

**CREACIÓN DE ESPACIOS EDUCATIVOS COMO
MODOS DE PREVENCIÓN DEL SIDA**

(CREATION OF EDUCATIONAL SPACES AS MEANS OF AIDS PREVENTION)

A. CANDREVA - S. SUSACASA - J.M. SUSACASA *

RESUMEN

La finalidad de este trabajo es presentar algunas reflexiones e intentar formular apreciaciones referidas a la educación y la prevención del HIV, surgidas desde el programa Creación de Espacios Educativos como modos de Prevención de la UNLP. El objetivo general fue implementar un programa de educación para la salud fomentando la educación preventiva, tendientes a mejorar la calidad de vida en la comunidad. Los objetivos específicos fueron: a) Diseñar acciones educativas capaces de generar actitudes de prevención en la comunidad; b) Formación de equipos interdisciplinarios generadores de estrategias educativas; c) Utilizar los medios no convencionales para llegar a toda la comunidad con la información necesaria para promover actitudes preventivas; d) Difundir el programa a través de actividades de extensión universitaria. La implementación del Programa contempla el desdoblamiento y articulación de las siguientes áreas: a) de Investigación; b) de Centralización de la Información y Difusión; c) de Acciones Educativas; d) de Tecnología Educativa.

Conclusiones: Los datos de nuestras incipientes indagaciones, nos indican que las acciones de prevención sólo sostenidas en la información, y aún las que llegan a la comunicación, son insuficientes frente a la complejidad de la cuestión. Por tanto, las campañas requerirán ser diseñadas y evaluadas desde una actitud científica, esto es, ejerciendo registro de todas las variables, incluso de aquellas como los deseos, miedos, negaciones... y de cómo éstas influyen en la perseverancia de comportamientos no preventivos a pesar de altos niveles de información (1995).

De estas indagaciones, partimos para diseñar nuestras propuestas a lo largo de los 10 años de existencia de nuestro programa. En algunas instancias hemos podido desarrollarlas y evaluarlas, y en otras nos hemos quedado con la incógnita de si ésta era válida.

Las dificultades entorpecieron permanentemente nuestra labor, las que no sólo tuvieron su origen en la falta de recursos sino sobre todo en comportamientos de huida, negación y descalificación; lo que explica por qué el trabajo tiene continuidad por ciclos. Reafirmando algunas de las conclusiones de nuestros trabajos de investigación: *los niveles superiores de información no son suficientes para un comportamiento más adaptativo a esta problemática*, ni siquiera para el equipo de educación y/o salud.

* Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - Universidad Nacional de La Plata - Calle Calle 48 entre 6 y 7 - CP 1900 - La Plata - Buenos Aires - Argentina.
Domicilio Postal: Calle 21 A N° 161- City Bell - CP 1896 - Buenos Aires - Argentina.
Correo Electrónico: candreva@amc.com.ar

Por medio de las convocatorias a concursos de proyectos, de distintas entidades: UNESCO, Universidad, Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Educación, CONICET, o por solicitud directa, tal el caso de la Comunidad Europea, la continuidad del programa se da a saltos, de proyecto a proyecto.

En la Universidad se ha recorrido desde el año 1990 (momento en que UNESCO apoyó nuestro Programa) un camino interesante en el área de extensión, pero las necesidades están requiriendo que podamos avanzar mucho más en ese sentido.

Palabras Clave: SIDA - Prevención - Educación.

ABSTRACT

*The objective of this paper is to present some reflections and to attempt to create an appreciation for an approach towards aids prevention involving the UNLP program **Creation of Educational Spaces as Means of AIDS Prevention**. The general objective is to implement a health-oriented education program promoting preventive measures aimed at improving the quality of life in the community. The specific objectives: a) To design educational activities capable of promoting general aids-prevention attitudes within the community. b) The formation of interdisciplinary teams for creating aids-educational strategies. c) To utilize non conventional means in order to bring to the entire community the information necessary to promote aids-prevention attitudes. d) To spread the program through the activities of the University extension. The implementation of this program presupposes the incorporation of an interlinkage between the following areas: a) Investigation, b) Centralization of relevant information and its subsequent diffusion, c) Education-directed activities, d) Education technology.*

Conclusions: The data from our incipient studies would indicate that aids-prevention steps, when merely maintained as items of information, and even those communicated to the public, constitute an insufficient preventive measure, given the complexity of the issue. Therefore, effective campaigns must be designed and evaluated from a scientific point of view: that is, subjecting to a systematic scrutiny all the constituent variables; including those emotional parameters, such as desires, fears, and denials; and the assessing how these factors might promote the onset of non preventive behavior, even in the face of high levels of aids-related information (1995).

