



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Castro A, Diana; Patiño L, Sandra Y.; Gómez V, Natalia; Jalloh, Chelsea; Wylie, John;
Rojas A, Carlos A.

Grupos focales de discusión: estrategia para la investigación sobre salud sexual con
adolescentes con experiencia de vida en calle en Medellín, Colombia

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 3, septiembre-diciembre, 2016,
pp. 285-296

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12046949003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Grupos focales de discusión: estrategia para la investigación sobre salud sexual con adolescentes con experiencia de vida en calle en Medellín, Colombia

Discussion focus groups: a strategy for research on sexual health with adolescents who have lived on the streets of Medellín, Colombia

Grupos focais de discussão: estratégia para a investigação sobre saúde sexual com adolescentes com experiência de vida na Rua em Medellín, Colômbia

Diana Castro A¹; Sandra Y. Patiño L²; Natalia Gómez V³; Chelsea Jalloh⁴, John Wylie⁵, Carlos A. Rojas A⁶

¹ Doctoranda en Ciencias Sociales, Magíster en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dianamariac@yahoo.com

² Magíster en antropología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: sandrapalon@gmail.com

³ Estudiante maestría epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: natyagomez43@hotmail.com

⁴ Magíster en Educación. Universidad de Manitoba. Winnipeg, Canadá. Correo electrónico: chelseajalloh@hotmail.com

⁵ PhD y Posdoctorado en Microbiología Médica, Magíster en Ecología. Universidad de Manitoba. Winnipeg, Canadá. Correo electrónico: john.wylie@gov.mb.ca

⁶ PhD en epidemiología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: carlos.rojas@udea.edu.co

Recibido: 17 de marzo de 2015. Aprobado: 06 de mayo de 2016. Publicado: 03 de septiembre de 2016.

Castro D, Patiño SY, Gómez N, Jalloh Ch, Wylie J, Rojas C. Grupos focales de discusión: estrategia para la investigación sobre salud sexual con adolescentes con experiencia de vida en calle en Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(3): 285-296. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a03.

Resumen

La intención de este artículo es evidenciar la importancia de los grupos focales de discusión como estrategia metodológica para la recolección de información en el trabajo con adolescentes institucionalizados con experiencia de vida en calle y, al mismo tiempo, mostrar su valor en el abordaje de la salud sexual con esta población, en tanto que permite una interacción flexible y reflexiva entre investigadores y participantes, así como de los participantes entre sí. El valor de esta estrategia metodológica es sustentado en este artículo mediante testimonios y resultados obtenidos durante su implementación en el estudio llevado a cabo con adolescentes institucionalizados entre 2013 y 2014 en Medellín. Se espera con este reducir las creencias de

profesionales con respecto a las limitaciones de la estrategia para abordar temáticas relacionadas con la salud sexual de este grupo poblacional. Los resultados se articulan en cuatro categorías: conocimientos y percepciones sobre VIH e ITS, salud sexual y reproductiva (SSR), el lenguaje en la SSR, y acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). De esta manera, se deja de manifiesto el aporte y potencial de la estrategia para el abordaje del tema y para el acercamiento e interacción con adolescentes con experiencia de vida en calle. -----*Palabras clave:* metodología, grupos focales, salud sexual, adolescentes con experiencia de vida en calle.

Abstract

This paper aims to show the importance of discussion focus groups as a methodological strategy for the compilation of information in studies with institutionalized adolescents who have lived on the streets. At the same time, it aims to show the value of this technique in approaching the topic of sexual health with this population, since it allows for flexible and reflexive researcher-participant and participant-participant interaction. The value of this methodological strategy is supported in this article through accounts and results obtained during the implementation of a study conducted with institutionalized adolescents between 2013 and 2014. We expect these results will reduce the beliefs of professionals

regarding the limitations of the strategy to address issues related to the sexual health of this type of population. The results are divided into four categories: knowledge and perceptions of HIV and STIs, sexual and reproductive health (SRH), the language used in SRH, and access to and use of information and communications technology (ICT). Thus, this paper clearly shows the contribution and potential of the strategy for addressing the issue, approaching and interacting with adolescents who have lived on the street.

-----*Keywords:* Methodology, Focus groups, Sexual health, Adolescents who have lived on the street.

Abstract

A intenção deste artigo é evidenciar a importância dos grupos focais de discussão como estratégia metodológica para a coleta de informação no trabalho com adolescentes institucionalizados com experiência de vida na rua e, ao mesmo tempo, mostrar o seu valor na abordagem da saúde sexual com esta população, entando que permite uma interação flexível e reflexiva entre investigadores e participantes, assim como dos participantes entre eles. O valor desta estratégia metodológica é sustentado neste artigo mediante testemunhos e resultados obtidos durante a sua implementação em estudo levado a cabo com adolescentes institucionalizados entre 2013 e 2014 em Medellín. Esperando com isto reduzir as crenças

de profissionais com respeito às limitações da estratégia para abordar temáticas relacionadas com a saúde sexual de este grupo populacional. Os resultados se articulam em quatro categorias: conhecimentos e percepções sobre VIH e ITS, saúde sexual e reprodutiva (SSR), a linguagem na SSR, e acesso e uso das tecnologias da informação e a comunicação (TIC). Desta maneira se deixa de manifesto o aporte e potencial da estratégia para a abordagem do tema e para a proximidade e interação com adolescentes com experiência de vida na rua.

-----*Palavras chave:* Metodologia, Grupos Focais, Saúde sexual, Adolescentes com experiência de vida na rua

Introducción

Precisar conceptualmente la situación de vida en calle de los adolescentes es complejo debido a la multiplicidad de particularidades que la componen y a las dificultades para identificar la población y estimar su tamaño en tanto que la “constituye un grupo flotante, inestable y heterogéneo” [1]. Sin embargo, dentro de los desarrollos conceptuales que se tienen, se distinguen tres formas de esta situación: a) los que viven con sus familias y en algunos casos continúan asistiendo a clases irregularmente por su necesidad de trabajar; b) los que han perdido todo contacto con su familia y viven en la calle realizando actividades relacionadas con la mendicidad; y c) los que viven entre la calle y la casa [2].

Para caracterizar a este grupo se ha empleado una serie de “rótulos” que han sido fuertemente criticados y desechados, por ser asumidos como despectivos. Por tal razón, decidimos retomar a Llorens y colaboradores, quienes para hacer alusión a este grupo emplean el término “jóvenes con experiencia de vida en calle” [3]. Esta categoría ofrece un marco que posibilita la inclusión de diferentes aproximaciones a esta forma de vida y, de igual

manera, pretende ser más preciso en la caracterización de jóvenes que han tenido experiencias significativas en este contexto, pero que no son “de la calle” [3].

Las investigaciones realizadas en diferentes países con población con experiencia de vida en calle y específicamente con niños, niñas y adolescentes (NNA) son múltiples y la mayoría no aportan cifras confiables sobre el tamaño de la población, características sociodemográficas, ni morbilidad [4].

