abrazos, masturbación mutua sin intercambio de fluidos corporales.) Esto plantea contradicciones que se pueden observar en la sociedad, como el escándalo que provoca la promoción de los métodos de anticoncepción y el uso del condón para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, argumentando que esto podría provocar el libertinaje en los jóvenes, sin poder percibir que una educación sexual adecuada podría salvar la vida de muchas personas. Además de que al combatir las propuestas de una educación sexual adecuada por tender a la "inmoralidad", no se dan cuenta del daño que la mala información que transmiten los medios de comunicación provoca y de cómo contribuye a crear conductas de alto riesgo para toda la población.

Esta situación obstaculiza la labor de prevención, ya que la participación de los medios en esta labor es mínima, pues aunque los spots que se hacen con un gran esfuerzo, no son claros y el mensaje informativo es sugerido por ser la única manera de que pasen al aire sin ser censurados.

La promoción del condón como un método de prevención, también presenta diversos problemas debido a los mitos creados a su alrededor como por ejemplo sobre su eficiencia, el tamaño o la disminución el placer sexual si se utiliza; además de que culturalmente la población tiene mucha resistencia para incorporarlo en su práctica sexual cotidiana por el machismo imperante en la sociedad y por la vergüenza que causa a la gente comprarlos en la farmacia. Aunado a esto se encuentra el factor económico, ya que el costo por un estuche con tres condones equivale casi a un día de salario mínimo y los que el sector salud distribuye de manera gratuita son insuficientes. Por ejemplo, en México se venden de 30 a 32 millones de condones al año, que sumados a los 15

millones que en promedio distribuye de manera gratuita el sector salud, permite suponer que anualmente se utilizan de 45 a 50 millones de preservativos en relaciones sexuales y si se calcula que existen de 35 a 40 millones de hombres en edad sexualmente activa, entonces, esos 50 millones de condones servirían para que cada individuo utilizara de uno a dos por año, con lo que podemos concluir que el condón se usa regularmente en menos del 5 por ciento de las relaciones sexuales cada año.¹¹

Finalmente, el hecho de que hasta el momento no se haya podido encontrar una vacuna contra el virus de inmunodeficiencia humana está relacionado además de las características del virus a una cuestión económica en específico, ya que el SIDA se encuentra entre las enfermedades más rentables.¹² La industria farmacéutica prefiere vender medicamentos como los nuevos inhibidores de proteasa a un costo de 15 a 20 mil dólares por año, que una vacuna que costaría unos pocos dólares y reduciría la pandemia a un estatus comparable al de la polio.¹³ Actualmente, la industria biofarmacéutica crece a un ritmo anual de al rededor de 10 por ciento y se supone que las ventas alcancen la suma de 300 mil millones de dólares para el año 2000.¹⁴ Unas 20 empresas trasnacionales estadounidenses, europeas y japonesas se reparten el botín, entre ellas 9 de EEUU, 4 de Gran Bretaña, 4 de la RFA, 2 de Suiza y 1 de Francia. La transnacional de mayores ventas en 1992 fue la estadounidense Merck & Co., seguida por Glaxo del Reino Unido, Bristol Myers Squibb de

¹¹ *Op. cit.*, p. 2.

¹² Las estrategias de investigación y comercialización de las empresas farmacéuticas se dirigen hacia las enfermedades crónicas y los tratamientos preventivos, que requieren la toma constante de medicamentos. La úlcera, la hipertensión, la migraña, el asma, el reumatismo, el cáncer o padecimientos cardiovasculares, son por tanto las enfermedades más rentables.

¹³ "Economía política del SIDA", *La Jornada, Suplemento La Letra "S"*, México, marzo 4 de 1997, p. 7.

¹⁴ *Ibidem*.

Estados Unidos y la Hoechst alemana.¹⁵ En Casa Alianza, por ejemplo el costo para cumplir las necesidades básicas y el tratamiento médico por cada joven infectado es de \$10 000 pesos mensuales aproximadamente, con lo cual podemos ver que el SIDA, tiene implicaciones económicas importantes y que sólo las personas infectadas que tienen recursos económicos pueden aspirar a una atención que les permita tener un periodo de vida mayor, mientras que los que no los tienen están destinados a perecer sin poder recibir la más mínima atención.

Podemos concluir que la influencia de los medios de comunicación y la economía son dos factores fundamentales dentro de la concepción que se tiene de la sexualidad y son determinantes en el comportamiento sexual de la sociedad y por ello también se debe tomar en cuenta su influencia para generar estrategias de prevención efectivas en la lucha contra las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Esto tan sólo es una leve introducción a una dinámica mucho más compleja que forman los medios de comunicación y la economía y de cómo los mitos y tabúes han sustituido una satisfacción sexual natural por una forma de satisfacción patológica en donde el comercio y la difusión han influido para propagar formas diferentes de satisfacción sexual que no siempre son las más adecuadas.

En cuanto a lo social, aún en estos tiempos en los que se supone muchos mitos, creencias y normas que predominan en cuanto al ejercicio de la

¹⁵ *Ibid.*

sexualidad han cambiado, estos siguen jugando un papel determinante en lo referente a la actitud que se tiene con respecto a los grupos que tienen preferencias sexuales diferentes como es el caso de los homosexuales, las lesbianas o los bisexuales. Esto se debe a que si bien la sociedad sabe que existen, no han sido aceptados del todo y ello se debe a que vivimos en una sociedad en donde sigue vigente el machismo y las creencias que grupos religiosos han difundido en cuanto a la forma en que se debe ejercer la sexualidad.