For example, in some instances we have been able to develop and evaluate our own proposals, but at other times we have not had the benefit of knowing that our approaches were valid.

Our work has been constantly set back by difficulties, these stemming not only from a lack of resources but also from an attrition of personnel, a refractoriness or denial by influential individuals, and even an outright disqualification by authorities, with all of these counter productive influences being at least more readily explicable in a project, such as ours, that displays a cyclic continuity.

Despite these impediments, we insist on reaffirming certain valid conclusions: higher levels of aids-related information are in no way sufficient to instill the appropriate aids-avoidance and prevention behavior, not even for the educational and medical teams.

In the University since the year 1990 (when the UNESCO first supported our program) there has unfolded an interesting process in the area of extension, but now, present necessities would demand that we be capable of moving much further in those directions.

Key Words: Aids - Prevention - Education.

INTRODUCCIÓN

La finalidad de este trabajo es presentar algunas reflexiones e intentar formular apreciaciones referidas a la educación y la prevención del HIV, surgidas desde el programa Creación de Espacios Educativos como modos de Prevención. Estas se fundan y articulan en torno a puntos de partida que es necesario explicitar para dar lugar a su consideración:

- La acción educadora es la actividad humana capaz de generar modos de prevención cuando esta requiere actitudes y modificaciones de comportamientos sostenidos en normas culturales.
- En este campo, la educación no puede limitarse ni a etapas, modalidades o restricciones de ningún tipo. Fundarse en una concepción de educación permanente en ámbitos formales, no formales e informales, así como apelar a todas las alternativas apropiadas a cada contexto.
- Requiere integrar diferentes disciplinas científicas hacia una mejor comprensión de los fenómenos educativos. Una real tarea interdisciplinaria que sólo es alcanzable por medio de un desarrollo de la investigación educativa, suficiente para sustentar propuestas pedagógicas innovadoras, que permitan intervenir positivamente en esta problemática.

El programa Creación de Espacios Educativos como modos de Prevención del HIV está fundado en estos sustentos.

Se propone contribuir al desarrollo de actitudes, modos de vida, hábitos que permitan enfrentar los riesgos a los que se ve sometida la salud de la comunidad. Requisitos imprescindibles para cimentar una sociedad madura y responsable, capaz de generar respuestas y estrategias con los recursos existentes.

Se intenta llevar a cabo acciones que incentiven la creatividad, responsabilidad y solidaridad social como modos de prevención en salud.

Está dirigido a comprometer a los protagonistas de la acción educativa y a multiplicar la capacitación en todos los ámbitos de la comunidad, en favor de la prevención. Se apela a los recursos de innovaciones educativas y técnicas, que faciliten la formación necesaria para generar actitudes que eviten el uso indebido de drogas y SIDA.

En esta línea, el programa ha centrado su actividad en acciones concretas de participación. Se han diseñado estrategias tendientes a articular y desarrollar tareas comunes entre las Unidades Académicas de esta Universidad, y la comunidad de su área de influencia.

FUNDAMENTACIÓN

La conciencia crítica de una creciente situación de riesgo, adquiere connotaciones de enorme dimensión en esta temática. El abordaje implica más que una investigación o actualización de lo existente, representando un auténtico esfuerzo capaz de lograr cambios de comportamiento que respondan a la necesidad de crear modos de prevención del SIDA.

Frente a este compromiso son necesarias transformaciones, tanto en los niveles de investigación como de acción educativa, orientadas a satisfacer las necesidades de los programas de prevención.

La creación de espacios educativos es necesaria si se pretende elevar la calidad de vida de la población. Para alcanzar la máxima eficacia en el menor tiempo posible, es fundamental generar acciones en todos los niveles y con todos los recursos que se pueda contar.

La optimización de la educación por medio de un trabajo cooperativo, entre integrantes de equipos de docentes y estudiantes de distintas áreas, permite una capacitación que no disocie el discurso de la práctica. En relación a este tema, los modos de comportamiento de la población influyen de manera preponderante sobre las situaciones de riesgo, lo que se manifiesta en el significativo aumento de los casos de SIDA en nuestro país, relacionados principalmente con el incremento de la drogadicción y a la ausencia de educación sexual.

