

EDUCACIÓN SEXUAL: DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER FRENTE AL HIV/SIDA

Sandra Susacasa^{}, Ana Candreva^{**}*

Marco conceptual y fundamentación

La problemática de la mujer en las décadas del sida es universal, devastadora y quizá el pico del iceberg que si no logramos dimensionar puede hundir a ciertas comunidades, que no circunstancialmente, son las más expuestas y desprotegidas. Las demandas sociales de cuidado de la salud no satisfechas, manifestadas de manera elíptica a través de fenómenos tales como embarazos no deseados, ETS, HIV/sida, y el aumento del ritmo de su crecimiento indican como una alarma, la gravedad del estado de situación.

En este contexto la situación de la mujer frente al sida es aún más angustiada ya que el género femenino constituye el grupo con más rápido crecimiento en riesgo de infección por HIV y cerca del 42 % de las personas infectadas en todo el mundo. Presenta, además, características diferentes de la enfermedad que aún no son del todo comprendidas, tal como se expuso en la 1ª Conferencia de la IAS realizada en Buenos Aires en julio del 2001.

En la Argentina el primer caso notificado de sida fue en 1982, en un hombre. En 1987 se dio el primero en una mujer. Esta diferencia en el tiempo no pudo ser utilizada para evitar la inclusión de la mujer y los niños en esta situación de riesgo. Por otra parte las diferencias en el tratamiento según el género han sido una constante desde el comienzo de la epidemia. Las diferencias (en menos para las mujeres) de inclusión en ensayos de terapia y en la recepción de eficaces tratamientos antirretrovirales se observa en Estados Unidos y otros países, tal como lo muestran los estudios de Mocroft y Anderson. Esto no puede vincularse, al menos linealmente, a una cuestión económica ya que aún teniendo la misma cobertura médica y características similares en cuanto de la infección HIV es menos probable, en términos estadísticos, que la mujer reciba la eficaz HAART. Esto da una categoría particular a los estudios de este campo pues indican la existencia de componentes no manifiestos, muchas veces ocultos, y el nivel de complejidad de la problemática específica de la mujer en la epidemia.

Debemos contextualizar esta cuestión en nuestros países donde la atención de la salud cada es vez más deficiente, el estado de pobreza no permite la utilización de terapias tan caras como la antirretrovirales en toda la población necesitada y la lactancia materna significa, la más de las veces, la única posibilidad que se dispone de una maduración y crecimiento satisfactorio en los niños en la etapa de la vida en la que estos procesos

* Docente Investigadora del Departamento de Pedagogía Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Médica Especialista en Ginecología, Obstetricia de la Maternidad Sardá de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante del Equipo de Investigación categorizado por el programa Nacional de Incentivos a la investigación. Coordinadora y docente de cursos de postgrado.

Dirección postal 6 n° 856, City Bell. (La Plata) República Argentina CP 1896.

Tel. y FAX: 0221-4800355. E-mail: susacasa@sinectis.com.ar

** Directora y Profesora Titular del Departamento de Pedagogía Médica de la Facultad de Ciencias Médicas. Profesora Titular de la Cátedra de Fundamentos Biológicos de la Educación de la Facultad de Humanidades. Directora del Programa "Creación de Espacios Educativos como modos de Prevención" de la Universidad Nacional de La Plata. Argentina Investigadora categoría I y Directora de Programa y Proyectos de Investigación. Dirección postal: 21ª-n°161, City Bell. CP 1896. (La Plata) República Argentina. Tel.: 0221-4721415. E-mail: candreva@amc.com.ar

Institución: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

sostienen el futuro de las funciones superiores del SNC. Teniendo en cuenta que los lineamientos de la OMS para la prevención de la MTCT en mujeres con infección de HIV continúa siendo que se debe evitar la lactancia materna en todos los casos de infección materna, al menos hasta que se cumpla la meta que señaló la Cumbre de Naciones Unidas del 2001, que busca que el 80% de mujeres embarazadas e infectadas tengan acceso a la terapia antirretroviral para el año 2005, esta privación significa la pérdida de la esperanza para muchos niños que si logran sortear una situación de riesgo caen en otra.

En esta trama aparece con nitidez la situación de la mujer como el objeto psicológico, que recibe las mayores demandas de cuidado de su grupo de pertenencia y paradójicamente es la más vulnerable frente al sistema. Esta situación, naturalmente, genera un aumento de frustración y muchas veces el escape a la resignación y la pasividad frente al sentimiento de culpa que se instala a la hora de no poder satisfacer esas demandas. Frente a la evidencia de la imposibilidad de responder a las representaciones sociales de su rol en cada uno de sus contextos y desde su soledad, poco le queda por hacer si no puede acceder a niveles de toma de conciencia que le permitan trascender de lo individual a lo colectivo.

Los datos cuantitativos, que pueden encontrarse permanentemente en la bibliografía con mucha abundancia, son contundentes. Las nuevas situaciones de riesgo que se van generando tales como las muertes e invalidez por accidentes en poblaciones jóvenes, son otro indicador de la interrelación de los sujetos con un medio cada vez más opresivo. Como datos cuantitativos parece suficiente recordar que en 1999 cada día más de 7,000 niños y jóvenes entre los 10 a 24 años se infectan por HIV, cinco adolescentes por cada minuto, y que esta cifra también va en aumento.

En referencia específica a la situación de la mujer y el sida encontramos lo siguiente:

? En América Latina y el Caribe la epidemia del sida cada vez afecta más a mujeres y niños.

? La información serológica confirma que la prevalencia de infección por VIH es elevada en el Caribe. En trabajadoras sexuales y mujeres que viven en pareja con varones infectados esta prevalencia llega al 70%.

? Informes de morbilidad de la Asociación Panamericana para la Salud reportan importantes incrementos en la incidencia de casos de sida en mujeres. Otras zonas de la región, pese a no estar tan afectadas, experimentan también un incremento en el número de casos de mujeres infectadas por el VIH

? En Argentina los casos notificados de sida han crecido desde su aparición en 1982. La tasa de incidencia acumulada para la Argentina es de 50,6 por cien mil habitantes. En cuanto a la distribución de los casos de infectado según sexo, aproximadamente cada 3 hombres se infecta 1 mujer, si bien esta relación ha ido y continua disminuyendo. El predominio de la enfermedad en las mujeres de edad fértil naturalmente aumenta el riesgo de transmisión perinatal. La vía más frecuente de transmisión es la heterosexual (63%) la que ha crecido de manera sostenida desde el inicio de la epidemia. La transmisión perinatal del HIV es responsable del 96% de enfermos de sida menores de 13 años. Los niños menores de 13 años representan uno de los más altos porcentajes de América y un dato significativo. El 80% de enfermos están en las grandes ciudades. La mayor proporción de mujeres afectadas se observa fundamentalmente en la Provincia de Buenos Aires, lugar de gran contacto con la capital del país. Este hecho coincide con la mayor cantidad de menores afectados en esa jurisdicción. La edad media

de los casos es de 26 años. Analizando por sexo, se observa que la edad promedio de las mujeres es menor que la de los hombres. El mayor % de los casos tienen entre 25 y 34 años. La distribución geográfica muestra que el 81 % de los casos se concentran en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Este porcentaje aumenta al 92,8% si agregamos los distritos de Santa Fé y Córdoba. Los bajos índices están asociados a déficit en la notificación. A ello hay que agregarle que el sida es la primera causa de muerte entre personas de 15 a 39 años en la Ciudad de Buenos Aires.