Mientras la ciencia acepta la existencia de preferencias sexuales diferentes a la heterosexual y acepta el uso de métodos anticonceptivos, los grupos religiosos no lo han aceptado y si tomamos en cuenta que en México la mayoría de la población pertenece a un credo religioso, podemos entender cómo aún en estos tiempos el ejercicio de la sexualidad se vive con culpa y cómo los mitos y tabúes en lugar de desaparecer, son vehículos para crear más desconcierto, ya que por un lado mucha gente vive una sexualidad más "abierta" y por el otro, esta forma de comportamiento les crea culpa ya que ante la familia se tienen que cubrir las apariencias para poder ser aceptados como miembros de ésta.

En la familia, difícilmente se educa para vivir una sexualidad plena y la simple palabra sexo evoca un tabú del que no se puede hablar, situación que provoca que los y las jóvenes tengan que aprender lo relacionado con la sexualidad a través de fuentes que no siempre son confiables, lo que los puede poner en riesgos de abuso sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual e incluso por VIH/SIDA. y es justamente este desconocimiento de la

sexualidad, lo que alimenta y mantiene los prejuicios que se tienen en torno al sexo.

Con la aparición del SIDA, muchos de estos prejuicios resurgieron y cobraron una gran fuerza, lo cual se debió sobre todo a que el SIDA es una enfermedad que se transmite por vía sexual, la cual en un inicio apareció predominantemente en hombres cuya preferencia sexual era homosexual, lo que motivó que se asociara la infección con esta preferencia y la gente (sobre todo muy moralista o con una tendencia religiosa) creyera que era un castigo por haberse desviado de la norma. El contenido sexual como una forma de transmisión, asociado al desconocimiento de la enfermedad, ha motivado que la segregación de los enfermos sea inminente aún en la actualidad, cuando se conocen los medios por los que únicamente se puede transmitir el virus.

En cuanto a los niños de la calle que se han infectado por el virus de inmunodeficiencia, estos han padecido de una doble discriminación, ya que el simple hecho de ser niños de la calle los pone en una situación marginal para la sociedad en general y si a esto le agregamos la infección, también los segrega, generalmente de los grupos a los que pertenecen, lo que contribuye a que el resentimiento en estos niños sea mayor. Si se preguntara: ¿cómo llegó el SIDA a los niños de la calle?, la única respuesta posible sería que fue a través de adultos con problemas para vivir su sexualidad de una manera sana, que se aprovechan de la condición de estos niños que muchas veces se prostituyen para poder sobrevivir.

En los casos detectados por el programa LUNA, todos han sido infectados por la vía sexual y casi todos con un antecedente de prostitución o por tener una pareja que se prostituía.

Es así como podemos ver que aún y cuando en la actualidad se están viviendo cambios importantes con respecto a la concepción de la sexualidad, los valores y las creencias heredadas en torno a ésta, siguen creando la segregación de los grupos que tienen diferentes preferencias sexuales o que viven una práctica sexual diferente a la mayoría, lo que finalmente ha contribuido a generar una doble moral que hace que la sexualidad se viva con culpa y cómo esta situación genera conductas de riesgo que obstaculizan en trabajo preventivo en este sector.

La sexualidad siempre ha estado inmersa en la política y juega un papel predominante en el poder. Si partimos del género, podemos ver cómo un sexo ha dominado a otro, cerrando en el pasado las oportunidades de crecimiento y relegando al sexo débil las labores domésticas, pero al mismo tiempo, también sujetando su sexualidad y generando las normas y leyes para el ejercicio de ésta y aunque en la actualidad muchas de esas condiciones han cambiado, éstas se han debido más a las necesidades que la industria ha tenido, que a la voluntad de los hombres por equilibrar la situación.

Podemos ver cómo los cambios generados en la sexualidad en este siglo se han dado a partir del estallido de las guerras mundiales, que de inicio motivaron la inserción de las mujeres en la industria debido que los hombres estaban ocupados en los campos de batalla y no había quién trabajara en las industrias.

Esta situación, provocó la entrada de las mujeres en el campo productivo en el campo productivo, y con ello empezó a generar su independencia económica, que posteriormente fue el antecedente para los grandes movimientos civiles como la revolución femenina, el movimiento hippie y la revolución gay, que trajeron como consecuencia un cambio en el patrón de comportamiento sexual en la sociedad.

En la actualidad, el mundo sigue siendo dominado por machos, aunque se han abierto espacios para algunas mujeres que se han introducido en puestos gubernamentales de elección popular. Sin embargo, todos aquellos con una tendencia sexual diferente, han tenido que luchar porque se les reconozcan sus derechos y por obtener garantías como el ejercicio de su sexualidad y la política ha sido el medio por el cual han conseguido algunos triunfos.

En cuanto al SIDA, éste se ha convertido en una cuestión política y los enfermos han tenido que realizar movimientos para demandar desde atención médica, hasta la obtención de medicamentos a las autoridades, además de que es un tema que está presente en las campañas de los políticos quienes han presentado propuestas de intervención.

Sin embargo, el trabajo que se realiza en relación a la prevención, siempre está orientado por un interés partidista que intenta imponer sus ideas. Es aquí donde aparecen las cuestiones morales, por ejemplo, durante las campañas de los partidos para la contienda electoral por el gobierno de la Ciudad de México

en 1998¹⁶, se realizó un debate donde se escucharon propuestas a favor del uso del condón y del sexo seguro por parte de los partidos PRD y PRI, mientras que el candidato del PAN se oponía, argumentando que el condón era antiecológico por estar elaborado de material no biodegradable.