Dado que las actividades educativas requieren plantearse en el marco diagnóstico de los modos de comportamiento, el presente programa debe necesariamente sustentarse en la investigación.

Dan cuenta de esta situación los datos epidemiológicos aportados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en su Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (1982-1998) revelando que el alrededor del 88% del total de casos de SIDA se concentra en: Provincia de Buenos Aires (42%) (fundamentalmente en el conurbano bonaerense), Capital Federal (34%), Provincia de Santa Fé (7%) (sobre todo en la ciudad de Rosario) y Provincia de Córdoba (4,5%).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) tiene un aumento sostenido sobre todo en las Américas. De las estimaciones más recientes del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde consta que finales de 1998 el número de personas que viven con HIV habría aumentado a 33.4 millones (un 10% más que hace un año), más del 95% de las personas infectadas viven en el mundo en desarrollo, 1.4 millones corresponden a América Latina y 890.000 a América del Norte.

En América del Norte y Europa se evidencia un número menor de defunciones, pero aparentemente ningún avance significativo en cuanto a la prevención, ya que

las tasas de infección por el virus permanecen sin variación en el último decenio. Esto evidencia que en esos países la disponibilidad de nuevas combinaciones medicamentosas a ha logrado que personas con HIV, puedan vivir por más tiempo con mejor salud.

En América Latina, las infecciones se concentran en varones que tienen relaciones sexuales con otros varones y en consumidores de drogas endovenosas, aunque la propagación heterosexual es especialmente elevada en el Caribe y va en aumento en los otros países de la región, especialmente el Brasil.

Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años y el 50 % de las nuevas infecciones se producen en personas de 15 a 24 años, ciclo de la vida en el cual la mayor parte de las personas inician su vida sexual, lo que demuestra que se concentran cada vez más en los grupos de edad más joven si lo comparamos con el 10.5 % que acaparaban en 1991.

Esta especial vulnerabilidad de los jóvenes, se debería a muchas razones: no tienen información sobre el HIV o las ETS, o si la tienen, no saben cómo evitar la infección; aunque el informe pone en relieve que las personas más jóvenes adoptan un comportamiento sexual más seguro si tienen información, conocimientos prácticos y medios necesarios (en Chile el grupo que más usa preservativos es el de 15 a 18 años) y que este comportamiento sexual más sano también se evidencia en los países desarrollados (en EUA aumentó la frecuencia de la abstención y el uso de preservativos).

En la Argentina en 1997, la tasa anual de casos de SIDA estimada (ya que se presume importante el subregistro de la afección) fue de 54.58 y la de 1998 (provisoria) de 28,73 por millón de habitantes. El número total de casos acumulados desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de marzo de este año es de 14.289, de los cuales la edad mediana para los hombres fue de 32 años y de las mujeres de 26 años. De los casos notificados, el 40 % de los hombres tenía entre 15 y 29 años y las notificados se hallan entre los 20 y 29 años y el 47% de las mujeres formaban ese mismo grupo etáreo. Estos datos revelan que el SIDA indudablemente afecta en forma creciente a los grupos de jóvenes, y que ha ido en aumento la afección de las mujeres, ya que la relación hombre-mujer de los casos fue en 1998 igual a 2,6 (siendo en 1997 de 3,2). Los vías principales de contagio son la adicción intravenosa (por el uso compartido de jeringas) (41%), las relaciones sexuales sin protección de hombres con hombres (26.4%), de hombres con mujeres (20.2%), ha sido la de mayor velocidad de crecimiento) y la transmisión vertical (6.8%).

Las características de esta epidemia en la Argentina fueron bien explicitadas por el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano, ETS y SIDA, que según los acuerdos internacionales la clasifican en: *incipiente*, *concentrada*, *generalizada*, con una localización *urbana* (el 93% de los casos se dan en las grandes ciudades), dependiente de un proceso de *marginalización* y *pauperización*, y tendiente a una *feminización* y *heterosexualización*.

Dentro de los factores de riesgo, es necesario tener en cuenta que las cifras indican que en el grupo de menores de 30 años estaban el 60% de las personas que creían haberse contagiado por ADIV, el 43% de los que creían haberlo hecho por haber mantenido relaciones heterosexuales sin protección y sólo el 30% de los

que atribuían al haber mantenido relaciones sexuales con otro hombre sin protección a la forma de contagio.

Otro dato importante a tener en cuenta es que el 46.9% de personas con SIDA no han alcanzado el nivel medio de la formación escolar (analfabetos y primaria incompleta o completa).

