



DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

Sandra Susacasa, Jose M Susacasa y Anna Candreva.

candreva@amc.com.ar

INTRODUCCIÓN

En nuestra línea de investigación: Educación para la Salud, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y del Departamento de Pedagogía Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, hemos encontrado en el concepto de género un aporte al análisis de las nuevas problemáticas, que se han visibilizado en nuestra sociedad, vinculadas a la salud.

La actividad de nuestro grupo de trabajo se centra, a través del Programa "Creación de Espacios Educativos como modo de prevención", en el abordaje de las problemáticas de la Educación para la Salud. Una de las áreas del mismo desarrolla proyectos de investigación que dan sustento a los diseños de actividades de extensión universitaria y formación de recursos humanos.

Esta actividad de investigación se dirige a la búsqueda de los conocimientos necesarios para el diseño de un marco teórico, interdisciplinario y referencial, específico para fundamentar propuestas que logren comprometer a los protagonistas. De ese modo intentamos multiplicar la capacitación de todos los niveles de la comunidad, apelando a los recursos de innovaciones educativas y desarrollando estrategias que permitan la construcción de actitudes preventivas y cambios de aquellos comportamientos que no lo son.

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.

MARCO CONCEPTUAL Y FUNDAMENTACION DE NUESTRO TRABAJO

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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 angustiosa 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.

. 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.

Una de las situaciones de desigualdades persistentes que aparece como emblemática es la situación de la mujer frente al SIDA. Este constituye el grupo de más rápido crecimiento de infección por HIV. En la Argentina los primeros casos notificados de SIDA fueron: en hombres 1982, y 1987 en mujeres. Esta diferencia temporal, con una adecuada política pública, habría detenido su expansión. El no haber intervenido a tiempo y apropiadamente, a generado una situación que puede resumirse con algunos datos obtenidos en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS que aún considerando que todos los cálculos sobre el VIH deben evaluarse críticamente, tanto si se basan en encuestas como en datos de vigilancia centinela, son capaces de mostrar aproximadamente que:

- 127.000 (115.000 a 134.000) personas viven con VIH/SIDA en Argentina, de las cuales un 30% desconocerían su situación serológica.

Los datos recogidos a partir de las mujeres embarazadas son especialmente útiles para calcular las tendencias del VIH y, junto a las encuestas nacionales, ayudan a configurar el panorama de la epidemia.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

La epidemia de SIDA en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 31 de diciembre de 2005 un total de 30.496 casos notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Sin embargo al calcular el retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados es de 31.900.

Las provincias que presentan mayor tasa son: Tierra del Fuego y Misiones (36/ 100.000 habitantes), Salta (48/100.000) y Jujuy 61/100000), del otro lado de la curva y por debajo de la media país se presentan Chaco 0,58 / 100.000) y Córdoba, Catamarca y Corrientes con una tasa de 3/100.000 habitantes

La tendencia tanto en Argentina como en el resto del mundo expresa que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres y el número de casos de SIDA en mujeres diagnosticadas anualmente no ha dejado de crecer. Unido esto a que la mayor concentración de casos se ha presentado en edades sexualmente activas, radica la importancia de focalizar acciones de prevención y diagnóstico precoz de VIH o SIDA en la mujer y principalmente en la embarazada, para poder suministrar tratamiento adecuado para la mujer y además evitar así la transmisión vertical. Actualmente una de las Políticas más fuertes se encamina a la erradicación de la Transmisión Vertical del VIH.

Según mostraron las estadísticas, la enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre 20 y 39 años, considerando el acumulado de casos es entre 25 y 34 años, pero los nuevos diagnósticos de SIDA se produjeron con más frecuencia entre 25 y 39 años.

En la población de sexo femenino se puede observar que la distribución por edad de la enfermedad presenta el mayor pico en el rango entre 25 y 29 años, aunque se puede decir que el período de mayor frecuencia es de 25 a 34 años. En la población de sexo masculino la mayor concentración en la distribución por edad en los enfermos de SIDA, es entre 25 y 34 años.

Pero aún hoy la distribución por edad de los casos de SIDA da evidencias significativas de que un grupo de alta vulnerabilidad son los adolescentes, debido a que si la edad de desarrollo de la enfermedad es en el rango que comprende a los adultos jóvenes, significa que hubo muchas posibilidades de contraer la infección durante su adolescencia.