En Colombia, específicamente en la ciudad de Bogotá, este fenómeno ha aumentado y se visibiliza cada vez más; según reporte entregado por el Distrito se estima que esta población pasó de 9.000 en 2011 a aproximadamente 13.000 en 2015, situación que ha provocado que hombres y mujeres de todas las edades, deambulen en el centro de la ciudad y sus alrededores [5].

Para Medellín, se cuenta con un censo realizado en 2002 por el DANE en el que se encontraron 6.913 habitantes en situación de calle: de los cuales 75% eran hombres y 25% mujeres; 18% menores de 17 años, 6% mayores de 60 años y 75% tenían entre 18 y 59 años. De estos, el 13% era analfabeta y un 56% sólo tenía educación primaria incompleta; casi un 50% se dedicaba al reciclaje y a la

mendicidad y el 80% tenía dependencia de sustancias psicoactivas” [6], se cuenta también con algunos datos locales que a 2009 concluían que las características de los habitantes de calle de Medellín eran similares a las obtenidas en el censo nacional de 2002 [7].

Diversos estudios relacionados con caracterización de la población, consumo de psicoactivos, entre otros temas, han recurrido a estrategias metodológicas de tipo cuantitativo y cualitativo específicamente persona a persona: entrevistas en profundidad, aplicación de encuestas, historias de vida; ejemplo de ello son los estudios de Taracena en México en los que se parte de la importancia de comprender y analizar la existencia individual [8]. Sobre la salud sexual, específicamente de VIH/Sida, se cuenta con trabajos basados en historias de vida, en tanto estas permiten romper con el silencio y, en ocasiones, el intento de olvido de la propia historia, para así alcanzar una mejor comprensión de la vida en la calle. Muchas veces sin reconocer como investigadores la sensible línea fronteriza del compromiso ético que nos puede llevar a transgredir el derecho a la intimidad de los actores.

Ahora bien, a los grupos focales y a los grupos de discusión se les conoce como estrategias metodológicas de las ciencias sociales, especialmente. Autores como Canales, Llanes y Morgan [9-11] se han centrado en las diferencias entre ambos: con los grupos focales se accede a la dimensión práctica y con los de discusión, a la “dimensión simbólica de los mundos sociales”; en cambio, Martínez [12] propone una estrategia metodológica que reconcilia ambos enfoques; pues su carácter flexible e integrador facilita el trabajo con población con experiencia de vida en calle. Martínez sustenta que dichos grupos son “focales”, porque, como su nombre lo indica, centran su atención en un tema específico de interés y, de discusión, porque la búsqueda se da por medio de interacción discursiva y contrastación de opiniones.

La estrategia se centra en el principio epistemológico de complementariedad, que consiste en captar otros aspectos de la realidad, proceso que se traduce en riqueza de puntos de vista. Sin embargo, esta estrategia metodológica poco ha sido explorada por investigadores en salud y muchas veces ha sido objeto de devaluaciones y falta de aceptación por parte de estos; actitudes que obedecen muchas veces al desconocimiento de la misma o a la idea errada de que cualquier espacio de conversación grupal sobre un tema, equivale necesariamente a un grupo focal de discusión (GFD). En consecuencia, el éxito o fracaso de los grupos focales de discusión puede ponerse a veces en

los participantes como en este caso a los adolescentes, cuando en realidad dependen especialmente de la metodología y de su comprensión.

Este artículo describe una de las acciones metodológicas llevada a cabo en el marco del proyecto “*On-line and on-the-ground: bridging the gap between vulnerable population and public health*”, financiado por el Instituto Canadiense de Investigación en Salud (CIHR) y desarrollado dentro de la alianza Universidad de Antioquia-Universidad de Manitoba entre 2013 y 2014, proyecto que tuvo como objetivo indagar acerca de la factibilidad de aprovechar las tecnologías de la comunicación (telefonía móvil e internet) para distribuir mensajes y material educativo para la prevención del VIH/Sida* e Infecciones de Transmisión Sexual ITS con jóvenes con experiencia de vida en calle en tres ciudades del mundo: Winnipeg (Canadá), Nairobi (Kenia) y Medellín (Colombia).

En este artículo solo se reportan resultados de Medellín, donde el proyecto implementó las estrategias que estableció el protocolo general de investigación para el estudio, aunque las diferencias en los contextos, posibilitaron algunas acciones particulares como los encuentros tipo taller, mediante una aplicación digital diseñada para tal fin y los Grupos Focales de Discusión (GFD). Estos últimos, aunque hacían parte de la metodología general del proyecto, solo pudieron llevarse a cabo en Colombia por dificultades de acceso a la población en los otros dos países.

Metodología

El artículo recoge el desarrollo de los GFD con adolescentes con experiencia de vida en calle de la ciudad de Medellín en un periodo comprendido entre 2013 y 2014. Esta estrategia se implementó a partir de la mirada cualitativa que busca aproximarse a la comprensión de hechos o fenómenos desde la mirada y vivencia directa de los actores [13].

Los GFD fueron entendidos para este estudio como una estrategia metodológica que permitió la exploración de opiniones, puntos de vista, creencias, acuerdos y desacuerdos sobre las temáticas abordadas. Por otra parte, se recurrió a la fenomenología para el análisis de los datos, que, como plantea Husserl [14], pone su énfasis en la reflexión para describir y clarificar la experiencia tal y como es vivida por los sujetos, en este caso, la forma como los jóvenes con experiencia de vida en calle expusieron sus percepciones, conocimientos e imaginarios sobre la SSR, el VIH y otras ITS. Este análisis se toma en este escrito como argumento para señalar la importancia y efectividad de los GFD.

* Usaremos minúsculas para Sida, en tanto se le reconoce como sustantivo con el que se nombra una enfermedad crónica.

Contexto general del estudio

El estudio macro, al cual se adscribe el artículo, como se refirió antes, se llevó a cabo en tres ciudades del mundo: Winnipeg (Canadá), Nairobi (Kenia) y Medellín (Colombia), liderado por investigadores de la Universidad de Manitoba.

Para su implementación se tuvo acceso a la población a través del proyecto social de la Alcaldía de Medellín denominado “Crecer con Dignidad” que, según sus ejecutores, pretende “garantizar a NNA de la ciudad, bienestar y protección de sus derechos”, para este propósito fue necesaria la coordinación permanente con las defensoras de familia† responsables de los NNA adscritos a tres estrategias o componentes del proyecto:

- El centro de diagnóstico y derivación, el cual cuenta con un equipo humano interdisciplinario que evalúa la situación de los NNA, acompaña de manera integral y decide la ruta a seguir en cada uno de los casos. Para tal fin, los NNA permanecen en la institución por un tiempo limitado.
- Unidades Móviles de Niñez, encargadas de realizar de manera permanente recorridos pedagógicos en la ciudad de Medellín que contribuyen a la solución de situaciones de posible abandono, maltrato, abuso sexual o explotación laboral y comercial a NNA.
- Programa Dual, con sede en el Hospital Mental de Antioquia, atiende a NNA en situación de riesgo social y vulneración de derechos y que presentan algún tipo de trastorno mental asociado a su experiencia de vida en calle. Con ellos se busca realizar un proceso integral de rehabilitación y resocialización.