Finalmente, la concepción de la sexualidad por el lado que se le vea, sigue estando disputada por dos frentes: los que están a favor de una educación sexual más abierta, mediante la cual se oriente vivir de manera responsable su sexualidad y promoviendo los diversos métodos de prevención tanto de embarazo como de infecciones de transmisión sexual y SIDA, y los que se oponen a la promoción de estos, partiendo de una base moral-religiosa y que argumentan que eso daría como resultado el libertinaje sexual, en donde factores como la economía, el ámbito social, la política y el género, juegan un papel fundamental en la concepción que el sujeto tiene de su sexualidad y de la manera en que la vive.

Ante esta situación, he llegado a la conclusión de que el trabajo debe estar orientado hacia la creación de necesidades que permitan el surgimiento de la conciencia de la persona por sí misma, y con ello también el surgimiento de la responsabilidad de elegir cada que se presente el riesgo; pero para ello, también es necesario entender cuál es la concepción que el sujeto tiene de su realidad, ya que parece ser que la raíz del problema no está en si la información está al alcance de la gente o no, sino más bien en esa falta de conciencia de sí mismo que no le permite asumir la responsabilidad de la forma en que vive su sexualidad y del riesgo que ello puede tener para su salud.

¹⁶ "La Contienda Electoral y el SIDA", *La Jornada, Suplemento La Letra "S"*, México, junio 2 de 1996, p. 5.

Para poder dar respuesta a la primera cuestión, debemos ver cómo se ha conformado el sujeto de manera histórica y cuál es su concepción de la realidad, por lo pronto y a la luz de lo dicho con anterioridad, hemos de hablar de un sujeto fraccionado a partir de una dualidad cuerpo mente, que no percibe su cuerpo y por lo mismo vive el problema de una infección como ajena a sí mismo.

- **La influencia que tiene en el trabajo de prevención la visión fragmentada de la realidad que dentro de las ciencias se tiene; así como de sujeto, sociedad y por tanto del comportamiento.**

La visión fragmentada de la realidad que predomina en el pensamiento occidental actual, es producto de una consecuencia histórico-filosófica que inicia con las dos grandes visiones del pensamiento humano: la racional y la empírica, representadas por Platón y Aristóteles en el origen de la filosofía. Para Platón, los datos sensoriales eran, en el mejor de los casos, una distracción del conocimiento, el cual era provincia de la razón pura. Para Aristóteles, el conocimiento consistía en generalizaciones, pero éstas se derivaban en primera instancia del mundo exterior.¹⁷

Posteriormente, estas dos visiones son representadas por Francis Bacon y por René Descartes. Para el último, las matemáticas eran la base de la razón pura, por lo que representaban el conocimiento más confiable del que se podía disponer. Para el segundo, el conocimiento consistía en preguntar directamente a la naturaleza, colocándola en una situación en la que se viera forzada a

¹⁷ Berman Morris, trad. Bendersky S. y Huneus F., *El Reencatamiento del Mundo*, Chile, Cuatro Vientos, 5ª edición, 1995, p 27.

suministrar sus respuestas. *Natura vexata* la denominaba. "naturaleza acosada". Según Bacon¹⁸, a la naturaleza no se le debería permitir seguir su curso; lo cual implicaba que "desde el comienzo mismo, a la mente no se le permita seguir su mismo curso, sino que sea guiada en cada paso, de modo que el asunto sea concluido como si fuera hecho por una maquinaria". Para conocer la naturaleza, trátala mecánicamente; pero para ello tu mente también tiene que portarse en forma igualmente mecánica.

Por su parte, Descartes planteaba que de nada servía recolectar datos u observar la naturaleza si no se aprendía a pensar de modo correcto, ya que los resultados que se obtuvieran estarían llenos de fallas, por lo que en su libro *El Discurso del Método* planteó un método de pensamiento basado en la geometría el cual consistía en:

- 1) Analizar el enunciado del problema, en su complejidad.
- 2) Dividir el problema en sus unidades más simples.
- 3) Rearmar la estructura total de una manera lógica.
- 4) Ahora el problema aún cuando puede ser complejo, ya no nos es desconocido, (oscuro y confuso), porque primero nosotros mismos lo hemos dividido y vuelto a armar otra vez.

De esta manera, lo que Descartes hizo fue proveer de un sustento filosófico al paradigma tecnológico de Bacon. La filosofía mecánica, el uso de las matemáticas y la aplicación formal de su método de cuatro pasos permitían que la manipulación del ambiente ocurriera con algún tipo de regularidad lógica.

¹⁸ *Ibid.*,...p. 31.

La conjugación de estos dos planteamientos fue confirmada por los experimentos en planos inclinados (de caída libre y de movimiento) llevados a cabo por Galileo. Más tarde, en el siglo XVIII, a través de sus experimentos, Isaac Newton dio solución al problema del movimiento de los planetas, estableciendo un sistema atomístico en donde planteaba que tanto la tierra como el sol estaban compuestos de átomos, y que estos se comportaban del mismo modo que cualquier otro par de átomos, y viceversa. Por lo tanto, los objetos más pequeños y los más grandes del universo eran vistos como obedeciendo las mismas leyes. Para Newton, la visión completa del cosmos dependía de la ley de gravitación universal o de la gravedad. Los pensadores cartesianos indicaban que su mentor se había restringido sabiamente al movimiento por impacto directo, y que había descartado lo que los científicos llamarían más tarde acción a distancia. Argüían que Newton no había explicado la gravedad, sino que meramente había establecido sus efectos y por lo tanto quedaba en su propio sistema como un cualidad oculta.¹⁹

Newton estaba haciendo eco del tema central de la revolución científica. Nuestro objetivo es el cómo, no el por qué. El que no pueda explicar la gravedad es irrelevante. La puedo medir, observar hacer predicciones que se basen en ella, y esto es todo lo que un científico tiene que hacer. Si un fenómeno no se puede medir, puede "no tener cabida en la filosofía experimental". Esta postura filosófica, que en sus distintas formas es llamada "positivismo" ha sido la fachada pública de la ciencia moderna hasta nuestros días.²⁰

¹⁹ *Ibid.*, p.42.