En conclusión los resultados epidemiológicos revelan que el sida se ha instalado en la Argentina, con una creciente incidencia en los grupos juveniles y, específicamente son las mujeres jóvenes quienes se hallan en mayor situación de riesgo frente a la enfermedad.

En el mundo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el sida, ha desencadenado una epidemia mayor de la que se temía con las predicciones en la primera Cumbre, hace más de una década. No contando con datos ciertos, las estimaciones señalan que al finalizar el 2000 alrededor de al menos más de 36 millones de personas viven con el VIH o con sida. Cifra que superó en un 50% a la estimada por el programa Mundial sobre el sida de la OMS, en 1991, a partir de los datos que se manejaban en ese entonces.

Las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida pueden tener consecuencias graves para el mundo, ya que interfieren la función social y la calidad de vida de los afectados. A largo plazo pueden llegar a producir incapacidad física y mental, reducción de la fecundidad e incluso la muerte.

Para fortalecer y coordinar tareas destinadas a la prevención de estas enfermedades, se celebró hace ya 14 años, en enero de 1988 en la ciudad de Londres, la cumbre mundial de Ministerios de Salud sobre programas de prevención de sida. Esto indica que se contaba con la evidencia de la gravedad de la situación. No obstante, la problemática va en aumento a pesar aún del avance en la terapia antirretroviral.

Es importante entonces, proceder a implementar en cada país programas nacionales apropiados para frenar y prevenir el sida, con énfasis en la labor de prevención, información y educación, teniendo en cuenta las diferentes circunstancias sociales y culturales, los diferentes modos de vida y los valores de cada grupo humano.

Se establece que las intervenciones deben coordinarse y extenderse a la prevención de otras ETS. Los programas deben promover el concepto global de salud sexual. Deben estar dirigidas a la juventud (dentro y fuera de la escuela) y prioritariamente a los grupos de alto riesgo (trabajadores sexuales, consumidores de drogas e incluir particularmente a la mujer. El éxito en las actividades de promoción del cambio de conductas requiere de un mayor poder de las mujeres, de la expansión de los servicios para ETS, la mejor gestión de los programas y la mejora de la investigación y la capacitación en el área.

El comportamiento sexual es biológico y socialmente maleado y muy resistente al cambio. Los resultados de una encuesta realizada por él en 1987, muestran que el 90% sabe que pueden contraer el virus pero todos responden que su riesgo de enfermarse es bajo o nulo. Con los datos actuales no podemos pensar que esto se haya modificado a pesar de las campañas y otros modos de intervención utilizados fuera del contexto educativo.

Parecería, pues que esta realidad ya nos va indicando uno de los elementos fundamentales a la hora de programar acciones de intervención. Un educador de salud que se enfrenta a tales actitudes y comportamientos debe contar con una sólida formación peda-

gógica que le permita diseñar propuestas educativas apropiada a cada medio cultural y no agotar su función a la mera información, recomendaciones y consejos.

La estrategia para prevenir la transmisión del VIH fue la recomendada por la OMS: difusión de mensajes informativos que reduzcan los comportamientos que puedan exponer a la transmisión del virus. No obstante, los casos aumentaron ya que la naturaleza de la enfermedad y su modo de transmisión a través de las relaciones sexuales, imponen grandes obstáculos al trabajo educativo, debido a las resistencias sociales y culturales que interfieren en la discusión abierta del problema.

De nuestro trabajo

La actividad de nuestro grupo de trabajo se centra en el abordaje de la problemática de la Educación para la Salud a través del Programa “Creación de Espacios Educativos como modo de prevención”. Una de sus áreas desarrolla una línea de investigación que da sustento a los diseños de actividades de extensión y formación docente.

Esta actividad de investigación se ha dirigido a la búsqueda de los conocimientos necesarios para la construcción de un marco teórico, interdisciplinario y referencial, para fundamentar propuestas que logren comprometer a los protagonistas de la acción educativa. De ese modo intentamos multiplicar la capacitación de todos los niveles de la comunidad apelando a los recursos de innovaciones educativas y desarrollando técnicas que permitan la formación comportamientos capaces de generar cambios de comportamiento y actitudes preventivas.

Dentro de este tópico se han desarrollado acciones educativas y tareas de investigación tendientes a establecer un diagnóstico de situación con respecto a las actitudes de riesgo de la comunidad y sus componentes. Las problemáticas que están instaladas en esta área pasan a ser el objeto de estudio de los proyectos de investigación, tales como: HIV/sida, enfermedades de transmisión sexual, embarazo de niñas y adolescentes, accidentes, violencia, sólo por dar algunos ejemplos.

Uno de nuestros objetivos es instalar en la dimensión pedagógica la problemática de la educación para la salud, enfatizando el estudio de la educación sexual, desde una construcción interdisciplinaria que genere los conocimientos suficientes para fundamentar propuestas innovadoras capaces de mejorar el estado de la cuestión y sostenga los contenidos apropiados para la educación de la comunidad, la formación docente, en ámbitos formales y no formales de educación, la promoción de la salud y la prevención.

La mujer y el sida

La problemática del tema de la mujer y su relación con la infección del VIH/sida es quizá la que pone en mayor relieve las necesidades insatisfechas de salud-educación que padece la comunidad por su severidad, urgencia, universalidad y ritmo de crecimiento alarmante. Frente a esta realidad, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre HIV-sida sostiene que llegar a los adolescentes, niños y mujeres es la estrategia más adecuada para modificar la tendencia al aumento de la propagación de la infección, recomendación que debe hacerse extensiva a todos los programas de prevención dirigido a estos grupos. Lo que ha resultado difícil es hallar los modos de llegar a ellos, pues los intentos se sostuvieron más en campañas, y acciones de información que de educación. Los resultados negativos de esos esfuerzos nos colocan en la necesidad de aceptar que el camino es la educación para la salud. Esta a su vez requiere desarrollar la didáctica

específica de la educación para la salud hasta niveles que nos permitan articular la teoría de la enseñanza con las prácticas educativas.