En el estudio participaron 252 adolescentes entre los 14 y 19 años de edad, distribuidos así: 140 (55.5%) mujeres, 111 (44%) hombres y uno expresó no estar seguro a cuál grupo pertenece. De ellos, 59 jóvenes hicieron parte de los GFD, de los cuales 32 (54%) eran hombres. Todos ellos estaban de manera transitoria o indefinida, en alguna de las dos instituciones que corresponden a dos de los componentes del proyecto: centro diagnóstico y programa dual, quienes fueron convocados para participar de manera voluntaria, pero la convocatoria se hizo después de contar con el aval de las respectivas defensoras de familia.

Se realizaron siete sesiones de GFD, tres sesiones fueron con mujeres y cuatro con hombres. Los grupos tuvieron entre seis y nueve integrantes. Debido a la respuesta de los hombres en la segunda sesión, principalmente por sus actitudes y competencias lecto-escriturales, fue necesario recurrir a un segundo grupo.

En las sesiones de GFD no se contemplaron grupos mixtos debido al reglamento interno de los dos componentes del proyecto “Crecer con Dignidad”, por ser una de sus políticas la atención por género, es decir que los hombres cuentan con unas instalaciones y profesores totalmente independiente de las que tienen las mujeres.

Cada sesión se realizó con diferentes participantes, salvo cuatro mujeres que asistieron a más de una sesión por voluntad propia. Durante las sesiones se abordaron temáticas centrales: salud y salud sexual para los jóvenes, formas y medios de comunicación, y formas y medios de comunicación electrónica. Además, en algunos de los encuentros fue posible llevar a cabo un ejercicio por parejas en el que los adolescentes se encargaron de darle un “acento de calle,” desde el *parlache*‡ [15], a 11 afirmaciones sobre las ITS específicamente el VIH/Sida, que fueron seleccionadas por los investigadores. Esta última actividad, si bien no responde concretamente a lo que son los GFD, fue una alternativa que permitió dinamizar en ellos la participación y profundizar en algunos aspectos relacionados con la salud sexual desde su propia realidad y lenguaje.

Para la implementación de los GFD, dos facilitadores con roles definidos utilizaron como instrumento una guía de trabajo que permitió, por una parte, tener una ruta a seguir durante el conversatorio y discusión con los adolescentes y, por otra, realizar un registro de formas de comunicación, afinidad o diferencias entre las posturas de los participantes y reacciones frente a los aportes de los compañeros. En ellos, los participantes fueron reconocidos como actores sociales que, debido a su tránsito entre el mundo de la calle y el de las instituciones de acogida, son diestros en el manejo de ambos mundos, de sus lenguajes y de las dinámicas intrínsecas.

El proceso de análisis se llevó a cabo siguiendo los pasos propuestos por Corbin y Strauss [13] para el proceso de codificación de los datos, pero previo a ello, los registros de audio de los diferentes grupos focales de discusión fueron transcritos y revisados por dos de las investigadoras para verificar el adecuado manejo de las fuentes primarias.

† Los defensores de familia son servidores públicos de la rama judicial en Colombia, que se constituye en la figura del Estado para actuar en nombre de la sociedad para garantizar los derechos de NNA, según Decreto 2272 de 1989

‡ El parlache es una variedad dialectal que utilizan la mayoría de los jóvenes de la ciudad de Medellín pertenecientes a estratos bajos. Surge y se desarrolla en estos sectores, como una de las respuestas que los grupos sociales excluidos dan a los otros sectores de la sociedad que los margina.

Aspectos éticos

El proyecto general y sus componentes contaron con la revisión y aval del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Posteriormente, para cada una de las actividades del proyecto, incluyendo los GFD, se realizó consentimiento informado escrito y firmado por las respectivas defensoras de familia. Igualmente, se realizó un asentimiento verbal con los adolescentes haciendo énfasis en la participación voluntaria, el respeto por sus expresiones desde el registro de los datos, hasta el proceso de análisis y divulgación de resultados y la confidencialidad, puesto que los participantes no fueron identificados por sus verdaderos nombres y no se recogió ningún dato que permita identificarlos. Fue clave procurar en el encuentro con los participantes una postura abierta y dispuesta a la escucha, pero fundamentada en el respeto por su intimidad, de ahí que desde el inicio fuera explícito, que estaban en plena libertad de retirarse del espacio cuando llegaran a considerarlo necesario.

Resultados

Los resultados obtenidos a partir de los GFD se centran en cuatro categorías: conocimientos y percepciones sobre VIH e ITS, salud sexual y reproductiva (SSR), el lenguaje en la SSR, y acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), tal como se observa en la figura

1, como ejes o categorías de análisis que dejan entrever posturas que se mueven entre la realidad y lo ideal que directa o indirectamente se impone sobre los individuos en una sociedad, es decir, que los testimonios de los adolescentes dan cuenta de las experiencias vividas, pero también del deber ser. Por otra parte, se vislumbra la efectividad de los GFD para facilitar la interacción y la comunicación de temáticas relacionadas con la SSR.

Desde el primer contacto, la comunicación se facilitó entre los jóvenes y los profesionales del proyecto, al generarse un ambiente de reciprocidad, respeto y horizontalidad en las relaciones; ambiente en que influyó tanto la distribución del espacio físico como el lenguaje verbal y no verbal, al permitir que afloraran vínculos e identificaciones entre participantes que, de acuerdo con Martínez [12], facilitaron y promovieron la expresión de sentimientos comunes que, dichos fuera de ese espacio, podrían percibirse como inapropiados, por ejemplo, afirmaron: “No es por discriminar a las otras, pero es mejor cuando estamos nosotras las mayorcitas” (GFD3 mujeres-20140214).

El lenguaje cercano a la realidad sociocultural de los actores clave, así como la flexibilidad misma de esta estrategia metodológica, permitió generar un espacio de confianza con y entre los participantes y de estos con los facilitadores, situación que se traduce en datos emergentes que permiten comprender sus diversas realidades y percepciones en materia de SSR, VIH y TIC, como se presenta a continuación y como se mostró en la figura 1.