Además, sobre el total de casos, el 24% son femeninos; en el gráfico de pirámide de población se visualiza un incremento proporcional en dicho sector (29%). Como así también, la edad de mayor prevalencia de 25 a 34 años, con leve incremento proporcional de los de 35 a 39 años.

Esta distribución no refleja el patrón de transmisión que sigue la epidemia actualmente.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

En el grupo de casos de SIDA de mayores de 12 años según el sexo se observó que la evolución de las categorías de transmisión ha tenido diferente peso en cada sexo. En mujeres la tendencia decreciente del número de casos en usuarios de drogas inyectables (UDIs) unido al incremento de casos por transmisión sexual desprotegida en heterosexuales, ha dado como resultado que casi el 85% de los nuevos casos diagnosticados de SIDA fueron por transmisión sexual en mujeres heterosexuales, con incremento de la vía de transmisión desconocida para ambos sexos.

En hombres la tendencia es semejante pero no tan marcada. La transmisión sexual en el 65 % de los nuevos casos diagnosticados, dividido de la siguiente manera: el 43% en hombres heterosexuales y el 22% hombres que tienen sexo con hombres. Los UDIs fueron el 21%.

Estos cambios de patrón de la vía de transmisión, se comienzan a visualizar a fines de los 80, principios de los 90, dando como resultado que actualmente una de las poblaciones más vulnerables es la población sexualmente activa y principalmente la población heterosexual de bajos recursos financieros

Asimismo, si se analiza el nivel de instrucción de los nuevos diagnósticos de VIH se observa que el 63% no completo la escuela secundaria, y que además existen grandes diferencias jurisdiccionales. Las provincias de Chubut y Tierra del Fuego no alcanzan al 20% con niveles de educación incompletos, mientras que las provincias de Salta y La Rioja representan más del 90%, mostrando así las diferencias regionales respecto a la población vulnerable y correlacionándose en su mayoría con los indicadores educacionales país.

Debemos contextualizar esta cuestión en nuestros países donde la atención de la salud cada vez es 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 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 las mujeres embarazadas e infectadas tengan acceso a la terapia antirretroviral, 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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 oprimente. Como datos cuantitativos parece suficiente recordar que 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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

- La pobreza, que en nuestro país es del 30%, no permite la utilización de terapias, que se muestran cada vez más eficaces, pero tan caras para toda la población que la necesita.
- La meta que señaló la Cumbre de Naciones Unidas que el 80% de mujeres, embarazadas e infectadas, tuvieran acceso a la terapia antirretroviral, no se logró.

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 2016 Durante la XXI Conferencia Internacional sobre el Sida, que se lleva a cabo en la ciudad sudafricana de Durban, se conocieron nuevos datos sobre el HIV.

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, 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.

Durante la XXI Conferencia Internacional sobre el Sida, que se llevó a cabo en la ciudad sudafricana de Durban, se conocieron datos que no modifican el estado de la cuestión para la Argentina, sobre el HIV. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto para la Medición y la Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington, Argentina es el país con mayor cantidad de nuevos contagios en América del Sur en los últimos diez años: de 2005 a 2015 aumentaron en un 7,8%, es decir, pasaron de ser 2850 a 6320 el año pasado. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud de la Nación informó que en Argentina se registran unas 6000 nuevas infecciones por año y 1400 muertes por Sida.

La investigación, que incluye estadísticas de 188 países y se publicó ayer en la revista *The Lancet HIV*, reveló que en el país existen 120 mil personas (cuatro de cada mil) que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, de las cuales el 70% recibe la terapia antirretroviral para controlar la enfermedad, lo que supera el promedio global de cobertura que es del 41%.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud de la Nación informó que en Argentina se registran unas 6000 nuevas infecciones por año y 1400 muertes por Sida. "La incidencia del VIH en la Argentina indica que en 2015 se infectaban 14,4 personas por cada 100.000", precisó el IHME tras aclarar que los contagios de HIV en Argentina están creciendo más rápido que en otros países. En síntesis Argentina lidera el ranking de países de América Latina con mayor cantidad de nuevos casos de HIV registrados en los últimos diez años con 7,8%. Le sigue Paraguay, con el 4,9%, Bolivia con el 4,8%, Colombia: 4,6%, Ecuador: 3,9%, Perú: 1,7%; Venezuela: 0,4%; Uruguay: -0,5% y Chile con -3,3%. Siendo las relaciones sexuales sin protección, el mayor causante. De acuerdo con el estudio, las relaciones sexuales sin preservativo fueron la principal causa de contagio de HIV en Argentina: 9 de cada 10 personas a las que les fue diagnosticado un resultado positivo entre 2012 y 2014 contrajeron el virus por no usar preservativo en las relaciones sexuales. De ese total, la mitad tuvo encuentros sexuales heterosexuales y la otra mitad homosexuales. En tanto, la transmisión de madre a hijo fue del 1% mientras que el uso de jeringas fue la causa del 0,3% de las infecciones.