Parece por tanto congruente pensar que la educación, sobre todo de los menores de 25 años, que son el grupo más susceptible, encuentre la clave para reducir la propagación. Pero ¿qué nos está indicando el aumento del índice, a pesar de los múltiples intentos que se lanzaron a más de una década para disminuirlo, tanto a nivel mundial como regional y en nuestro país?. Quizá es tiempo de reflexionar que las campañas sostenidas en la información y aún las que logran la comunicación requieren ser evaluadas desde una actitud científica, esto es, ejerciendo registro sobre nuestros deseos, miedos, negaciones y otros componentes.

Es necesario un estudio que de luz sobre cómo estos influyen en comportamientos y la perseverancia de modalidades, que de una manera muy manifiesta se nos presentan como obstáculos, o al menos como insuficientes, para lograr la disminución del riesgo. Esto coloca al educador, formal o informal, en un alto nivel de responsabilidad como protagonista de acciones de educación para la prevención.

Pero ¿qué ocurre en la práctica educativa?. Nuestros estudios van mostrando que la falta de formación específica de los docentes hace que los contenidos de la educación para la salud y particularmente los de educación sexual, más que trabajarse de manera transversal e interdisciplinariamente como es recomendable, se diluyen en los diseños de los programas institucionales pero no se desarrollan en acciones educativas. Esto indica la dificultad de aceptar el compromiso de todos los docentes del sistema frente a esta problemática.

El estado actual del tema nos exige algunas consideraciones acerca de la educación como modo de prevención. Algunos de los acuerdos implícitos y explícitos a partir de programas como Salud y Educación para todos en el año 2000, de organismos tales como UNESCO y OMS exigen una revisión reflexiva. Es necesario la construcción de un modelo de análisis y de evaluación comunicable, con referencia específica a estas cuestiones. Desde nuestro trabajo se desprende que sólo parece posible esa construcción si se desarrollan investigaciones en el área de educación para la salud, estratégicas y orientadas a problemas específicos, que permitan intervenir en problemas de la práctica educativa y de salud.

No obstante las dificultades, hay consenso en algunos criterios y principios que podríamos sintetizar del siguiente modo:

✍ La educación es la actividad humana, capaz de generar acciones de prevención, cuando esta requiere generación y modificaciones de comportamiento sostenidos en normas culturales.

✍ En este campo, la educación no debe limitarse ni a etapas, modalidades o restricciones de ningún tipo. Debe extenderse a ámbitos formales y no formales, así como apelar a todas las alternativas apropiadas que sean necesarias aplicar.

✍ Requiere integrar los aportes, perspectivas y enfoques de diferentes disciplinas científicas, interpretadas de modo tal que dicha integración permita una mejor comprensión de los fenómenos educativos.

✍ Es necesaria una real tarea trasdisciplinar que construya un modelo capaz de superar las reducciones a las que dan lugar la acumulación de aportes disciplinares. Por medio del desarrollo de la investigación educativa se busca sostener las propuestas de innovaciones educativas para intervenir positivamente en esta problemática.

Para lograr esos objetivos se requieren docentes preparados, capaces de asumir este desafío, e instituciones educativas que avalen las acciones de intervención educativa, proporcionando los medios y las condiciones para orientar su realización.

La escuela, como institución social históricamente reconocida, condensa distintas demandas sociales, constituyéndose en uno de los medios más efectivos para lograr el cambio de comportamientos. Es por ello que toda institución educativa debiera ser un ámbito de prevención, generadora de actitudes sociales saludables y a la vez dinamizadora de las relaciones que se establecen entre la familia y la comunidad en general. Sin embargo, el análisis de los Planes de Estudio de la Formación Docente en la Argentina en los últimos 20 años y de los Contenidos Básicos Comunes (CBC) establecidos a partir de la Ley Federal de Educación (N° 24195/93) no manifiestan una tendencia en ese sentido. Por el contrario la Educación para la Salud no está contemplada en la propuesta de la Formación Docente más que esporádicamente, y sólo se proporcionan orientaciones didácticas para su abordaje a través de los temas transversales.

No dejamos de considerar la importancia de su inclusión como tema transversal, ya que pensamos que la temática de la educación para la salud, implica adherirse necesariamente a un enfoque pluri o multidisciplinario. Su complejidad requiere un tratamiento, como problema común a varias disciplinas que aporten a la dimensión pedagógico-didáctica.

Es por lo expuesto hasta aquí que nuestro trabajo, encuadrado dentro del marco disciplinario de la educación para la salud, busca producir cambios en los modos de comportamiento para mejorar las condiciones de vida de las mujeres mediante el diseño de estrategias educativas preventivas que generen la educación participante y permanente orientadas al autocuidado y bienestar. Camino más arduo que la mera información pero que muestra ser el único capaz de generar cambios en las personas y su medio.

No obstante, para lograr que estas estrategias sean las adecuadas, debe necesariamente establecerse un diagnóstico de situación con respecto a los modos de comportamiento. Es amplia la literatura que reportan estudios de este tipo en distintos países. En Argentina, el Instituto Gallup encaró en 1994 un estudio de opiniones y actitudes con relación al sida a pedido del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en una muestra poblacional urbana de hombres y mujeres entre 15 y 50 años. Este estudio reveló que solo un mínimo porcentaje manifestó cambios de conducta ante la infección por VIH/sida.

El avance de las enfermedades propias de esta era, requiere se multipliquen los esfuerzos para educar a la población en la prevención y en la promoción de conductas y actitudes saludables. En este sentido, es un hecho que no admite discusión la necesidad de la formación de futuros ciudadanos responsables de sus actos, conscientes y conocedores de los riesgos, activos y solidarios para conquistar el bienestar de la sociedad, críticos y exigentes frente a quienes toman las decisiones políticas que nos involucran a todos.

Esta problemática requiere un tipo de aproximación en el ámbito del quehacer educativo-salud, para fomentar el acercamiento a mejores condiciones para la prevención. La innegable urgencia de esta cuestión se pone de manifiesto, más aun en este momento, en los registros del aumento constante de situaciones de riesgo y de pérdida de la salud de vastos sectores en todo el mundo, pero sobre todo en comunidades pluriculturales, con otras necesidades básicas insatisfechas y expuestas a múltiples efectos nocivos de su

contexto tales como el aumento de la pobreza, el desarraigo cultural, la desnutrición, la ruptura de sus modos culturales de sostén como la pérdida de los vínculos solidarios, medios confiables, posibilidad el reconocimiento de las necesidades de los pares, permanente pérdida de la autoestima y soledad, que generan sentimientos de minusvalía e incomunicación.