Dado que esta enfermedad carece de vacunas y de tratamientos específicos de cura para combatirla, y que no nos encontramos dentro del grupo de países capaces de proveer los nuevos combinados terapéuticos a toda la población afectada, la única medida contra ella radica en modificar las conductas individuales a través de la educación y de las prácticas de prevención. Estos cambios, tanto de conocimientos erróneos, como de actitud y de comportamiento, se logran después de un largo y dificultoso proceso. Intentar modificar estas conductas hace necesario conocer las características culturales, psicológicas y sociales de ellas y enfatizar la responsabilidad individual. Los métodos a utilizar pueden ser variados; y también, se debe reconocer la importancia de las influencias sociales a partir de múltiples recursos.

En conclusión, los datos epidemiológicos revelan que el SIDA se ha instalado en la Argentina con una creciente incidencia en los grupos adolescentes y juveniles (y específicamente las mujeres jóvenes), quienes se hallan en mayor situación de riesgo frente a la enfermedad, ya que es en esas edades que inician e intensifican su actividad sexual y el uso de drogas. Esto hace necesario tener información específica sobre la idea que tienen sobre el VIH y SIDA y los modos de transmisión y además, sobre las características que requieren en cuanto a las campañas de prevención y educación. El control de la epidemia puede depender entonces de los programas de educación para la salud, dirigidos a los adolescentes y jóvenes principalmente, dado que son ellos los que a esta edad pueden adoptar conductas de prevención, disminuyendo así los índices de infectados. En esos programas se debe tener en cuenta las necesidades, requisitos y conocimientos previos de este grupo etéreo, haciendo que los programas se adapten a esta población particular.

En pocos trabajos se hace referencia a las opiniones y requerimientos de los adolescentes y jóvenes sobre las campañas de prevención. En ellos se evidencia la importancia que le dan a programas desarrollados en las mismas escuelas.

Frente a este desafío, son necesarias transformaciones y articulaciones entre los niveles de investigación, acciones educativas y tecnología educativa; las que dirigidas a satisfacer las necesidades de la comunidad en la prevención.

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de educación para la salud fomentando la educación preventiva, tendientes a mejorar la calidad de vida en la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar acciones educativas capaces de generar actitudes de prevención en la comunidad.

- Formación de equipos interdisciplinarios generadores de estrategias educativas.
- Utilizar los medios no convencionales para llegar a toda la comunidad con la información necesaria para promover actitudes preventivas.
- Difundir el programa a través de actividades de extensión universitaria.

ANTECEDENTES

La salud integral de los individuos es entendida desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento primordial para el desarrollo social de los países y el mundo en general. El individuo y el conjunto necesitan de niveles críticos de bienestar y respuesta social para poder cumplir con sus aspiraciones de contribuir al desarrollo.

El bienestar no se logra si no existen también niveles críticos de calidad de vida en términos de derechos elementales para el ser humano.

La salud, bienestar de los individuos, puede concebirse y caracterizarse dentro de un contexto de interrelaciones muy dinámicas de tres sistemas básicos: biológico, psicosocial y medioambiente, tomando como ejes integradores procesos básicos tales como:

- crecimientos / maduración / diferenciación
- desarrollo integral basado en los aportes de los microambientes
- ejercicio de la sexualidad y sus implicancias en el proceso reproductivo

Debe mencionarse aquí la importancia de un atributo fundamental del ser humano, que marca de manera profunda la personalidad: la manera de sentir, de pensar, de actuar, de verse a sí mismo y a sus semejantes. Este aspecto esencial está siendo cada vez más postergado a nivel social, familiar e individual. La enorme confusión en la escala de valores, el proceso de aculturación, las conductas incongruentes con el aspecto formativo educacional, la pérdida de foro, interés y cuidado por lo cualitativo, hacen que la comunidad, particularmente los adolescentes y jóvenes, se sienten carentes de orientación y contención.

Por otro lado, la influencia de los microambientes en el estado de salud es muy importante y puede ejercerse en ambos sentidos: a favor o en contra de la salud integral. Desde el punto de vista de la salud psicosocial, pueden surgir muchos problemas por la acción de factores tales como la familia, el lugar de trabajo, la escuela, la universidad, etc.