Christopher Murray, director del instituto, reconoció que "será difícil que el mundo pueda controlar la epidemia" en los próximos 15 años como lo indican los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. "Todos los involucrados en la salud de la población (investigadores, responsables políticos, profesionales, empresas farmacéuticas, entre otros) tienen que comprender que, aun habiendo más personas viviendo con VIH por más tiempo, no podremos acabar con el sida sin detener las nuevas infecciones", informó en un comunicado a modo de concientización global pese a que las nuevas infecciones de HIV a nivel global disminuyeron un 0,7% entre 2005 y 2015.

En esta trama aparece la situación de la mujer como receptora de las demandas de cuidado y paradójicamente la más vulnerable. Se encuentra frente a la imposibilidad de responder a las exigencias que le generan las representaciones sociales y el rol asignado desde el contexto sociocultural. La socialización estereotipada de acuerdo al género, marca profundamente a hombres y mujeres en su actitud respecto del cuidado del cuerpo y salud.

Desde este marco conceptual se desprenden preguntas a las que debemos buscarle respuestas: ¿Por qué resulta tan difícil que las estrategias, implementadas hasta ahora, ayuden a superar las condiciones de vulnerabilidad de la mujer frente al HIV/SIDA?

Se ha intentado, desde los organismos internacionales fortalecer y coordinar tareas destinadas a la prevención de estas enfermedades, ya se celebró, 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 terapéutica.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 las encuestas, muestran que la mayoría de los encuestados 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 hasta ahora y fuera del contexto educativo.

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 de infectados aumentaron ya que la naturaleza de la enfermedad y su modo de transmisión a través de las relaciones sexuales, imponen grandes obstáculos al trabajo sostenido en la información, debido a las resistencias sociales y culturales que interfieren en la discusión abierta del problema.

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

Parecería 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. Por tanto la indagación de: ¿cuales son los modos apropiados para incidir positivamente en nuestro estado de situación? ¿Cómo implementar acciones de educación formal y no formal? Y muchas otras son requisitos previos a los diseños de programas de intervención. No atender a ello implica el riesgo de actuar por ensayo y error.

ACERCA DE NUESTRO TRABAJO

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

Frente a este estado, si se busca una aproximación a la comprensión de esta problemática, para poder diseñar modos más apropiados de intervención, la construcción de nuevas categorías de análisis como las que permite el concepto género son imprescindibles.

Hemos encontrado necesario el análisis de componentes no manifiestos, muchas veces ocultos, y ahondar en la complejidad de la problemática social. Por tanto hemos debido incluir conceptos, y recursos metodológicos, brindados por la investigación educativa. En este sentido Incluimos el concepto género, por: * constituir una construcción y manifestación de la condición social, tanto de hombres como mujeres. *permitir dar luz a la complejidad de interrelaciones con los componentes fundantes de la sociedad (edad, etnia, etc.).* analizar los valores asignados a lo femenino y masculino que socialmente se expresan en un orden jerárquico de predominio.

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.

El estado de las necesidades de cuidado de la salud colectiva 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 requieren de una revisión reflexiva.

Encontramos esto relevante ya que el logro de cambios de comportamiento de riesgo o la generación de comportamientos de autocuidado, requieren de la perspectiva de género en la elaboración de espacios apropiados a la diversificación en los curricular, la mejor gestión de los programas, el desarrollo de la investigación educativa y la capacitación de los docentes. La equidad de género en la educación permite una mirada diferente y supera como estrategia a la suma de conocimientos y a los conocimientos ya existentes en las asignaturas.

Por todo lo anterior encontramos que la problemática 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 padecen los integrantes más vulnerables de nuestra sociedad 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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 aun 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. 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, estratégica y orientada 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.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

- 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 que el sistema educativo logre 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 Argentina en los últimos 20 años y de los Contenidos establecidos a partir de las Leyes de Educación y Salud Reproductiva no manifiesta 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 y en los espacios de salud no se han implementado acciones de prevención en este sentido, de manera general.