Por esto nos resultó de interés evaluar la incidencia de la información sobre los modos de comportamiento de las mujeres frente al sida en grupos poblacionales de características socioculturales diferentes entre sí, fundamentalmente por el hecho de que la mujer se caracteriza por un menor poder de decisión en la pareja como una constante, a pesar de las especificidades de los distintos grupos.

I. De los resultados obtenidos:

1) *Adolescentes y jóvenes universitarios* y las campañas actuales de prevención.

Los requerimientos espontáneos con el fin de mejorar las campañas cubrieron aspectos cuali y cuantitativos. Lo *más solicitado* estuvo relacionado a la mayor difusión de las campañas (42.4%). Este requerimiento incluye la extensión de la difusión a todas las instituciones educativas, con énfasis en el nivel primario, así como también la extensión de la misma a las áreas de nivel socioeconómico culturales más desprotegidas. Hubo diferencia significativa ($p < 0.005$) entre ambos sexos, siendo mayor la población femenina.

El *segundo requerimiento* en importancia está relacionado a la motivación e inducción a la concientización (27.9%). Los adolescentes y jóvenes piden mensajes "que lleguen a la gente", que los haga tomar conciencia", lo que sugiere la necesidad por parte de los mismos de que sea el adulto el que asuma la responsabilidad de la concientización.

La solicitud de mayor información ocupó el *tercer lugar* dentro de los requerimientos espontáneos (17.0%), aunque no se explicitó si la información requerida está relacionada al mayor conocimiento de la enfermedad o a las medidas preventivas. No hubo diferencia significativa entre los sexos.

También se requirieron mensajes crudos y directos (11.2%), solicitándolo por igual hombres y mujeres. Si bien no hubo diferencias significativas en cada requerimiento entre ambos sexos (a excepción de la solicitud de mayor difusión), el porcentaje de mujeres fue generalmente mayor que el de los hombres, a excepción de la solicitud de mensajes directos y el pedido de no discriminar.

Cabe destacar que hubo requerimientos que sólo se expresaron en los jóvenes universitarios, tales como mayores recursos, mayor interacción con la gente y la inclusión de enfermos en las campañas. Por otro lado, sólo en los adolescentes de los colegios secundarios se solicitó no asociar las campañas al miedo.

En cuanto a los requerimientos espontáneos también se observaron diferencias significativas entre ambos sexos en la población de 18 años y más con relación a la mayor información y mayor difusión, siendo nuevamente las mujeres quienes más lo requirieron.

En conclusión, los resultados obtenidos demuestran una gran disconformidad de los adolescentes y jóvenes con las campañas de prevención. Asimismo, los requerimientos

espontáneos se presentan con características y jerarquías diferentes según la edad y sexo de la población, lo que sugiere la necesidad de crear vías alternativas de educación preventiva acordes con la edad y sexo de la misma.

2) *Población del equipo de salud*

Los medios masivos de comunicación fue la fuente de formación más mencionada, seguida de fuentes relacionadas a la profesión, como son los médicos, el material impreso, las conferencias y los profesores.

1. Actitudes y Opiniones frente al sida:

El reconocimiento de las situaciones de riesgo por parte de la población entrevistada estuvo acorde con los conocimientos adquiridos. Se observó diferencia de género con respecto al riesgo de la lactancia a cargo de una madre enferma, siendo las mujeres quienes más reconocen esta situación ($p < 0.04$).

✍ Percepción del riesgo, necesidad de contención o protección:

Más de la mitad de la población entrevistada reportó haber tenido cambios en su conducta sexual luego de conocer acerca del sida. Un porcentaje que superó el 75% se consideró en riesgo. Analizada esta situación según ocupación, el personal de enfermería fue el que más percibió el riesgo, seguido por los profesionales. La profesión fue la causa más importante (65 - 70%). Ante la pregunta sobre si se realizarían una prueba de detección del virus, más del 85% respondió afirmativamente. Sin embargo, la profesión ya no figuró como la causa más importante sino que fue la seguridad el motivo prevalente. La importancia de la seguridad como causa de la realización de la prueba de detección del HIV se reflejó nuevamente en aquellos individuos que ya se habían realizado la prueba (27% de las mujeres y 31% de los hombres).

Es importante destacar que aunque la población en estudio demostró poseer muy buen nivel de información, más del 90% de la misma refirió desear más información.

No hubo diferencias significativas de género con relación a la percepción del riesgo y el grado de preocupación por el tema.

✍ Prácticas y actitudes con respecto a la conducta sexual:

A pesar de que la vía de transmisión sexual de la enfermedad fue reconocida por casi la totalidad de los entrevistados, los conocimientos específicos relacionados a las medidas preventivas en esta vía de transmisión no estuvieron acordes al grado de información académica. respectivamente.

Conclusiones: El análisis de los resultados obtenidos de nuestra investigación nos permite identificar varias instancias, a saber:

a) *Disociación entre el nivel de información académica y el nivel de información relacionada a la prevención de la transmisión del virus por la vía sexual:* este aspecto se ve reflejado en la falta de conocimientos específicos relacionados al preservativo (requisitos para un preservativo eficaz, momento de colocación, circunstancias en las que debe ser utilizado, etc.) en una población con un nivel de información académica que permite

el manejo adecuado de las medidas preventivas.

b) *Disociación entre el discurso informativo y el comportamiento preventivo individual relacionado con la sexualidad*: si bien existe coherencia entre la información y el comportamiento preventivo relacionado a la práctica profesional (Ej.: utilizar guantes en individuos que sangran, solicitar información sobre esterilización de material quirúrgico, etc.) es clara la disociación con respecto a la conducta sexual.

La discrepancia evidente entre la información que maneja el personal de salud y sus modos de comportamiento individual se puede explicar a partir de las diferencias entre el aprendizaje de conceptos (información) y el aprendizaje de conductas y modos de comportamiento.

c) *La información es incorporada por los sujetos como nivel simbólico de la representación de la realidad*. Existen ciertas reglas que hacen que la información adopte la forma de discurso. Estas reglas provienen de la lógica y la lingüística y son las que exigen coherencia interna y correspondencia externa para validar la información .

Si bien el nivel discursivo es una parte integrante de los modos de comportamiento desarrollados por los sujetos, es necesario considerar que no existe una coherencia interna explícita necesaria entre todas las formas de manifestación de un modo de comportamiento, es decir, no necesariamente el discurso de un sujeto se corresponde con sus prácticas con relación a una realidad aludida.

En este sentido la información pierde todo su valor como aprendizaje, así la información verbalizable actúa muchas veces como una forma de racionalización que enmascara las limitaciones de los sujetos expertos (léase personal de salud) para desarrollar un cambio de actitudes.