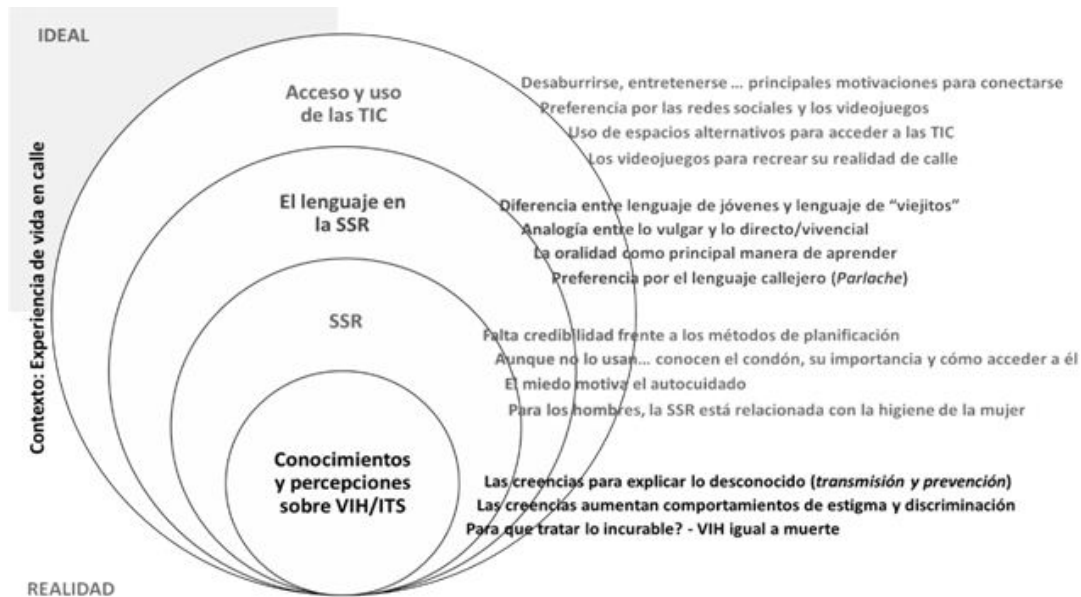


Figura 1. Síntesis de ejes o categorías de análisis

Conocimientos y percepciones sobre VIH e ITS

Los GFD posibilitaron el acercamiento a las múltiples realidades que se entran en este escenario de opiniones, creencias e imaginarios sobre el VIH y otras ITS. Los participantes se valieron de sus creencias para explicar aquello que es novedoso para ellos en materia de transmisión, tratamiento y prevención de este tipo de infecciones. En uno de los grupos expresaron que:

“Esas cosas se contagian de ponerse ropa usada, como ropa interior untada, cuchillas, sentarse en baño público [...] Ellos son muy conchudos, porque se consiguen la mujer que se le atraviese pa’ poderle pegar la enfermedad y ya después ellos quedan curados (GFD1 mujeres-20131211)§.

Estas creencias, entendidas desde la postura de las representaciones sociales [16], se constituyen para ellos en la manera de relacionarse con las ITS desde su propia realidad y, asimismo, pueden motivar comportamientos de estigma y discriminación hacia las personas infectadas con VIH y cualquier otra ITS o hacia quienes ellos creen que lo están a partir de su construcción particular sobre estas infecciones, pues muchas veces sus creencias van acompañadas de temor frente a lo que no está dentro de su esquema cognitivo, por ejemplo:

“[A los enfermos] los tratan como si fueran unas basuras y así es.” (GFD1 hombres-20131213) “[Los rechazan] izque, porque piensan que se lo van a pegar con la hablada, con la mirada” (GFD1 mujeres-20131211).

Respecto a cómo se pueden infectar, se visibilizaron sentimientos como desconfianza, duda y temor hacia la pareja, incluso con las parejas estables, tanto en hombres como mujeres que anteponen la infidelidad a la relación. Es el otro el que trae la enfermedad. Así afirmaron:

“Claro, porque no falta la enfermedad que ella tenga también”. [Confiar] no en ninguna mujer, porque usted tiene una mujer y ella le monta los cachos [...] (GFD1 hombres-20131213).

Frente al VIH, específicamente, manifestaron que es una causa perdida, “¿Para qué tratar lo incurable?”. Como para el común de las personas, para ellos esta infección es sinónimo de muerte hasta el punto de pensar que un tratamiento no tendría sentido:

“¿Si no es curable para qué lo van a manejar con medicamentos si de todas maneras no se va a curar?, ¿pa’ que dure más tiempo con vida?” (GFD2 Hombres 20140127). “El VIH no tiene cura, ya no valen medicamentos, ya no vale nada”. “El VIH lo manda a uno para el barrio de los acostados.” (GFD3 mujeres 20140214).

En sus expresiones puede percibirse que, a pesar de ser una población en situación de riesgo y que ellos mismos piensan que sus parejas sexuales pueden infectarlos, no contemplan la posibilidad de pruebas diagnósticas para la detección temprana de infecciones, así como tampoco el uso del condón, que parece ser conocido por muchos de ellos. Asunto que no es exclusivo en este grupo poblacional, pero que da lugar al reconocimiento de comportamientos de riesgo similares entre los adolescentes con experiencia de vida en calle y el promedio de la población general en el país.

Salud sexual y reproductiva (SSR)

En lo que respecta a la SSR, la falta de credibilidad frente a los métodos de planificación familiar es sobresaliente entre los participantes. Para el caso de los hombres, estos expresaron desconfianza frente a su efectividad, así como hacia las mujeres que usan determinados métodos, en tanto que asocian su uso con la promiscuidad y, por ende, con las ITS:

“Una vieja que llegue y le diga a uno: ‘yo tengo el Jadelle que tales’, uno, de una, tiene que preguntarles, es que esas que tienen Jadelle son las que se mantienen con esas vueltas raras [ITS], entonces uno las tiene que tener” (GFD1 hombres 20131213).

Ahora bien, como ocurre con otros grupos poblacionales, sobre la mujer recae la responsabilidad de planificar y cuidar de la salud de la pareja.

“Seguro que las mujeres planifican pa’ no tener hijos y eso no es verdad. La planificación no es 100% segura.” [...] “Esas que toman pastillas, eso no les hace efecto” (GFD1 hombres-20131213).

Otros adolescentes aseguran que toman medidas de protección para prevenir embarazos o ITS, medidas que parecen estar motivadas por el miedo. Tanto las mujeres como los hombres sienten temor de tener un bebé sin estar preparados o de no saber qué hacer si se infectan o, incluso, de “morir de Sida”:

“Usted ve una imagen de una enfermedad, de una gonorrea a usted le da ya miedo.” (GFD3 hombres-20131213). “A uno le da miedo tener una enfermedad, porque uno se siente como... ¿si yo tuviera eso?, ¡jum! uno no sabría qué hacer, entonces cualquiera se protege.” “[Uno se cuida por] el miedo a quedar en embarazo, el azare.” “Los que se protegen es por miedo.” (GFD1 mujeres-20131211).

Un aspecto sobresaliente es la asociación limpieza-salud que hacen los hombres. Para los jóvenes, la SSR está relacionada directamente con la higiene de la mujer. El olor, el sabor y la estética misma (depilación en la zona genital) son marcadores de salud y enfermedad:

§ Todas las intervenciones de los participantes fueron transcritas literalmente para no afectar su sentido.

“Yo lo primero que hago, pues, cuando [voy a estar con] una mujer, yo ¡tan!, olerlo. Si huele bien, sí.” “Que las peladas mantengan bien eso, aseadito” (GFD1 hombres-20131213).