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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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, los estudios de opiniones y actitudes con relación al SIDA, en muestras poblacionales urbanas de hombres y mujeres entre 15 y 50 años, revelan 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, crítico y exigente frente a quienes toman las decisiones políticas que nos involucran a todos.

Esta problemática requiere un tipo de aproximación en el ámbito de la educación y la 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.

Vista esta problemática desde esta dimensión pedagógica 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.

La Metodología que utilizamos se inscribe en la investigación educativa de técnicas: cualicuantitativa, aplicadas. Se analizaron propuestas a nivel Nacional, Provincial, Municipal y de ONGs; datos epidemiológicos. Se fundamenta en el trabajo interdisciplinario. Intenta generar trabajos originales para adquirir nuevos conocimientos, fundamentalmente dirigidos a: Incidir positivamente en la educación para la salud, a través de la investigación de la

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

formación pedagógica de los equipos de salud y educación, para desarrollar el rol de educadores, formales y no formales, de acuerdo a las demandas sociales emergentes.

Propone el análisis de las interrelaciones entre la formación de los docentes y miembros del equipo de salud, vinculados a la educación sexual, los mandatos de la ley, las acciones de Formación Pedagógica implementadas por diferentes instituciones y las necesidades de formación que las de las problemáticas exigen.

De los resultados obtenidos

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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

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.

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.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

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

- *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.
- *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.

- *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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

- *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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

en la dimensión académica. Sin embargo cuando se trata de aprendizajes sociales y prácticos reñidos con la estructura social, éstos se dificultan.

- *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 mí 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.

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 sintomático e importancia de la presencia del virus en el contagio. El conocimiento de la mayoría (cerca del 90%) desconocía el período de ventana. En estos ítems no hubo diferencia significativa de género.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 1a información en ambos grupos, el resto de las fuentes son diferentes.

Con relación al conocimiento de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), cerca de 1 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.

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 de 1 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 1a población.

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 1a tranquilizó. Este porcentaje fue significativamente menor en los varones (42%, $p < 0.05$).

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% comentaron que existe una relación entre ellos. No obstante, el 50% reportó que la relación sólo existe con la droga y no con el alcohol.

Discusión que generan estos datos:

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

- *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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

motivo por el cual comentarían si son HIV positivos, pues la ayuda aparece como una razón muy importante (30% de los adolescentes).

- *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.
- *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.
- *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 sintomático 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.
- *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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

- *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.
- *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.
- *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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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.

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.

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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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. EL COMPROMISO DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA DE VISIBILIZAR COMO PROPIO EL CAMPO DE INDAGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO FRENTE A ESTA CUESTIÓN ES INELUDIBLE. 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 es una tarea imprescindible. Por otra parte nos exige una mirada que de cuenta de la diversidad de grupos de mujeres 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

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 posibilitan 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 representaciones.

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 esta 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.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 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 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 cómo responder a la epidemia. Las intervenciones para su control parecen requerir de manera imprescindible de cambios de comportamiento en la mujer que

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

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 hace años 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 Primaria, lo que significa que lo hacen antes de la edad de mayor frecuencia de infección por HIV. Esto demuestra claramente que si la Educación 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.

Aun así, los niveles de discriminación sufridos por las mujeres se ponen en mayor relieve 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.

A partir de los resultados de los proyectos 11/H 220, 326 y 396 hemos encontrado que las problemáticas vinculadas a la prevención y cuidado de la salud, ponen de manifiesto: * que son abordadas fragmentariamente por distintas propuestas, que por los datos epidemiológicos, muestran no ser eficaces. *Las demandas sociales insatisfechas muestran

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

muchas necesidades, no menos dramáticas que requieren respuestas sociales. *Las estrategias utilizadas no son apropiadas a nuestro contexto.

Los actores sociales involucrados aportan competencias disciplinares que no son suficientes para constituirse en educadores para la salud. Necesidad de desarrollar y utilizar resultados de investigaciones para diseñar políticas sociales, con modelos de análisis y metodología apropiada, cuyos resultados fundamenten estrategias didácticas capaces de lograr intervención social y capacitación de sus actores.

El concepto de género nos permitió dar luz a problemáticas instaladas por la pobreza crítica y la desigualdad persistente la que solo pueden ser atendidas apropiadamente desde las políticas sociales sostenidas en la educación tanto formal como no formal.