²⁰*Ibid.*, p. 43.

A pesar de que Newton no estaba de acuerdo con los planteamientos teóricos de Descartes, consiguió que la visión cartesiana del mundo fuera sostenible falseando todos sus detalles. En otras palabras, a pesar de que los datos de Descartes eran equívocos y que sus teorías eran insostenibles, el punto de vista central cartesiano -que el mundo es una vasta maquinaria de materia y movimiento que obedece a leyes matemáticas- fue plenamente validado por el trabajo de Newton.²¹ De esta manera, a partir de los trabajos de Newton, el concepto de ciencia gira en torno a la física clásica y de ello se ha derivado una concepción atomista en las ciencias.

Esta forma en que se ha fraccionado a la realidad, ha traído como consecuencia que dentro de la concepción de ciencia creada a partir del modelo cartesiano, también al cuerpo humano se le haya fragmentado, creándose especialidades dentro de la medicina para su estudio como la cardiología, urología, gastroenterología, y otras, las cuales se encargan de estudiar órganos específicos del cuerpo, en donde a la neurología, psiquiatría y psicología les ha tocado estudiar la cabeza.

Ahora bien, a lo largo del tiempo, se ha concebido al cuerpo humano de distintas formas y ha sido utilizado con diversos fines, lo podemos encontrar como objeto de deseo sexual, como algo a lo que simplemente se le puede colgar todo tipo de objetos, que puede ser mutilado por motivos religiosos o sencillamente porque el último grito de la moda así lo exige, También puede ser dañado por sustancias tóxicas que se consumen y que afectan su salud. Sin embargo, algo que puede ser constatado con facilidad, es el olvido que el

²¹*Ibidem.*

sujeto tiene de su cuerpo, al que sólo percibe cuando lo siente en riesgo o cuando ya ha sido dañado.

Esta conciencia que el sujeto tiene de su cuerpo, ha sido el producto de una construcción histórica del mismo y en el que el desarrollo de la producción ha sido determinante, ya que en la actualidad, el sujeto vive buscando un ideal para conseguir la felicidad que le ha planteado la sociedad, el cual generalmente tiene que ver con la persecución de objetivos que tienen como base la acumulación de bienes como pueden ser el dinero, las alhajas, el poder o los prototipos de hombres y mujeres que los medios de comunicación construyen para dar una visión de cómo se debe de vivir y pensar, todo aquello que no éste acorde con esta forma de comportamiento, se le trata como a un desadaptado social.

Esta situación, provoca que el sujeto pase la mayor parte de su vida en una lucha por obtener "lo suficiente" para ser feliz, cosa que difícilmente alcanza, ya que al conseguir el objetivo, éste le da una satisfacción pasajera debido a que generalmente entre más consigue, más quiere tener. Cuando el sujeto no puede alcanzar los objetivos que se plantea, su vida empieza a carecer de sentido, esa idea de felicidad se desvanece y empieza a surgir una sensación de vacío que intenta llenar de otras formas, la mayoría de las veces son modos de comportamiento que van en contra de su salud como puede ser la adquisición de vicios como el alcoholismo, la drogadicción, el trabajo enajenado, la compulsividad en la comida o en otros casos, a la tendencia a tener prácticas sexuales riesgosas que los colocan en la posibilidad de contraer algún tipo de infección, como pueden ser las de transmisión sexual o el VIH/SIDA.

Estos patrones de comportamiento que la persona desarrolla con la intención de evadirse de esa realidad que ésta provocando la sensación de sentirse fracasada, se repiten y se plasman reproduciendo esa visión fragmentada de su realidad, que la aleja cada vez más de un equilibrio con su naturaleza creando una concepción de ciencia también fraccionada, dividiendo el cuerpo y creando especialidades, perdiendo de vista que el ser humano es un ser integral que debería estar en equilibrio con el universo .

Por ello podemos decir que uno de los motivos por los que se obstaculiza el trabajo en la prevención, está en función de cómo el sujeto se percibe a sí mismo, ya que si se encuentra fraccionado, también su realidad estará fraccionada y en estas circunstancias, ¿cómo podría tener conciencia de la integridad de su ser y del peligro que corre al tener prácticas de riesgo?.

Ahora bien, para poder entender cómo se ha dado la intervención en el campo de la prevención, es importante visualizar cómo se nos ha educado para repetir un modelo educativo que nos hace seguir en una realidad fraccionada, en donde existen múltiples obstáculos para poder transformar nuestra realidad.

- **El problema que representa en el trabajo de prevención la falta de congruencia entre los problemas que la sociedad nos demanda y la formación profesional.**

Si partimos de que el sujeto actual vive una realidad fraccionada que está en función de su propia fragmentación y que ésta se reproduce por él mismo, tendríamos que plantear las siguientes cuestiones: ¿en dónde y cómo se

reproduce esta visión de la realidad?, ¿cuál es el papel que juegan las instancias educativas en este proceso? y finalmente, ¿cómo se manifiesta esta situación en el campo laboral del sujeto?

Para contestar a la primera cuestión, es importante mencionar que la familia es la primera institución creada por el hombre y es la célula fundamental de la sociedad, por lo que su existencia está en función de la forma en que se educa a cada sujeto dentro de la familia.