Por otra parte, parece que el condón no es usado para la prevención de embarazos tempranos ni para evitar ITS. Las jóvenes aseguran que, aunque tratan de negociar su uso, sus parejas no tienen problema en decirles que van a buscar a otras mujeres que no les exijan nada y, finalmente, terminan cediendo por temor a ser abandonadas. Aunque la mayoría de los adolescentes no lo usan, no significa que no conozcan el condón, su importancia y cómo acceder a él. Saben de marcas, precios y sitios de distribución. Entre los amigos intercambian información, pero sigue prevaleciendo la percepción de que “no se siente igual” cuando se tiene relaciones sexuales con protección:

“A mí un man me dijo: si le dan un condón que no sepa la marca, pues si le dan por ahí unos cinco, entonces usted llega ¡tan!, coge uno, normal, hace por ahí tres veces así [con los dedos lo estira y lo contrae], si se revientan no.”
 “Algunos jóvenes no se protegen por la adrenalina y por la ansiedad que tienen.” (GFD3 hombres-20131213)

En el último testimonio, “la ansiedad y la adrenalina” en el momento de la relación, asociada a la fase de excitación, se convierten en razones para no protegerse, sin que ello indique desconocimiento o dificultad de acceso al preservativo.

El lenguaje en la SSR

Aplicar la metodología de GFD permitió un acercamiento al lenguaje que emplean los adolescentes con experiencia de vida en calle para dar cuenta de su sexualidad y de la SSR en general. En una de las sesiones se indagó por el tipo de mensajes que preferían a la hora de hablar sobre estos temas. Los hombres, al igual que las mujeres, fueron contundentes al expresar que hay diferencias entre su lenguaje (juvenil y con acento de calle) y el de los “otros” (aburrido, acartonado y de viejitos). Todos concuerdan al asegurar que un tema como la SSR no se puede abordar con rodeos ni llegar con “poesía”, se debe emplear un lenguaje directo y concreto, sin “palabras educadas”, académicas y complejas. Valerse de palabras cercanas a su realidad para dar cuenta de algo tan íntimo como la sexualidad es fundamental para poder construir un puente:

“¿Sabes cómo usar el condón? [Me gusta más ese tipo de mensaje] Porque habla más como nosotros, en cambio, la primera dizque ¿se puede contagiar la [clamidia]? ¿Cómo así? Tipo [frase] todo adulto, toda aburrida.”
 “[No me gusta] porque suenan como de viejito, como si lo hubieran escrito para un viejito. Como si uno estuviera hablando con un adulto, uno se siente como... ¡qué pereza!, ¡qué aburrición! Esas palabras son como para

hablar uno ya con alguien que tenga experiencia” (GFD2 mujeres_20131218).

El nivel de escolaridad de la mayoría de estos adolescentes está por debajo de 8° en un sistema educativo que va hasta 11° (89,29%), sumado a que no cuentan con las competencias lecto-escriturales para responder a textos académicos o educativos sobre SSR, por lo tanto, el no contar con sólidas competencias en esta área, además de las difíciles condiciones familiares y sociales, conlleva a que la oralidad sea su principal manera de aprender e interactuar con los demás. Pero esa oralidad tiene un marcado acento callejero, siendo el parlache una fortaleza lingüística que facilita su desenvolvimiento en ese contexto:

“Hay que saber decir las palabras, no enredarlas, sino saber expresarlas, no usar palabras tan educadas.” (GFD2 mujeres_20131218).

“No entendemos las palabras educadas, preferimos las nuestras, porque hablan más como vulgar, lo que uno ve y vive, dicen la verdad de lo que uno hace” (GFD2 hombres 20140127).

“Uno como ya ha estado en las calles, uno no sabe hablar y uno es nea, es valija; por ejemplo, si me entiende, uno a veces al leer eso uno se confunde ¿qué significará esa palabra?” (GFD2 mujeres_20131218).

“Uno busca en Google a veces y eso le aparece mero diccionario, mero libro y que se va a leer eso uno, yo no leo eso. Más bien yo llego, coloco un video, pues yo hago la pregunta, coloco el video y sale un man hablando.”
 “Se entiende más el hablado callejero que esas palabras” (GFD1 hombres-20131213).

Acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

El principal objetivo del proyecto marco era indagar acerca de la factibilidad de aprovechar las TIC para difundir mensajes y material educativo para la prevención del VIH y otras ITS en jóvenes con experiencia de vida en calle. Los GFD nos posibilitaron esa indagación y permitieron acercarnos a sus experiencias con la Internet, las redes sociales, los videojuegos y los celulares.

Los adolescentes cuentan con espacios alternativos para acceder a las TIC. Algunos tienen acceso a la Internet en sus viviendas o en salas Internet, otros tienen celular inteligente con plan de datos, tabletas, laptops; sumado a que la ciudad de Medellín cuenta con zonas con wi-fi gratuito. Los adolescentes se acercan a las TIC por varias razones. Por ejemplo, “desaburrirse o entretenerse” son las principales motivaciones para conectarse. Estos jóvenes cuentan con muchas horas de ocio, así que las redes sociales o los videojuegos son

escenarios ideales para la diversión, el esparcimiento y el contacto con los amigos. Redes sociales como Facebook o videojuegos como Speed y San Andreas son los preferidos por ellos. Sin embargo, el WhatsApp o el PIN no pierden espacio, son empleados para acordar citas y compartir información. A pesar de su gusto por mantenerse conectados y activos en las redes sociales, los videojuegos toman la mayor parte de su tiempo. Algunos aseguran que cuando vivían con sus padres tenían, incluso, que esconderles los aparatos ya que no hacían nada más. Es como “una adicción”, señalan:

“Los juegos son divertidos, uno se entretiene, pasa el rato. Uno dice ¡huy, que chimba de juego! y uno se entretiene más” (GFD2 Hombres 20140127).

“Yo soy adicta al Facebook, mi papá me quitaba el computador y ese día le pegué.” “Si a uno se lo quitan [el juego], marica por qué me lo quitaron sabiendo que yo iba a ganar, o pierde y uno se desespera, cuando uno pierde a uno le da rabia” (GFD3 mujeres-20140214).

Los videojuegos logran enganchar a estos adolescentes, porque según ellos, les permiten recrear su realidad de calle. Es como estar en la calle, sin estarlo. Incluso, se pueden hacer más cosas de las que usualmente hacen allí. Es un espacio de libertad para las pasiones y los instintos. Dejan aflorar deseos de ambición y poder, siempre quieren un juego más y recibir recompensas. La

virtualidad les permite “desdoblarse” y por medio de un avatar crean una nueva identidad en la que se muestran tal como lo desean; allí nadie los huele, los mira con desdén, no les teme ni los discrimina; es un espacio ideal para ser igual a los demás, aspecto que ha sido abordado en otros estudios relacionados con las TIC y la identidad en los adolescentes [17]. Así lo expresaron algunos de ellos:

“Me gustan los juegos que son como de calle, por ejemplo, San Andreas, uno vive en la calle, uno roba. Más rico, uno anda por toda esa ciudad y roba, y eso uno va y compra ropa.” “Speed es de carros y son carreras callejeras y si a uno lo pilla la policía uno tiene que salir corriendo en el carro pa’ que no lo cojan” (GFD2 mujeres_20131218).