Cuando hablamos de actitudes nos referimos a un estado interno que influye la selección de la actividad individual realizada por la persona. Se considera que las actitudes constan de componentes afectivos, aspectos cognoscitivos y consecuentes conductuales. Es aquí donde planteamos la posible explicación de la discrepancia: la diferencia entre la información que maneja el personal de salud y sus modos de comportamiento se produce porque el componente afectivo de las actitudes permanece estable a pesar de la incorporación de la información.

En este sentido, el aprendizaje debe partir de concebir al individuo como un todo armónico. Cuando hablamos de aprendizaje debemos tener en cuenta tres dimensiones: los *aprendizajes teóricos*, los *aprendizajes sociales* y los *aprendizajes prácticos*. Si bien esta afirmación puede parecer contradictoria, no lo es en consideración a los resultados obtenidos de esta investigación. El manejo de conocimientos académicos del personal de salud nos demuestra una hipertrofia de la dimensión teórica del aprendizaje (información), provocando una disociación respecto al aprendizaje práctico y social que son los que determinan, en última instancia, los comportamientos. Esto es particularmente riesgoso en esta población si consideramos que para el imaginario social, el personal de salud constituye el mejor modelo para desarrollar aprendizajes relativos a la adquisición de medidas preventivas. Al ser éste el referente de la comunidad se multiplica entonces, el efecto de la disociación entre las dimensiones del aprendizaje.

d) *Diferencias de género con respecto al comportamiento sexual*: si bien no hubo diferencias significativas importantes entre ambos sexos con respecto al conocimiento académico, éstas aparecen claramente cuando se analiza el comportamiento relacionado a la sexualidad. La mujer parece conocer menos sobre el preservativo, y si bien puede influir en su pareja con respecto a su uso, el hecho de que no participe activamente en la

provisión del mismo sugiere que este rol específico está delegado en el hombre, dándole de esta manera mayor control de la situación en un hecho de carácter interpersonal y disminuyendo así el poder de decisión de la mujer dentro de la pareja.

Aquí vemos nuevamente la disociación entre el aprendizaje teórico y el aprendizaje práctico y social, disociación agravada en este caso particular, por la estructura social que afianza a la mujer en su rol tradicional dentro de la comunidad focalizado en la maternidad y el trabajo doméstico. Actualmente las mujeres compiten con los hombres en la dimensión académica. Sin embargo cuando se trata de aprendizajes sociales y prácticos reñidos con la estructura social, éstos se dificultan.

e) *Asociación con conductas de riesgo relacionadas al uso y abuso de drogas*: existe cierta similitud entre las opiniones acerca del poder de decisión de eliminar una conducta nociva como es el consumo de drogas y la ausencia de medidas preventivas relacionadas a la sexualidad. La expresión de estas opiniones y actitudes pudieran reflejar conductas de autosuficiencia: “yo puedo” ó “a mi no me va a pasar”. Continuando dentro de este marco conceptual, observamos que los mismos aprendizajes sociales se expresan en dos manifestaciones diferentes del comportamiento:

✍ Sensación de omnipotencia del sujeto frente a la droga.

✍ La situación de riesgo que siempre atañe a otro y no a uno mismo, aprendizajes estos en los que el sujeto no está comprometido con su medio interno sino que se apoya en los aprendizajes teóricos que lo liberan del compromiso de estar incluido en las mismas situaciones que los demás. Apoya esta afirmación el deseo de mayor información expresado por los sujetos relevados. Esto se corresponde con el pensamiento mágico de que la información brinda protección.

En conclusión nuestros resultados indican que la disociación entre los aprendizajes teóricos y los aprendizajes sociales y prácticos observados en el personal de salud aparece como un elemento obstaculizador dentro del proceso de aprendizaje de la comunidad para acceder a cambios en los modos de comportamiento hacia actitudes preventivas.

Sostenemos que es a través del hecho educativo armónico que la comunidad debe intentar que estos diferentes niveles del aprendizaje encuentren el equilibrio necesario para que el comportamiento sea adaptativo.

3) *Población estudiantil*

Conocimientos acerca del sida y otras enfermedades de transmisión sexual:

El análisis de los conocimientos acerca del sida reveló que la información que manejan es muy buena en ambos sexos, principalmente aquella relacionada a las vías de transmisión, edad en la que se transmite el virus, síntomas de la enfermedad, concepto de portador asintomático e importancia de la presencia del virus en el contagio. El conocimiento del AZT se observó en el 56-60% de los estudiantes y la mayoría (cerca del 90%) desconocía el período de ventana. En estos ítems no hubo diferencia significativa de género.

Las fuentes de información reveladas fueron principalmente los medios masivos de comunicación (MMC), seguido por los profesores y el material impreso.

Si comparamos estos datos con los obtenidos de la población del personal de salud observamos que la diferencia en los conocimientos entre ambas poblaciones no es muy

grande (con la excepción del concepto de período de ventana), y que si bien los MMC aparecen como primer referente de la información en ambos grupos, el resto de las fuentes son diferentes.

Con relación al conocimiento de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), cerca del 80% conocía la sífilis y menos de la mitad tenía información sobre la blenorragia. Cerca de un 20% de los estudiantes reconocía la hepatitis B como ETS.

1. Conocimiento, actitudes y opiniones acerca de situaciones de riesgo y medidas preventivas adecuadas:

El análisis de las actitudes con respecto al sida demostró que el 57% de los varones tuvo cambios en su conducta luego de conocer acerca del sida. Este porcentaje fue significativamente menor en las mujeres (27%, $p < 0.0005$). Más del 70% se consideró en riesgo de contagiarse el virus y la causa prevalente fue las situaciones de riesgo (cerca del 80% de los estudiantes), o sea situaciones que no dependen de ellos mismos. Las conductas de riesgo se mencionaron como causa en menos del 30% de la población.

2. Actitudes prácticas y opiniones acerca de la sexualidad y el sida:

Con respecto a la actitud frente a la primera relación sexual, el 60% de las mujeres habló del tema sida con su pareja y ésta la tranquilizó. Este porcentaje fue significativamente menor en los varones (42%, $p < 0.05$).

3. Prácticas, actitudes y opiniones acerca de la drogodependencia:

Con respecto a la relación que pudiera existir entre el alcohol, la droga y el sida, cerca del 40% comentó que existe una relación entre ellos. No obstante, el 50% reportó que la relación sólo existe con la droga y no con el alcohol.