La familia es el primer vínculo social que el niño crea después de su nacimiento, en donde recibe la primera educación, ahí se le dan los primeros cuidados y se le satisfacen sus necesidades primordiales, posteriormente se le inculcan las normas y valores que serán determinantes en su forma de comportamiento. En esta educación que el niño recibe, también están inmersos los mitos, los tabúes, los valores, los ritos y las costumbres de sus padres, los cuales también fueron heredados de la generación anterior, originando un círculo vicioso y con ello la reproducción de un modelo de vida y de una concepción determinada de la realidad.

Ahora bien, la familia no es el único medio del que la sociedad se vale para forjar a los individuos que habrán de preservar este modelo de vida, por ello es que para contestar a la segunda cuestión, hemos de decir que cuando el niño tiene determinada edad habrá de entrar a la escuela, donde es preparado durante diez años en que recibirá la educación básica (pre-primaria, primaria y secundaria), para posteriormente tener acceso a la educación media superior, la cual cursará en tres años. Al término, estará preparado para cursar la

carrera que haya elegido, la que se supone lo convertirá en un profesional capacitado para incorporarse al mercado de trabajo, en donde deberá responder a las necesidades que la sociedad le demande, aunque si lo desea, todavía podrá especializarse más en un área estudiando la maestría o el doctorado en la o las disciplinas afines a su carrera.

Sin embargo, la preparación que el sujeto recibe desde sus primeros años en la escuela, es fragmentada durante la educación básica, media básica y media superior, donde se le proporcionan conocimientos sobre las diferentes ciencias o disciplinas por separado, sin que se le enseñe la relación que existe entre ellas, por lo que al término del bachillerato es común escuchar comentarios entre los alumnos diciendo que van a tal o cual carrera porque ahí no encontrarán las materias que no les agradan. Por ejemplo, algunos estudiantes eligen una carrera del área social pensando que en ella no encontrarán matemáticas o viceversa y cuando ya están en la universidad y se dan cuenta que no es así, que a la carrera que vayan se encontrarán con esas materias, entonces entran en un periodo de desconcierto que en algunos casos los lleva a desertar de la escuela. Los que quedan, rara vez encuentran al profesor que les explique que las ciencias giran en torno al concepto de la física clásica, que aún y cuando a nivel epistemológico sufrió un corte con la aparición de la física moderna de Einstein, sigue vigente debido a que obedece a la perpetuación de un sistema de producción como es el capitalismo.

La educación superior tiene por objetivo preparar al estudiante, dotarlo de herramientas que le permitan enfrentar las exigencias que la sociedad en que vive le plantea, por lo que la formación implica conjuntar la teoría y la

práctica. Sin embargo, aunque esto se lleva a cabo en muchas de las ocasiones, éstas no cubren las expectativas que el estudiante tenía una vez que incursiona en el campo laboral, ya que muchas de las cosas que aprende sólo se quedan en el plano teórico, debido a que a la hora de aplicarlas en la realidad, o no son aplicables o no saben cómo aplicarlas y un ejemplo de ello es el caso del psicólogo. Durante su preparación le mencionan las miles de aplicaciones que la psicología tiene en los diversos campos como la clínica, la educativa, la social o la industrial, sobre lo que puede hacer y en dónde se puede insertar. Después, cuando se incorpora al mercado laboral, se da cuenta que los puestos que debería ocupar están cubiertos por profesionales de otras áreas y tiene que subeditarse a lo que ellos le indiquen, situación que se debe fundamentalmente a la falta de congruencia entre las demandas que se generan en la vida cotidiana y la preparación que se recibe en las aulas escolares.

Hablando en particular de la formación del psicólogo y a raíz de la experiencia adquirida en el campo laboral (en este caso de la prevención), me he dado cuenta que la formación académica que recibí en la universidad no ha sido suficiente para enfrentar las diversas problemáticas que la sociedad nos plantea, como es el caso de los niños de la calle con SIDA y ello se debe a dos cuestiones fundamentales: por un lado, a que los problemas que la sociedad está demandando han rebasado los currículums académicos, ya que en las universidades lo que se hace es insertar la realidad en un currículum escolar en lugar de adaptar la formación profesional a los cambios y problemáticas que la vida cotidiana nos demanda.

Por otro lado, el comprender como a través de la educación tanto de la familia como de las instituciones educativas se reproduce una concepción fragmentada de la realidad y de como esta a su vez, reproduce profesionales fragmentados, perpetuándose este modelo de vida y obstaculizándose las alternativas de solución a los problemas debido a que un profesional fragmentado solo puede plantear soluciones fraccionadas.

Hablando en particular de mi formación como psicólogo, puedo decir que el haber egresado de la carrera de psicología de inicio me dio la oportunidad de poder entrar a una institución para trabajar con niños de la calle con VIH o en fase SIDA, pero también me enfrentó a la gran cantidad de deficiencias que trae consigo esta formación, ya que si bien la orientación conductual me ha servido para solucionar algunos problemas de conducta, ésta no cubre la mayor parte de las necesidades que surgen para poder entender las situaciones que se presentan al estar trabajando en la práctica clínica. Ello se debe a la errónea concepción integral que se hace del sujeto, ya que bajo este modelo teórico se le concibe como un ser bio-psico-social, en donde la suma de las partes corresponde al total de este. Esto no es otra cosa que el discurso del método cartesiano, ya que nuevamente se trabajan las partes por separado sin que exista una explicación en torno a cómo se integran éstas, planteando un concepto de sujeto en función del paradigma estímulo-respuesta-estímulo, en donde más que entender un proceso de construcción histórica y biológica para plantear soluciones, se trabaja con el síntoma y no con el origen de las problemáticas.