Los GFD y las formas de relación entre los jóvenes con experiencia de vida en calle

Esta estrategia metodológica facilitó el acercamiento a sus formas de relación al momento de abordar grupalmente este tipo de temáticas. En la totalidad de los encuentros primaron relaciones de respeto entre ellos, mediadas por los facilitadores de los GFD, en ellos se evidenció el contraste entre los acuerdos y desacuerdos frente a los aportes, tal como puede apreciarse en las figuras 2 y 3. Situación que también se vio favorecida por las normatividades institucionales que buscan promover entre ellos valores y principios que motiven la convivencia y el reconocimiento de los pares.

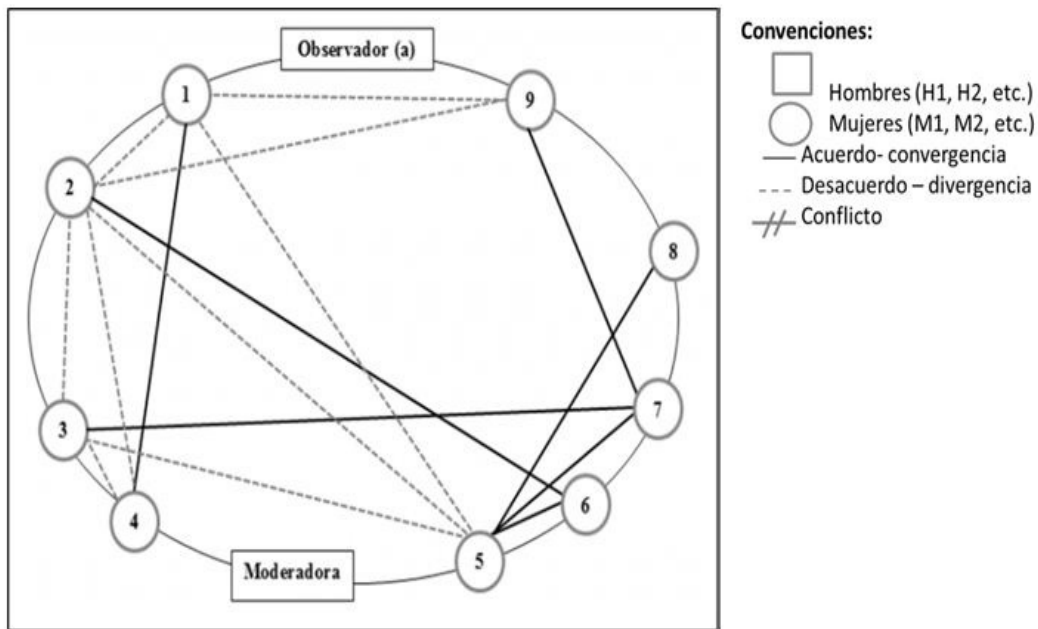


Figura 2. Sociograma GFD 1 mujeres

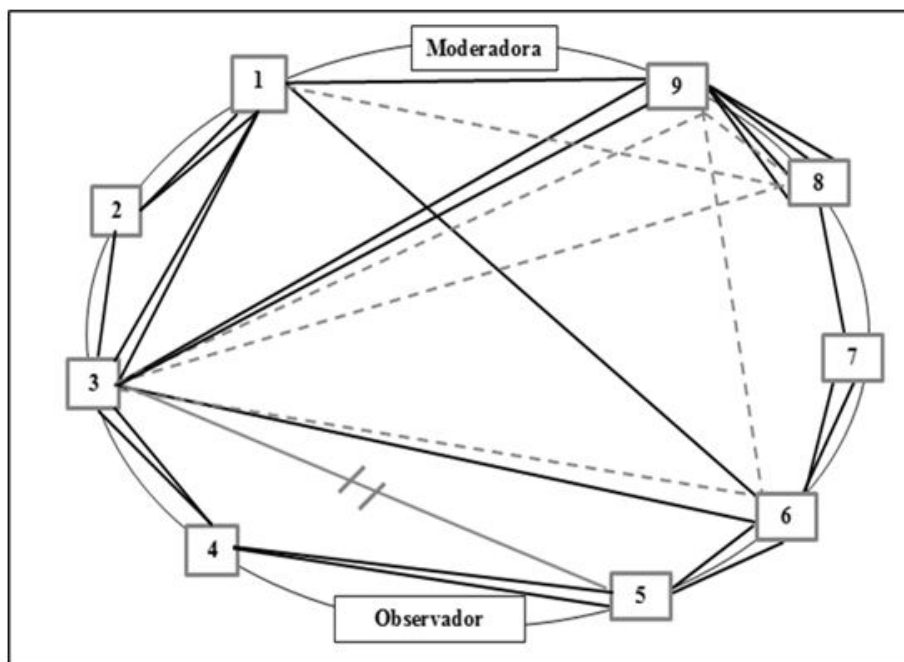


Figura 3. Sociograma GFD 1 hombres

Durante su desarrollo, se vislumbran posturas diversas que nutren la discusión temática, al tiempo que surgen o se manifiestan identificaciones entre los participantes. Es decir que los GFD favorecieron la diversidad y la mediación frente a temas que demandan apertura y reconocimiento de múltiples formas de pensamiento y percepciones (SSR e ITS).

Como lo muestran las figuras, hubo mayor tendencia en las mujeres a expresar sus diferencias de pensamiento, mientras que en los hombres se nota mayor identificación o convergencia en las ideas; sin embargo, solo una vez se dio conflicto entre posturas de dos participantes, específicamente en uno de los grupos de hombres, situación que fue mediada por compañeros y facilitadores. Sin duda, los GFD abrieron la posibilidad de que cada participante expresara sus propias ideas y conociera las de sus pares, tal como se ve en las figuras. Dinámica que como hemos dicho antes se vio favorecida por la influencia de la institucionalidad.

Discusión

A partir de esta experiencia de implementación de los GFD, los actores reconocieron que el encuentro en pequeños grupos posibilita la interacción entre participantes e investigadores, al tiempo que motiva en ellos la expresión espontánea y abierta de sus ideas, percepciones y formas de vivir su salud sexual como

adolescentes: “Cuando hay tanta gente a uno le da como pena expresar lo que uno quiere decir y lo que uno siente, entonces sí es mejor estar con poquita gente.” (GFD3 mujeres-20140214).