Es importante que se reconozca que muchas personas están expuestas a más de un ambiente en el mismo día, y que por lo tanto los riesgos pueden sumarse y potenciarse. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que cada uno de los ámbitos mencionados puede ser objeto de acciones para promover la salud y desarrollo, y para prevenir daños biológicos y psicosociales. Para conocer y contar con el apoyo social e intersectorial, es necesario actuar donde los individuos se encuentran, identificando los factores de riesgo a los que están expuestos y qué actividades y estrategias pueden ser desarrolladas con mayor éxito de acuerdo a cada situación.

Muchos de los problemas de salud de la comunidad se encuentran ligados a su comportamiento, siendo las conductas riesgosas una consecuencia negativa del mismo.

Dentro de estas actitudes o factores de riesgo deben detectarse fundamentalmente los aspectos relacionados a la sexualidad y conducta reproductiva, y los aspectos relacionados con el uso indebido de drogas.

1. ASPECTOS RELACIONADOS A LA SEXUALIDAD Y CONDUCTA REPRODUCTIVA:

Durante los últimos veinte años, la revolución sexual ha modificado notablemente los papeles que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad. Los jóvenes y adultos de hoy no son inmunes a las fuertes alusiones al sexo en la televisión, películas, música. Para que los individuos puedan decidir en forma responsable lo que desean hacer con respecto a su vida sexual, deben recibir mensajes igualmente francos de la comunidad acerca de las consecuencias de sus decisiones: embarazos, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, abortos, hijos y la necesidad de planificación familiar.

Las conductas de riesgo relacionadas a la vida reproductiva toman vital importancia en la adolescencia y juventud.

La paternidad y la maternidad son roles de la edad adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, impone a los jóvenes una sobreadaptación a esta situación para la cual no están emocional ni socialmente preparados. El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es conscientemente deseado. Obedece en general a una serie de causas psicológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las distintas poblaciones en las que este fenómeno se ha estudiado. La sociedad en general condena los embarazos precoces más por la falta de previsión que por las consecuencias acarreadas. Pero esta sociedad no facilita a los jóvenes el llegar a soluciones maduras para enfrentar el problema: sanciona pero no forma.

Por otra parte, los conocimientos sobre metodología anticonceptiva, en general son inadecuados e insuficientes. La población se resiste a utilizarla al no tener la información adecuada. Las fuentes de información más comunes a las que recurren los individuos son principalmente sus pares, quienes manejan los mismos códigos comunicativos pero carecen de información suficiente, lo que se traduce en una comunicación estéril con respecto a este tema.

La sexualidad no consciente, así como la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, trae aparejado la aparición de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estas producen una elevada morbilidad en la comunidad, particularmente en los jóvenes. La mayoría de las veces son también señales que alertan y facilitan la detección de problemas generales de la salud física y mental, y por ende pueden considerarse *enfermedades centinela*.

Una ETS puede encubrir problemas subyacentes, tales como la promiscuidad asociada a una depresión clínica, un embarazo no deseado y situaciones emocionales complejas (celos, rabia, desilusión, etc.). No es raro que una o más ETS se repitan durante la adolescencia y juventud y la reinfección es frecuente.

Dentro de las ETS es, sin dudas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la que en la actualidad concentra toda la atención de los equipos de salud.

A nivel mundial existen 33.400.000 personas que viven con el HIV/SIDA, de los cuales la mayoría son portadores sanos que se transformarán en enfermos en los próximos años, ya que al tratarse de un virus de acción lenta puede tardar una década o más en causar una enfermedad grave o la muerte. Esta cifra es un 10% mayor que hace tan sólo un año, y una décima parte de las personas recién infectadas en este último año han sido niños.

2. ASPECTOS RELACIONADOS AL USO INDEBIDO DE DROGAS:

La motivación por la cual los individuos inician el uso del alcohol o las drogas es de origen múltiple. Si bien la curiosidad es un fenómeno universal, se agregan a ella una serie de factores como son el uso por parte de los padres o pares, una forma de ganar aceptación social, el resultado de baja autoestima, la búsqueda de cambios efectivos y preceptivos, el vencer la timidez en situaciones sociales, al alivio a una situación estresante, el desafío a la autoridad presenta en los adolescentes, una forma de combatir el aburrimiento, para facilitar una relación sexual, en respuesta a los mensajes publicitarios que asocian el fumar o beber con el sex appeal y la madurez.

Es en esta problemática de las conductas de riesgo donde se necesita adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas permanentes que abarquen:

- 1) Investigación diagnóstica, epidemiológica y operacional.
- 2) Programas de enseñanza-aprendizaje y capacitación.
- 3) Educación y entregas de servicios de salud en los varios niveles con énfasis en el nivel primario.