Dentro de mi formación profesional, esta situación marcó una etapa de búsqueda con el objetivo de poder entender las diversas problemáticas que se presentaban en el ejercicio cotidiano de la profesión, que me llevó a estudiar alternativas consideradas dentro de la medicina psicosomática como la acupuntura, el masaje, florales de bach, y otras, así como una orientación psicológica centrada en el trabajo de Wilhelm Reich. Todas ellas tenían una concepción de sujeto integral basado en el concepto energía, y de cómo la energía acumulada en el cuerpo es la causante de los diversos trastornos que se presentan, pero sobre todo pude entender la relación que existe entre cuerpo y mente y de cómo las alternativas de solución se pueden dar tanto a partir del cuerpo como de la mente y de cómo el sujeto se ha fragmentado a través de la historia bajo un concepto de ciencia que le aleja cada vez más de su naturaleza.

Esta conclusión a la que llegue; me cuestionó nuestro proceso de construcción como seres humanos y como profesionales de la salud y a convencerme de que el primer paso para poder generar alternativas de solución efectivas, está en integrarnos como personas y como profesionales, para lo cual es primordial buscar en la historia la forma en que el sujeto se fraccionó y a partir de ahí generar opciones educativas que ayuden a tener una visión integrada de la realidad, que a su vez nos permita generar alternativas de solución a largo plazo sin descuidar la atención a los síntomas que las problemáticas evidencian en la actualidad.

Para Nietzsche, la procedencia, que es el objetivo que persigue la genealogía atañe al cuerpo²², y la forma en que se vive y se piensa son la herencia que sirve para la construcción de la realidad en la que se vive. Para Michel Foucault²³, esta herencia se inscribe en el cuerpo *"porque es el cuerpo el que lleva en su vida y su muerte, en su fuerza y su debilidad, la sanción de toda verdad y de todo error, como también lleva, e inversamente, el origen procedencia"* y concluye: *Se inscribe en el sistema nervioso, en los humores, en el aparato digestivo. Mala respiración, mala alimentación, cuerpo débil y abatido de aquellos cuyos antepasados han cometido errores; que los padres tomen los efectos por causas, crean en la realidad del más allá, o planten el valor de lo eterno, y el cuerpo de los hijos padecerá por ello. "*

Por ello, es importante entender que el trabajo que se debe de realizar no sólo con los niños de la calle sino con toda la sociedad, debe de ser en dos niveles: por un lado, debe brindarse atención integral a las personas que ya están infectadas y por otro lado, se deben de replantear cuáles han sido las bases sobre las que se ha cimentado la educación, ya que la única forma de crear una verdadera cultura de la prevención, requiere de tener conciencia de la magnitud del problema, sobre a todo a nivel individual, por lo que justamente el cómo se educa desde niños (tanto en la familia como en la escuela), con mitos y tabúes, ha contribuido a que se den problemáticas como ésta y a que las alternativas de solución estén en función de una visión fragmentada de la realidad. Por ello es que la genealogía se convierte en una forma en que podemos reconceptualizar nuestra historia para buscar y proponer alternativas

²² "Der Mensch aus einem Auflösungszeitalters... der die La genealogia de la moral, Erbschaft einer vielfältigere Herkunft in Leibe hat" pp. 200. En Foucault, Michel, *Nietzsche. La genealogía. La historia*, trad., Vázquez Pérez José, Valencia, Pre-textos, 1992, pp. 30-32.

²³ *Ibidem*, p. 32.

que nos permitan generar cambios, ya que como Foucault lo plantea²⁴ "*La genealogía, como análisis de la procedencia, esta pues, en la articulación del cuerpo y de la historia. Debe mostrar el cuerpo totalmente impregnado de historia, y la historia arruinando el cuerpo.*"

Desde mi perspectiva, la propuesta educativa para incidir en la prevención debe ir dirigida en primer termino a la integración como personas y como sociedad, integrando los avances que se han logrado a través de la ciencia y al mismo tiempo integrar al sujeto con su naturaleza, de la que se está alejando cada vez más.

Con respecto a la intervención que se debe de hacer para trabajar con la población que en la actualidad se encuentra en riesgo, la orientación psicológica es una alternativa para integrar al sujeto, pero el abordaje se debe de hacer no sólo a partir de las terapias convencionales en las que únicamente se realiza el trabajo a nivel verbal, si no que se debe de implementar el trabajo corporal, ya que si el sujeto empieza por sentir su cuerpo, también puede aprender a cuidarlo o por lo menos a tener más conciencia de lo que le puede suceder sino lo hace y para ello, la gama que las terapias centradas en el cuerpo es muy extensa, ejemplo de ellas son: El Análisis Reichiano de Género, La Bioenergética, El Psicodrama, La Biodanza, el Yoga, el Taichi, o el uso de las medicinas tradicionales; en donde el objetivo no sólo es que la persona comprenda el por qué de su forma de comportarse a nivel racional, sino que además, trabaje con la memoria corporal, que por un lado puede ser una vía para acceder a la conciencia, y que además le permite ampliar el conocimiento

²⁴ *Ibid*

de sí mismo desde una perspectiva integral y con ello contribuir al autocuidado del cuerpo que es lo que se persigue en las diversas campañas de prevención, no sólo de enfermedades relacionadas con la sexualidad sino en el cuidado de la salud en general.

Es importante aclarar que el hecho de que se hable de la orientación psicológica como el cimiento para el trabajo de la prevención, no quiere decir que todo el mundo tenga que entrar a terapia como tal, ya que un proceso terapéutico se puede iniciar en un nivel primario a través de la implementación de talleres que tengan como objetivo la conciencia a través del trabajo corporal y complementarlo con la información básica que la gente necesita saber, según sea el caso, ya que de esta manera no sólo se trabaja a nivel racional, sino que además a nivel corporal y con ello el trabajo se realiza de una manera integral.