Los adolescentes, además de responder a las preguntas sobre salud sexual, la infección por VIH y otras ITS, hicieron alusión a la forma como conciben estos temas en su vida cotidiana y a la importancia del lenguaje al momento de abordarlos. También al acceso y uso de las tecnologías como posible herramienta para educar en estos tópicos, tanto desde la experiencia directa en contexto de calle, como desde el deber ser que de una u otra forma aparece en la estructura cognitiva de las personas como seres sociales, tal como lo expresa Coles, el ser humano en todo su desarrollo evolutivo moldea su pensamiento y acción influenciado por el hogar, la clase social, grupo étnico, acontecimientos sociales, formas de integración con pares, entre otros factores que crean la capacidad para identificar lo que está bien y lo que no dentro de su entorno cotidiano [18].

Pudimos observar que los adolescentes participantes, “disimularon” el desconocimiento frente al VIH y otras ITS recurriendo a sus creencias y construcciones sociales con pares para explicar cómo se transmiten y cómo se previenen; creencias que, a su vez, podrían relacionarse con comportamientos de estigma y discriminación en tanto se aferran a los estereotipos y a las ideas preconcebidas [19]. Ortega [20] hace referencia al respecto cuando refiere que se incrementa la discriminación y el estigma

producidas por las falsas creencias que, a su vez, dan lugar a la negación de ciertos derechos.

De manera similar cuando se hizo referencia a la SSR, el desconocimiento aparece oculto tras las creencias que pueden incrementar los comportamientos de riesgo, tales como no recurrir al uso de métodos anticonceptivos. Fue llamativa la diferencia entre hombres y mujeres cuando ellos hicieron alusión a la higiene de los genitales femeninos como una forma de protección, es decir, que la higiene de la mujer está directamente relacionada con la SSR. Al respecto, Stern y colaboradores exponen en uno de sus estudios sobre SSR que “a pesar de que los jóvenes tienen información acerca de anticonceptivos y prevención, esta se reduce a prácticas como el retiro y el ritmo [...] Tienen una idea vaga de que la higiene, en su sentido más lato, es la que protege de una ITS o del Sida” [21].

En lo concerniente al lenguaje, pudimos observar que para los adolescentes el *parlache* o el lenguaje con “acento de calle” es la mejor forma de aprender sobre SSR, pues otro tipo de lenguaje puede generar apatía e indiferencia en tanto no logran identificarse con los contenidos que se imparten. Otra razón para que los GFD motiven la interacción entre ellos como pares es que comparten un código común de comunicación: el lenguaje hablado y específicamente el *parlache*. De manera similar sucedió en otro estudio realizado por Jalloh y colaboradores, quienes concuerdan al asegurar

que: “en Colombia, algunos participantes manifestaron su agrado por la forma de dirigirse a los jóvenes [...], y en Canadá los participantes expresaron que el uso del ‘lenguaje de calle’ parece honesto y verdadero y esto facilitó que se identificaran con el material” [22].

Lo anterior evidencia que las estrategias metodológicas adaptadas a los contextos socioculturales de los interlocutores facilitan la comunicación e identificación de los participantes con el tema, el proceso y la metodología misma, en tanto posibilita encuentros más propositivos y dinámicos.

Sobre el uso de las TIC, se evidencia que tienen acceso regular a ellas, pero especialmente con fines de socialización a través de redes y de otras formas para el libre esparcimiento, principalmente mediante el uso de juegos de video que les permite recrear la vida en calle, preferencias que expresan abiertamente y con motivación; sin embargo, estas no garantizan que pueda ser una forma eficaz para informar y formar en temas relacionados con la SSR, VIH e ITS.

A continuación, se dan a conocer algunos de los mensajes con “acento de calle” construidos por los propios adolescentes sobre SSR y VIH/Sida, como muestra de aceptación de esta estrategia metodológica y como escenario para reflexionar sobre el tipo de lenguaje con el que se debe llegar a estos adolescentes a la hora de abordar temáticas como la SSR (Tabla 1).

Tabla 1. Mensajes con acento de calle

Frasas formales	Expresiones en lenguaje con acento de calle
Una persona no puede contraer el VIH por compartir una comida con alguien que está infectado.	- Una persona no se contagia del VIH/Sida por comer del mismo plato con alguien que tenga este virus. - No importa comer en el mismo plato con una persona que vive con VIH/sida, porque así no se pega.
Una persona no puede adquirir el VIH por la picadura de un mosquito.	- A una persona no se le puede pegar el VIH solo porque lo picó un mosquito. ¡Mejor hacete el examen! - Un parcerero no puede tener el VIH por la picadura de un insecto. ¡Si tenés dudas, hacete el examen!
Una persona puede adquirir el VIH teniendo relaciones sexuales con un hombre VIH positivo.	- Si uno tiene sexo con un man que tiene VIH a uno se le puede pegar. Usá el condón. - Una persona puede contraer el VIH/sida pichando con un man con VIH positivo. Por eso usá siempre el condón.
Alguien que tiene el VIH no siempre parece enfermo, así que usted no puede saber si está infectado.	- A la gente con VIH no se le nota. Las apariencias engañan, por eso es mejor prevenir. - Alguien que tenga VIH no siempre demuestra estar enfermo, hay muchas posibilidades de que estés infectado del VIH. ¡Hacéte el examen!
Bañarse o lavarse los genitales o partes íntimas después de las relaciones sexuales no impide que una persona adquiera la clamidia.	- Lavarnos los genitales después de tener sexo no impide que le dé clamidia. Mejor si usaste el condón. - Parce si uno no la pensó antes de tener sexo, ¡paila! La clamidia no sale bañándose. Es mejor prevenir que lamentar.

Continuación tabla 1

Frases formales	Expresiones en lenguaje con acento de calle
Una persona no siempre puede darse cuenta de la forma en que su cuerpo se siente si tiene una enfermedad de transmisión sexual.	- Sabe que un parcerero no siempre se da cuenta si tiene una enfermedad de transmisión sexual. ¡Mejor cuidate y hacéte el examen! - A veces uno no se da cuenta que tiene una infección de transmisión sexual, y uno queda sano. Por eso hay que hacerse el examen.

En conclusión, como lo refiere Morgan, sobre las estrategias metodológicas grupales, estas son “un modo de oír a la gente y aprender de ella” [11]. Los GFD posibilitan los contactos entre pares, facilitan la discusión de temas tabú como la sexualidad y la salud sexual, generan vínculos entre pares que facilitan y promueven la expresión de sentimientos comunes que, al decirse fuera del espacio del grupo, pueden percibirse como inapropiados. Esto fue lo que sucedió durante la implementación de los GFD con adolescentes con experiencia de vida en calle; tanto hombres como mujeres valoraron y dieron lugar a la construcción de un espacio para la expresión abierta de percepciones, ideas, imaginarios y experiencias relacionadas con la SSR y las ITS.

Durante esta experiencia de campo se exploraron los GFD como estrategia metodológica propuesta por Martínez [12], los cuales se perfilaron como escenarios privilegiados para “el habla, la puesta en el orden de la palabra”, en los que la discusión se nutrió con las opiniones y puntos de vista de todos, pero con la mediación permanente de los facilitadores.