Conclusiones y discusión de esta área:

El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas a los estudiantes nos permite comentar, las siguientes inferencias:

a) *Necesidad de contención ante situaciones angustiantes:* esta actitud, que no se observa en el equipo de salud, aparece como una característica obligada en la población adolescente y se expresa en la búsqueda continua de los padres como referentes de información y de contención. También se observa notoriamente cuando se les solicita el motivo por el cual comentarían si son HIV positivos, pues la ayuda aparece como una razón muy importante (30% de los adolescentes).

b) *Necesidad de asegurarse que no son portadores de la enfermedad:* que se refleja en las opiniones acerca de las medidas preventivas, donde se refiere frecuentemente la importancia de concurrir periódicamente al médico o realizarse pruebas de detección del HIV de manera periódica. El motivo "SEGURIDAD" vuelve a aparecer cuando se les pregunta la causa por las cuales se realizarían una prueba de HIV. Esta necesidad de seguridad también se observa en el personal del equipo de salud y no se correlaciona adecuadamente con el nivel de información que poseen.

c) *Importancia del papel de los padres en temas relacionados al sida, sexualidad y*

drogadependencia: llama la atención que los padres ocupen un papel preponderante como informantes, ya que en esta etapa particular de la vida el adolescente tiende a romper sus lazos con los padres para poder así identificarse como persona única y adulta. Los cambios sociales de los últimos años que han favorecido la desestructuración familiar y permitido mayor flexibilidad en los roles dentro del núcleo primario, quizás sean en parte la respuesta a esta situación, ya que el adolescente no puede "romper" lazos que no estén previamente bien definidos. La pareja todavía, no juega un rol importante, ya que no aparece prácticamente como referente de contención o comunicación.

d) *Disociación entre el aprendizaje "teórico" y el aprendizaje "práctico":* si bien existe un muy buen manejo de la información con respecto a las vías de transmisión del sida, sus síntomas y tratamiento, conceptos de portador asintomático o presencia del virus en el contagio, etc., se observa una importante falencia con respecto a los conocimientos prácticos acerca del uso del preservativo. Esta disociación puede deberse quizás a la falta de información específica (temas tabúes) o el rechazo a los cambios de conductas sexuales como modos de prevención.

e) *Cambio social con respecto al comportamiento sexual:* en este ítem en particular se observaron grandes diferencias con relación a la conducta sexual, si se compara con el comportamiento del personal del equipo de salud: casi la mitad de los adolescentes reportaron una vida sexual activa, lo que indica un comienzo más temprano de las relaciones sexuales. También se observó que la primera relación sexual fue planeada en un importante porcentaje de estudiante y compartido con una pareja que también experimentaba por primera vez. Por otro lado se observó que un bajo porcentaje de la población reportaba más de un compañero sexual durante el último año, paradójicamente, en una etapa de la vida donde la búsqueda de compañeros se acentúa y el concepto de tiempo de permanencia en una relación sentimental es muy corto. Estas prácticas y actitudes pudieran reflejar, de alguna manera, la existencia de normas sociales menos restrictivas con respecto al comportamiento sexual. Asimismo pueden explicarse como mecanismos preventivos hacia el sida, que de alguna manera se han incorporado más allá de la intelectualización de la información.

f) *Disociación entre los conocimientos acerca del sida y las prácticas sexuales:* si bien existen diferencias entre la información que manejan y la deficiencia en las medidas preventivas en el uso del preservativo o actitudes ante una primera relación con una pareja nueva, éstas son menores a las observadas en la población adulta (personal del equipo de salud y población del conurbano). Parecería que los adolescentes han crecido con la enfermedad, hecho que les ha permitido adaptarse de mejor manera al cambio de comportamientos.

g) *Influencia de los pares:* esta se observa claramente en las prácticas y actitudes relacionadas al uso y abuso de drogas, donde la diferencia de género en las prácticas del fumar, o consumir marihuana o cocaína se repite cuando se responde acerca del hábito de los pares. Existe pues, una relación directa entre las prácticas realizadas por el adolescente y las que realizan sus pares.

h) *Diferencias de género:* existen diferencias significativas de género en relación tanto a la sexualidad como al uso y abuso de drogas. Si bien las adolescentes mujeres reportaron utilizar el preservativo en mayor proporción que los varones, la adquisición del mismo es un rol que todavía se le otorga al hombre. No obstante, pareciera haber una mayor incorporación del poder de decisión compartido con respecto a la conducta sexual, ya que los porcentajes de las adolescentes que alguna vez compraron llevaron consigo un preservativo fue significativamente mayor que el porcentaje observado en

las mujeres adultas (personal de salud y mujeres del conurbano). Los cambios sociales hacia normas menos restrictivas en cuanto a sexualidad jugarían un papel importante en esta diferencia.

Por otro lado las adolescentes manifiestan mayores medidas preventivas que los varones. Esto se observa en actitudes y prácticas tales como utilización del preservativo, planificación de su primera relación sexual, conocimientos prácticos sobre colocación del preservativo y decisión de hablar sobre el tema sida con su pareja antes de la primera relación sexual. Estas medidas preventivas parecen estar incorporadas desde los comienzos de la vida sexual activa, ya que el porcentaje de mujeres que reportó cambios en su conducta sexual ante el conocimiento del sida fue significativamente menor que el de los hombres. El mayor porcentaje masculino involucrado en el uso y abuso de drogas podría ser explicado en parte debido al rol social de "macho", íntimamente ligado a la sexualidad. Este tipo de conductas de riesgo no son inherentes sólo a la adolescencia, pues también se observan en la población masculina adulta del conurbano.

La opinión acerca del poder de decisión de eliminar una conducta nociva, como es el consumo de alcohol, marihuana u otras drogas también establece una clara diferencia de género, y refleja conductas masculinas de autosuficiencia relacionadas al machismo.

Para concluir diremos que, si bien se observa una disociación entre los aprendizajes y los aprendizajes prácticos y sociales, esta disociación es menor a la, observada en la, población adulta, lo que indica cambios de conductas emergentes y que se exteriorizan de manera preponderante en la población femenina.

Parte de estos resultados fueron presentados en el VII Simposio de Pediatría Social en la ciudad de Salta, abril 1996, y actualmente existe un manuscrito en preparación.

Los resultados de nuestra indagación acerca de las percepciones de un grupo de adolescentes sobre educación sexual nos permitieron analizar las relaciones entre Formación Docente y Educación Sexual. Relevando las opiniones, imágenes, representaciones y expectativas hacia la Educación sexual de estudiantes adolescentes. Esto nos permitió aproximar las siguientes conclusiones: Para relevar percepciones y expectativas de un grupo de adolescentes de La Plata (396: 235 mujeres y 157 varones) se aplicaron encuestas autoadministradas. En ellas se constató que más del 80% manifestó expectativas con respecto a recibir educación Sexual de la Institución de pertenencia. Poco más de la mitad (51%) considera que los docentes actuales disponen de conocimientos al respecto. Su participación como alumnos está referida principalmente a: Selección de temas (56%) y Contactarse con profesionales (44%). El 95% afirma que le corresponde a la escuela suministrar educación sexual en todos los niveles educativos, y sólo el 14% percibe a los padres como los únicos responsables de la educación Sexual. Los resultados sugieren la necesidad de avanzar en el análisis de las relaciones entre Formación Docente y Educación Sexual.