Para finalizar, quiero decir que en mi opinión, el problema de la prevención no sólo en lo que respecta al VIH/SIDA, sino a los problemas de salud en general, nos plantea una situación que va más allá de la falta de información, me parece que está relacionado con una forma de entender y actuar en función de lo que hemos construido a lo largo de nuestra historia, en donde hemos separado nuestro cuerpo de nuestra razón y por ende no tenemos conciencia de lo que implica el autocuidado, ya que no podemos cuidar lo que no sentimos. En función de ello, puedo concluir planteando que el proceso de descorporalización que se presenta en los niños de la calle no difiere del que se da en el resto de la población y que si lo viéramos como dos heridas de nuestra sociedad, la única diferencia sería que debido a las condiciones y el estilo de

vida que los niños viven en las calles, ellos representarían la herida que está a flor de piel.

ANEXO

EL PROCESO DE TRABAJO

Para llevar a cabo la campaña de prevención, que implicó la difusión de información básica sobre el VIH/SIDA y la promoción de pruebas de detección de anticuerpos al VIH, hacia tres sectores específicos de población: Niños de la calle, familiares de los niños y personas que trabajan con estos niños, se diseñaron tres talleres con el fin de tener un buen impacto según la población a la que se dirigiera la información. Es importante aclarar las pruebas únicamente se promocionaron a los niños en situación de calle, por ser la población objetivo principal de la institución.

El taller dirigido a los niños, se fue ajustando sobre la marcha, ya que en un inicio se planteó el taller para un máximo de 20 niños, con una duración de 90 minutos y se utilizó como material didáctico el uso de transparencias, pero como los niños presentaron problemas para mantener la atención durante el tiempo que duraba el taller y debido a que por el daño que muchos de ellos traen por el estilo de vida que llevaban durante el tiempo de estancia en la calle, además del desfase que presentan entre su edad cronológica y su edad psicológica, se optó por implementar otro tipo de taller que fuera mucho más interactivo y que tuviera una menor duración.

La duración del nuevo taller fue de 30 minutos, teniendo como máximo cinco participantes y el material didáctico que se empleó fue elaborado por los psicólogos del programa. El taller se componía de siete láminas hechas de tela peltón y de 30 dibujos hechos del mismo material, que representaban los

contenidos de la información que se transmitió. El procedimiento fue simple, se presentaba una lámina y se preguntaba sobre el significado a los niños de los contenidos de la lámina y se iban agregando los dibujos que iban complementando la información.

Una vez que concluido el taller se invito a los niños a que se realizaran la prueba de detección de anticuerpos al VIH, para lo cual se dieron sesiones de consejería individual en donde se evaluó y reforzó la información vertida en el taller. Durante la consejería se investigo sobre los hábitos sexuales de los niños y se selecciono y preparo que eran candidatos para la prueba. Los requisitos para que asistieran a la prueba fueron:

- Que el niño estuviera seguro de querer hacerse la prueba, para lo cual durante la sesión de consejería se les pregunto de diferentes formas si deseaba practicarse la prueba y los motivos que tenían para hacerlo, así como su posible reacción en caso de obtener un diagnóstico de seropositividad.
- Que el niño que eran candidato para la prueba fuera residente por lo menos durante 8 días en el centro de crisis en caso de ser un chico que todavía permanecía en calle o si era un chico que vivían en la institución presentaran por lo menos un periodo de 30 días de estabilidad.
- Una vez que el chico iba a la prueba su resultado era entregado ocho días después en otra sesión de consejería individual en donde nuevamente se reforzaba la información básica sobre el VIH/SIDA y se les remarcaba la importancia de prevenirse en caso tener prácticas de riesgo.

- Que el chico estuviera en contacto con el programa para hacer el seguimiento serológico una vez que transcurriera el periodo de ventana, el cual inicio tiempo después de la elaboración de este reporte.

La nueva modalidad del taller, junto con la atención individualizada permitió al programa tener un contacto mucho mayor con los chicos, sobre todo con los que vivían en la institución que se cristalizó un índice alto de pruebas aplicadas. En cuanto a los chicos que vivían en la calle, el requisito de estancia en la institución representó el principal obstáculo para que se les llevara a las pruebas, ya que muchos querían practicarse la prueba pero no querían estar en la institución. Pero sobre todo nos permitió verificar que los chicos realmente aprendieran por lo menos la información básica sobre el VIH.

Con respecto a las familias de los niños, el taller que se les dio tuvo una duración de 90 minutos y el material que se utilizó fueron transparencias y el objetivo además de la información fue el de sensibilizarlos ante los riesgos que corren sus hijos al estar en la calle.

De igual forma, el taller que se dio a los consejeros tuvo una duración de 120 minutos y se utilizaron los materiales de los dos talleres anteriores, con el fin de informarlos y de hacer de su conocimiento la forma en que se estaba trabajando la prevención con la población con la que ellos también trabajan. Además de hacer hincapié en las prácticas universales de prevención que deben de seguir las personas que trabajan con población de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

Ábrego, L., *Guía para la atención psicológica de las personas que viven con VIH/SIDA*, México, CONASIDA, 1998.

Álvarez, J.R., "Enciclopedia de México", Larroyo, F., "Historia comparada en la educación en México", en López Ramos, S., *Historia de la Psicología en México. A cien años de la enseñanza de la Psicología en México*, México, CEAPAC, 1985.

Armendarez, P., *El año de las ONG's*, 1994.

Barranco, B., *Las ONG's, las fundaciones y el papel de los consejeros*, 1991.

Berman Morris, B., trad. Bendersky, S. S. Y Haneus, F., *El reencantamiento del mundo*, Chile, Cuatro Vientos, 5ª edición, 1995.