Esta experiencia motiva el reconocimiento de los adolescentes con experiencia de vida en calle como actores sociales, y no sólo como individuos ajenos a la cotidianidad de los colectivos; es decir, en su construcción de mundo [23] cohabitan con sus pares y alcanzan representaciones sociales compartidas y nutridas por los medios tecnológicos, como herramientas que les permiten conectar sus realidades con las de los “otros”: aburridos, adultos, formales.

Finalmente, frente a la pregunta “¿Yo lo puedo traducir a mi lenguaje?” (GF2 Hombres 20140127), según la teoría sociocultural de Vygotsky, el conocimiento es un fenómeno profundamente social y modela las formas que la persona tiene a su disposición para pensar e interpretar el espacio en el que se desenvuelve. En esta experiencia el lenguaje juega un papel fundamental en una mente formada socialmente, porque es nuestra primera vía de contacto mental y de comunicación con otros y representa una herramienta indispensable para el pensamiento [24].

El lenguaje es el puente entre el individuo y los “otros”. De ahí que los procesos educativos con los adolescentes con experiencia de vida en calle deban partir de un lenguaje autorregulado que se acerque a su

realidad social. Se suele emplear un lenguaje jerárquico, que pone al otro en situación de minusvalía e ignorancia, ampliándose la brecha entre los dos mundos. Cuando nos acercamos a ellos para tratar temas como la SSR se emplea un lenguaje “de adultos o viejitos” que es “aburrido” y se aleja de sus propias construcciones sociales. Su lenguaje tiene “accento de calle”, porque la calle hace parte de su contexto sociocultural y es desde esta experiencia que debería partir el conocimiento, tal como lo propone la educación en contexto [25].

Sin duda alguna, los GFD se convierten en una importante estrategia de trabajo con adolescentes con experiencia de vida en calle, en tanto facilitan la interacción directa con ellos, al tiempo que favorece el intercambio de opiniones como pares.

Agradecimientos

Agradecemos al programa Crecer con Dignidad, a las defensoras de familia y a los funcionarios de cada uno de sus componentes, a los jóvenes participantes y a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Antioquia.

Referencias

- 1 Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Seminario Internacional Estrategias de Intervención con Población en Situación de Calle ¿Qué alternativas se están construyendo para hacer realidad la integración social de personas en situación de calle? Santiago de Chile, octubre 30 de 2009. [Internet]. [Consultado 2014 oct. 10]. Disponible en: http://siis.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/seminario_calle/doc/Seminario_Internacional_presentacion.pdf
- 2 Taracena E, Macedo M. Violencia social, violencia familiar, el sida en los jóvenes de la calle. México, D.F: Unam- FES-Iztacala; 2006
- 3 Llorens M, Alvarado C, Jaramillo U, Romero M, Souto J, Hernández N. Niños con experiencia de vida en la calle. Una aproximación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005.
- 4 Giraldo Á, Forero C, López LM, Tabares L, Durán P. Encontrar una familia en la calle Rev Fac Nac Salud Pública, enero-junio 2006; 24 (1): 92-97.
- 5 Citynoticias. En Bogotá aumentó el número de habitantes de calle. La Candelaria, Santa Fe, Mártires y Puente Aranda son las principales localidades donde se ubican. El Tiempo. 2015 julio 30; Sec Bogotá: (col 1)

- 6 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Dirección de Censos y Demografía, Alcaldía Metropolitana de Medellín, Secretaría de Solidaridad. Censo Sectorial Habitantes de y en la Calle. Informe final; Medellín, 2002. [Internet]. [Consultado 2014 oct. 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes_calle/habitaultimo.pdf
- 7 Correa ME, Zapata J. La otra ciudad: los habitantes de la calle. [Internet]. [Consultado 2014 oct. 10]. Disponible en: <file:///D:/Usuarios/Usuario/Mis%20documentos/Downloads/3220-8848-1-SM.pdf>.
- 8 Taracena Ruiz E, Hacia una caracterización psico-social del fenómeno de callejerización. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv* [Internet]. 2010;(8)1: 393-409 [Consultado 2014 oct. 10]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=77315079019>.
- 9 Canales M. Metodologías de la investigación social. Introducción a los oficios. Santiago de Chile: Lom Ediciones; 2006.
- 10 Díaz G. Los grupos focales: su utilidad para el médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet] 2005;21: 3-4 [Consultado 2014 oct. 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000300021&lng=es.
- 11 Morgan DL. Focus groups as qualitative research. California: Sage; 1988.
- 12 Martínez M. Los grupos focales de discusión como método de investigación. *Heterotopía*. 2004 Ene-May; 10 (26): 59-72.
- 13 Strauss, A, Corbin. J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimiento para desarrollar la teoría fundamentada. Primera edición (en español). Medellín: Sage Publications, Inc. - Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- 14 Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Segunda Edición en español. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1962
- 15 Castañeda, LS. El parlache: resultados de una investigación lexicográfica. *Forma y Función* [Internet] 2005;18: 74-101 [Consultado 20 dic. de 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/fyf/n18/n18a03>
- 16 Vergara Figueroa, A. Imaginarios: Horizontes plurales. México, D.F: Editorial Emahaia; 2001.
- 17 Martínez Velásquez, BS. Prácticas comunicativas de los adolescentes cochabambinos en la mensajería instantánea y su relación con la configuración de sus identidades individuales. *Punto Cero* [Internet] 2006;(11)13: 5-38 [Consultado 2014 oct. 10]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762006000200004
- 18 Coles R. La inteligencia moral del niño y del adolescente. Barcelona: Editorial Kairós; 1998.
- 19 Goffman E, Guinsberg L. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- 20 Ortega M. Diversidad sexual en la discapacidad: una realidad invisibilizada. [Internet]. [Consultado 2014 oct. 04]. Disponible en: <http://portal.uacm.edu.mx/LinkClick.aspx?fileticket=I7w5xLMhdRk%3D&tabid=2322>
- 21 Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano L, Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública Méx* [Internet]. 2003;45 (1) suplemento1: 34-43. [Consultado 2014 oct. 08]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700007
- 22 Jalloh C, Gómez Q, Zuluaga L, Zamora O, García A, Gutiérrez D, et al. Evaluación del proceso de desarrollo del folleto educativo de salud “Abre los ojos” para jóvenes en situación de calle de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012; 30 (3): 282-290.
- 23 Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
- 24 Mota de Cabrera C, Villalobos J. El aspecto socio-cultural del pensamiento y del Lenguaje: visión vygotskyana. *Educere. Revista Venezolana de Educación* [Internet] julio – septiembre 2007; 11(38): 411-418 [Consultado 2014 oct. 4]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603805>.
- 25 Duarte J, Castro DM. Educar en contextos de vulnerabilidad social. Voces y escenarios de los maestros en formación en contextos de vulnerabilidad social ¿La reinención de la esperanza? Medellín: Editorial Artes y Letras S.A.S; 2008.