4) *Población del conurbano:*

Actitudes con respecto al sida y opiniones acerca de posibles situaciones de riesgo y medidas preventivas adecuadas:

Con respecto a las actitudes frente al sida, el 47 % de los hombres reportó haber tenido cambios en su conducta sexual luego de conocer acerca, de la enfermedad. Este porcentaje significativamente menor en las mujeres (24.5%, p menor que 0.05).

A diferencia de lo observado en la población estudiantil y del personal de salud, el médico aparece como el primer referente cuando se les pregunta con quien comentarían su seropositividad. El 60% de la población de ambos sexos consideró que el destino jugaba algún papel en el contagio. Este fue ligeramente mayor al observado en las poblaciones del personal de salud y estudiantil.

Cerca de la totalidad de los entrevistados solicitó mayor información.

Reflexiones

Hasta aquí los datos y conclusiones provisionarias que los mismos son capaces de fundamentar. ¿Pero es esto suficiente a la hora de diseñar e implementar estrategias intervencionistas superadoras?. Nuestra respuesta negativa nos exige una discusión profunda de otros modos de abordaje complementarios al anterior.

Reconocemos que muchos han sido hasta ahora los intentos de disminuir esta tendencia al aumento de situaciones de riesgo de las poblaciones jóvenes y particularmente de la mujer, frente a la infección por VIH, sin que los mismos hayan logrado detenerla y menos disminuirla. También es necesario reconocer que los esfuerzos en encontrar modos de investigación que pongan la mira en los modos de interacción dinámica entre la salud y la educación, en su contexto, y desde un trabajo interdisciplinario, parece ser una propuesta poco frecuente pero quizá más apropiada para aproximarnos a la comprensión de la complejidad de la articulación salud-educación en su espacio sociocultural, capaz de incidir positivamente en esta cuestión.

Analizar las interacciones entre las necesidades de cuidado de la salud de la mujer y el nivel de satisfacción-insatisfacción de las mismas en sus contextos sociales es una tarea imprescindible. Por otra parte nos exige una mirada particular que de cuenta de la diversidad de grupos tales como los de adolescentes que requieren de un análisis particular. La interacción dinámica de esta problemática con cuestiones tales como su vinculación con sexualidad, situaciones y comportamientos de riesgo en sus múltiples y diferentes dimensiones, exige un abordaje que incluya la consideración de las interacciones, vínculos imaginarios y representaciones sociales de los sujetos implicados y sus espacios de representación en los que interactúan.

Por tanto en nuestra línea de investigación no podemos hacernos ganar por la aparente seguridad que manifiestan los estudios que se agotan en datos cuantitativos como expectativa de reducción del enorme nivel de complejidad de esta problemática a ciertas perspectivas lineales, desde nuestra mirada nos hacemos cargo de esa complejidad. Por tanto el enfoque metodológico apropiado a este nivel de complejidad nos exige tratar, en principio, de superar la discusión de la validez y oportunidad de aplicación de los modelos de corte más cualitativos o cuantitativos, haciendo uso de los instrumentos más adecuados para cada situación en desarrollo del trabajo. La opción elegida, incluye ambos tipos de instrumentos con dos propósitos diferentes. En primer lugar, la adopción de un instrumento cuantitativo (cuestionario) tuvo por finalidad tomar notas de un contexto amplio y de reconocer los grupos de opinión que marcan cierto tipo de tendencias. Por su parte, la aplicación de instrumentos cualitativos (observaciones y entrevistas) permite reconocer los significados otorgados por las mujeres, mayores y adolescentes, a sus propias prácticas. El uso de ambos instrumentos y la comparación de sus resultados posibilita corregir su diseño a partir de la identificación de sus propios límites y posibilidades. Se realiza el análisis de contenidos del corpus. Aplicación de instrumentos semiestructurados, encuestas de opinión, estudios actitudinales de imágenes y representa-

ciones.

Si tomamos al sistema de salud y educación como los que tienen un rol asignado socialmente en la intervención en esta cuestión corroboramos que por lo general las percepciones que tienen los agentes de salud y los educadores sobre la problemática difieren de las que tienen las mujeres adultas y adolescentes a los que su acción va dirigida. Dado que ellas son las principales protagonistas nos propusimos abordar la indagación relevando las percepciones, opiniones y expectativas de un grupo de mujeres en su contexto.

Los programas y campañas no parecen tener en cuenta las percepciones, los criterios, las actitudes, los estereotipos y las tradiciones compartidas por la población. Particularmente en nuestro medio no se han realizado estudios, desde la perspectiva de género, que versen sobre sus necesidades en salud-educación.

Por otra parte la consideración desde el fundamento pedagógico de que la educación es un proceso en el cual el conocimiento que tenga el educador de las percepciones, criterios, las actitudes, los estereotipos y las tradiciones compartidas sobre las necesidades educativas en salud, influyen (de modo determinante) sobre su posibilidad de transformación de estos fenómenos, consideramos que un primer paso es identificar las percepciones y expectativas y comportamientos de los grupos de modo contextualizado. Hipotetizamos que lo que esté admitido o no dentro de su cultura tendrá una fuerza decisiva a la hora de actuar y a la hora de efectuar cambios hacia comportamiento de autocuidado.

Intentar comprender el comportamiento requiere de la indagación del sentido que, en este caso, las mujeres dan a sus comportamientos. Es necesario identificar los códigos con los cuales dan significación a su situación personal-social, analizar el modo particular en que en cada grupo se le asigna a sí misma una percepción propia y distintiva de la dimensión temporal, estudiar la forma en que se insertan en la sociedad como sujetos sociales, estableciendo el lugar que ocupan en sus vidas temas tales como la autoimagen, la familia, la escuela, el trabajo, el consumo, la discriminación, la salud, la violencia, el ocio, la información y la comunicación, el grupo de pares, entre otros.

Plantear dicha temática nos lleva a pensar en la necesidad de recurrir a la teoría de las representaciones sociales (Moscovici, 1961, 1984, 1994; Jodelet, 1988, 1989) para entender cómo se percibe la sexualidad si se parte de que ésta es una construcción social. Dichas representaciones son construcciones de la realidad socialmente significativa y compartida, formadas a partir de un fondo cultural compuesto por el conocimiento del sentido común y el conocimiento científico. Las representaciones sociales son pensamiento constituido y constituyente, son estructuradas e irreductibles a otras formas de pensamiento social.