Chesser, Eustace, trad. Escalona, E., *¿Paso de moda la castidad?*, México, azteca, 1961.

Cossio Villegas, D., "Historia moderna de México", Bezold, Willy, "Acciones de atención a la niñez", Cárdenas, E. L., "Las instituciones y organizaciones encargadas del cuidado de las niñas y niños", Capellin Corrada, J. M., "Sobre los derechos de la infancia y adolescencia. ¿Sabías que tenemos derechos?", en: Memorias del foro "*La niñez, sus derechos y valores para el nuevo siglo*", México, CNDH DF, La Casa del Árbol, 1997.

EDNICA (Educación de Niños Callejeros), "El concepto del niño callejero", en Pierre Sánchez, M., *Las niñas olvidadas de la ciudad de México*, México, UNICEF, 1996.

"Epidemiologic aspects of the corrent out break of Kaposi's Sarcoma and oportunistics infections" y Payet, M., "Les Ambigüites du SIDA", en: Gremek, Mirko, trad. Mastrangelo, S., *Historia del SIDA*, México, Siglo XXI editores.

Fernández de Lizardi, J., "Pedro el periquillo sarniento", en Álvarez Del Real, M. E., *Las novelas más famosas del mundo*, Panamá, América, 1991.

Freire, Paulo, *Y los educadores de la calle. Una aproximación crítica*, Alternativas de atención a los niños de la calle.

Foucault, Michel., *Nietzsche, La genealogía de La historia*, trad., Vázquez Pérez José, Valencia, Pre-textos, 1992.

Kathyn C. Y Ramos, M., "A través del espejo: el papel del consejero en la prevención del SIDA", *Guía de consejería*, Washington, D.C., AIDASCOM. 1991.

Kramer, J. Y Dunaway, D. Trad. Ghelfi, Emilia, R., *Por qué los hombres piden más sexo y las mujeres más amor*, Argentina, Vergara, 1991.

La Biblia, cap. "El génesis" y "El levítico".

Lewis Oscar, *Los hijos de Sánchez: Autobiografía de una familia mexicana*, México, FCE, 1965.

Leyva Rios, L., *Interés General*, El problema de los niños callejeros, México, 1991.

Lomnitz, Larissa, *¿Cómo sobreviven los marginados?*, México, Siglo XXI editores, 1975.

López Echeverri, O., *El menor en situación extraordinaria. Acciones, logros y perspectivas a favor de los niños trabajadores y de la calle*, México, UNICEF, 1996.

Marchetti, L. R., *Guía de orientación para informadores de VIH/SIDA*, México, CONASIDA y SSA.

Ortíz, A., *Alianza en la calle: experiencia de los niños de la calle*, México, Asociación Carso y American express, 1996.

Rico, B. Y Uribe, P., *¿Qué onda con el SIDA?*, México, AN editores y CONASIDA.

Romo García, J. Y Salido Rangel, F., *"SIDA: manejo del paciente con VIH"*, El manual moderno, México, Segunda edición, 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sandoval, Guillermo, "El drama de los niños de la calle", Chavos Banda, 1990.

Scott, George, "The common sense of nudism", en: Ableman, Paul, *Anatomía de la desnudez*, Barcelona, España, planeta.

Thais, S.C., *Estudio de las familias involucradas en el programa de reintegración familiar de Casa Alianza México*, México, QUIERA, A.C., 1997.

DOCUMENTOS

Alternativas comunitarias para niños de la calle, Primer seminario, Brasil, 1988.

COESNICCA, *II Censo de Menores en Situación de Calle*, Ciudad de México, 1996

Comisión Nacional para el estudio de los niños callejeros, ciudad de México, 1992.

CONAPO, *Proyecciones de la población de México, 1970-2000*, México, 1985.

DIF, *Modelo único de asistencia social*, México, 1986.

Dirección General de Protección Social, *Los niños de la calle: Futuro social incierto*, Secretaría General de Desarrollo Social, 1991.

Fideicomiso de apoyo para niños de la calle. (Material de promoción).

Fundación Casa Alianza, *Planeación anual 1997*, doc. no edit., 1997.

Fundación Casa Alianza, *Sistematización*, doc. no edit., 1998.

I.A.P., *Anuario estadístico*, 1996.

INEGI-SSP, *Proyecciones de la población de México*, 1985.

UNICEF, *Guía Metodológica para el análisis de situación de menores en situaciones especialmente difíciles*, México, 1991.

REVISTAS Y PERIÓDICOS

Gaceta CONASIDA, 1991.

"Economía Política del SIDA", *La Jornada, Suplemento La Letra S*, México, Marzo 4 de 1997, p.7.

"Hacia una Construcción Histórica de la Sexualidad" *La Jornada, Suplemento La Letra S*, México, Enero 6 de 1997, p. 11.

ICYT, *La epidemia del siglo XXI*, CONACYT, México, 1985.

Martínez M. "Prostitución de menores", *Diario El Planeta* 1992.

"La Contienda Electoral y el SIDA", *La Jornada, Suplemento La Letra S*, México, Junio 2 de 1996, p. 5.

"Lanza CONASIDA Campaña dirigida a Homosexuales", *La Jornada, Suplemento La Letra S*, México, Febrero 5 de 1998, p. 5.

"Notiese: Dos condones al Año, Promedio en México", *La Jornada, Suplemento La Letra S*, México, Mayo 7 de 1998, p. 2.

"Estadísticas del cuarto trimestre", *Revista SIDA/ETS*, Vol. 3, N°1, 1997.

PELÍCULAS

Los Olvidados, Buñuel, Luis

Ratas de la ciudad, Valentín, Trujillo