El uso de la categoría de género es importante para comprender las diferencias en un contexto social, en un sistema cultural y por lo tanto en la traducción de una representación social. Su inclusión en el campo de la didáctica de las ciencias sociales ayuda a la comprensión de nuevas problemáticas que los cambios vertiginosos de la sociedad imponen. La perspectiva de género es la variable que aportó mucho a nuestro estudio. Esta tiene su origen en las consecuencias de la división sexual, en el trabajo y en la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, lo que hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidado. En este sentido, la cultura ha ido dejando su impronta; condicionado en las personas todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias, mitos, prejuicios y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud.

Los sujetos sociales construyen acordes a su contexto, o sea en relación a los modos sociales que reciben como valores, ideologías y creencias del grupo de pertenencia. En el campo de las prácticas educativas, a la hora de estudiar los obstáculos a la educación para la salud, encontramos que aquellos que generan desigualdades aparecen como los más fuertes. Es por ello que género pasa a ser una categoría de análisis imprescindible. Este concepto nos está permitiendo indagar cuestiones complejas, tales como los fracasos de la educación en la formación de comportamientos de cuidado de la salud. La perspectiva de género orienta la búsqueda de los contenidos apropiados para la educación de la comunidad, con conocimientos suficientes para diseñar propuestas innovadoras, en ámbitos formales y no formales, y da luz a la capacitación docente de promoción de la salud y la prevención. Nuestro objetivo de instalar en la dimensión pedagógica la problemática de la educación para la salud, enfatizando el estudio de la educación sexual, intenta lograr, desde una construcción interdisciplinaria, asumir esta perspectiva.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

Aparece como imprescindible un área interdisciplinar educación-salud para lograr la construcción de un proyecto social que contenga propuestas apropiadas a las necesidades y demandas sociales vinculadas al cuidado, prevención y atención de la salud Interrogantes

De lo expuesto extraemos nuevos interrogantes: ¿Cuáles son los contenidos con los que se forman los integrantes del equipo de salud para abordar esta cuestión? ¿Cuáles son los contenidos significativos para tal formación? ¿Cuáles son las competencias profesionales apropiadas que las nuevas problemáticas de salud requieren? ¿Cuáles son las estrategias y tecnología apropiada a utilizar en las propuestas de intervención con mayores posibilidades de impacto? ¿Cuáles son los contenidos imprescindibles de Psicología Médica para las carreras de las Ciencias de la Salud y Educación?, ¿Cuáles en las prácticas de esos profesionales?. ¿Quiénes orientan una apropiada selección, secuenciación y jerarquización de los contenidos en las propuestas de formación de los profesionales de las ciencias de la salud y educación para formarse en las nuevas problemáticas de la salud? ¿Cómo se diseñan las currículas, los planes, proyectos y propuestas que requiere estas problemáticas? Seguramente este listado seguirá abierto por nuevos interrogantes que la Psicología Médica encontrará al abordar las nuevas problemáticas que se abren en nuestra cultura.

BIBLIOGRAFÍA

- Proyectos de Investigación directora: Anna Candreva: Programa Nacional de Incentivos a la Investigación. : Universidad Nacional de La Plata.
- 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.
- Proyecto de Investigación EDUCACIÓN SEXUAL, DEMANDAS SOCIALES DE CUIDADO DE LA SALUD Y SUS ESPACIOS DE REPRESENTACIÓN. Código 11/H326.
- Proyecto de Investigación EDUCACIÓN PARA LA SALUD: FORMACIÓN PEDAGÓGICA APROPIADA A LAS DEMANDAS SOCIALES DE EDUCACIÓN SEXUAL- H/11-396
- Proyecto de Investigación 11/H520: FORMACIÓN PEDAGÓGICA DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE SU ROL COMO EDUCADORES PARA LA SALUD, DE ACUERDO A LAS DEMANDAS SOCIALES".
- Proyecto de Investigación Proyecto 11/H657 CIENCIAS DE LA SALUD: SU ENSEÑANZA FRENTE A LAS PROBLEMÁTICAS Y DEMANDAS EMERGENTES DE SALUD: EL CASO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA.

DEMANDAS SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD: ¿QUÉ NOS INDICA EL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER FRENTE AL HIV/sida?

- 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, nº20.
- BOLETÍN SOBRE EL SIDA EN ARGENTINA. Ministerio de Salud. Unidad Coordinadora Ejecutora HIV/SIDA y ETS. Buenos Aires Argentina.
- ACTUALIZACIONES EN SIDA. 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
- 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.