Su constitución, basada en los procesos de anclaje y objetivación (Jodelet, 1984), puede influir en las posibilidades que los sujetos tienen para comportarse frente a una situación, en este caso frente a la sexualidad en general, y la educación sexual en particular. El anclaje y la objetivación, actuando conjuntamente, sirven para guiar los comportamientos. La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos (Páez, 1987). Por ser las representaciones sociales mecanismos necesarios para el establecimiento de identidades colectivas y por ende, para la coexistencia y estabilidad social, se les plantea cierta continuidad en el tiempo, sin que por ello se conviertan en nociones estáticas. La interpretación y resignificación les define también un carácter dinámico en la medida que construye permanentemente nuevos códigos y marcos interpretativos orientados que hacen posible que

ellas cambien o se modifiquen. El proceso de cambio representacional implica una afectación de cada uno de los elementos que según Moscovici (1976) las construye.

Un elemento para destacar de la representación social de la sexualidad en las mujeres de nuestra población es su propia percepción acerca de su posibilidad de decisión, de su voluntad y responsabilidad. El pensamiento voluntarista, manifestado por este género, es un aspecto importante para el mejor conocimiento de esa representación y necesita ser considerado en investigaciones posteriores para el cuestionamiento de los programas de educación sexual destinados a los adolescentes y la transformación de la visión que se tiene acerca de la mujer. Tal vez haga falta que las mujeres adultas y las adolescentes integren en su representación social (si no lo tienen ya integrado) esa capacidad de ejercer su voluntad y su capacidad de decisión; pero seguramente, también hace falta que la sociedad, la ciencia, la escuela, la familia, en fin, las instituciones en las que ellos se desarrollan, reconozcan dicha capacidad. Por lo tanto la educación formal y no formal aparece como una función de relevancia en esta cuestión.

De la problemática de la mujer y la infección por VIH/ sida y el papel de la educación

De los resultados de nuestros estudios podemos inferir que el análisis de su comportamiento a lo largo de la evolución de la epidemia de VIH/sida nos puede dar la clave a la hora de tomar decisiones respecto a como responder a la epidemia. Las intervenciones para su control parecen requerir de manera imprescindible de cambios de comportamiento en la mujer que están muy ligados y profundamente a la trama de formación de su historia. La educación transformadora aparece como la trama de sustentación de todas las intervenciones y estas quieren producir “impacto” en la evolución creciente de la epidemia. Esta evidencia encuentra resistencias a la hora de la toma de decisiones si en verdad se quiere efectivizar el acuerdo de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/sida que firmaron recientemente los 189 países miembros que acordaron “*desarrollar una acción más intensa y efectiva para controlar la epidemia en el marco del respeto de los derechos humanos*”. Para ello ¿no será necesario aceptar que la educación es poca atractiva como misión social pues no cumple con el requisito de la inmediatez?. De acuerdo a los resultados de nuestros estudios, es claro que la educación formal no cumple con el objetivo de generar comportamientos de autocuidado al no construir espacios educativos con aprendizajes significativos en esa área. La mayoría de las mujeres finalizan su escolarización al completar la Educación General Básica, lo que significa que lo hacen antes de la edad de mayor frecuencia de infección por HIV. Esto demuestra claramente que si la EGB cumpliera con el objetivo en un principio mencionado, el número de mujeres infectadas debiera verse notoriamente reducido.

Por otra parte si el aprendizaje es significativo logra la transformación del sujeto en un ser humano pensante, participativo, pero también demandante de sus necesidades no satisfechas. En el caso de la mujer el estado de sumisión a esas necesidades básicas no satisfechas le brindan pocas oportunidades de aprendizaje. En nuestras comunidades la misión liberadora de la educación no se ejerce. En la Argentina poco menos que la mitad de la población se encuentra en estado de pobreza (de 37 millones de habitantes en la Argentina 15 padecen esta realidad) Si a esto le agregamos que las mujeres constituyen la población con el crecimiento más rápido en riesgo de infección por HIV, parece que la intervención a través de la educación como modo de modificación de su comportamiento hacia el autocuidado es ineludible.

Aún así, los niveles de discriminación sufridos por las mujeres se ponen en mayor relie-

ve a la hora de analizar su situación con respecto al HIV. Basta recordar a modo de ejemplo las menores oportunidades que recibe para su tratamiento, lo que por sí sólo pone en evidencia otros niveles más sutiles pero no por ello menos dramáticos, de discriminación, sostenidos algunos en las representaciones sociales aún en sus propios medios comunitarios, donde la mirada de culpa-infección sigue centrándose en la cuestión de género.

Bibliografía

- Benat, Jorge (1994) Representaciones sociales de la relación salud-enfermedad. Trabajo de Sintra et col. Posgrado de Salud ocupacional
- Beriain, Joselato(1990) Representaciones colectivas y proyecto de modernidad. Edit. Anthropos.
- Bruner, Jerome (1991) Actos de significado. Alianza Editorial
- Castoriadis, C.(1993), en Colombo, E. El imaginario social. Montevideo, Edit. Altamira.
- Giacomo, J.(1987) “ Teoría, métodos y análisis de las representaciones sociales”, en Páez (obra citada).
- Jodelet, Denise(1986): “ La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”, en Moscovici, S. Psicología Social, Barcelona, Paidós, tomo II.
- Markova, I.(1996) “ En busca de las dimensiones epistemológicas de las Representaciones sociales, en PAEZ y BLANCO (edits.) La teoría sociocultural y la psicología social actual. Madrid, Fundación Infancia y Aprendizaje
- Rouquette, M.(1997) Las representaciones sociales en el marco del pensamiento social. En: Fermentum, Rev. Venezolana de Sociología y Antropología, año 7, n°20.
- Boletín Sobre el Sida En Argentina. Junio(2001) Ministerio de Salud. Unidad Coordinadora Ejecutora HIV/SIDA y ETS. Buenos Aires Argentina.
- Actualizaciones en Sida. (2001) Volumen 9- Número 33-Setiembre 2001- Buenos Aires Argentina.
- Peter McLaren: (1998) “Pedagogía, identidad y poder. Los educadores frente al multiculturalismo”. Homo Sapiens Ediciones. Rosario. 1998.
- Anderson KH Access to antirretrovirals for HIV/AIDS treatment differs by gender, race, ethnicity. Arch intern Med. 2000;160:3114-3120.
- Macroft A.. Are there gender differences in starting PI's, HAART, and disease progression despite equal access to care? J Acquir Immune Defic Syndr. 2000;24:475.482
- Proyecto de Investigación: "INCIDENCIA DE LA INFORMACIÓN EN LOS MODOS DE COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL SIDA” Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata, 1998-2001.
- McLaren, Peter (1998): "Pánico moral, escolaridad e identidades sexuales: la pedagogía crítica y la política de resistencia. En Pedagogía, Ediciones Homo Sapiens. Rosario. Página 105.