La incorporación del concepto de *prevención continua* en la programación de la salud de la comunidad permite entender que previniendo ciertos factores de riesgo es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida, ya que esos factores necesariamente están asociados a daños en la etapa de la vida en la que la exposición ocurre. Este aspecto es crucial en relación a hábitos o estilos de vida, tales como el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, drogas, etc.; así como también los aspectos relacionados a la actitud reproductiva. El fundamento de este tipo de prevención primordial es el *fortalecimiento de los factores protectores* para evitar o controlar los riesgos, no necesariamente los factores causales o causas específicas. La promoción de varios factores protectores en forma simultánea, complementaria y continuada, producen un gradual cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo de las poblaciones.

Entre los desafíos principales a vencer dentro de un programa de salud, deben reconocerse el aumento de los niveles de *promoción y prevención* con énfasis en la prevención primordial, y el fortalecimiento de los mecanismos para lograr una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales.

Estos mecanismos de promoción de la salud pueden resumirse en:

- Los que se orientan a lograr progresivamente la capacidad de autocuidado.
- La ayuda mutua dentro del grupo.
- La actuación sobre los microambientes en donde permanece el individuo.
- La promoción de estilos de vida saludable

METODOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN

La implementación del Programa contempla el desprendimiento y articulación de las siguientes áreas.¹:

- Área de Investigación.
- Área de Centralización de la Información y Difusión.
- Área de Acciones Educativas.
- Área de Tecnología Educativa.

a) ÁREA DE INVESTIGACION

Abarca no sólo las actividades tendientes a lograr un diagnóstico de situación sino también la evaluación de la implementación de las distintas actividades que surjan del programa.

Proyectos:

- *Incidencia de la información en los medios de comportamiento de la mujer frente al SIDA.*
- *Conocimiento, prácticas y actitudes de los estudiantes universitarios con respecto a la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y metodología anticonceptiva.*
- *Incidencia de la educación en los modos de comportamiento sexual de los adolescentes frente al SIDA.*
- *Incidencia de los saberes del área de Educación para la salud sobre las prácticas sexuales.*
- *Educación para la salud: metodologías educativas no formales y prevención (CONICET).*

b) ÁREA DE CENTRALIZACION DE LA INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN.

La interacción del Programa con centros de acceso bibliográfico y correo electrónico permite un registro de otros programas similares e intercambio con los mismos.

c) ÁREA DE ACCIONES EDUCATIVAS

Involucra todas aquellas estrategias educativas emergentes de los diagnósticos situacionales de los proyectos que tiendan a la formación de recursos humanos para la prevención en forma de agentes directos o multiplicadores.

Proyectos implementados:

- *Creación de espacios educativos como modos de prevención de actitudes de riesgo en los jóvenes y adolescentes de la comunidad universitaria frente al SIDA y la drogadependencia.*
- *Formación de replicadores docentes: la Educación como prevención (dirigido a 400 docentes dependientes de la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires).*

CONCLUSIONES

La innegable gravedad que en este momento se registra tan solo con el aumento constante del HIV en todo el mundo, más que los datos cuantitativos que pueden encontrarse en la bibliografía citada con mucha abundancia, hace que sea suficiente para esta presentación decir que en 1998 fueron casi 3.000.000 de personas de entre 15 y 24 años las que se infectaron con el virus, lo que equivale a más de 5 hombres y mujeres jóvenes por minuto, todos los días del año; a los que hay que agregarle los de alrededor de 600.000 menores de 15 años.

Es congruente por lo tanto, aumentar la comunicación sobre todo con los menores de 25 años, como uno de los modos de abordaje de esa situación. Esto motivó el lanzamiento por parte del Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el HIV-SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la campaña para el año 1999 fuera *La fuerza del cambio, los jóvenes en campaña contra el sida*, a los fines de encontrar una clave para reducir la propagación. Queda por dilucidar cómo lograr que esa comunicación sea real.

De cualquier manera, esta nueva campaña nos indica que el aumento de la curva (a pesar de los múltiples intentos que se lanzaron hace más de una década, tanto a nivel mundial como regional y en nuestro país), debiera hacernos reflexionar acerca del beneficio de las mismas. Los datos obtenidos de nuestras incipientes indagaciones, nos indican que las acciones de prevención sólo sostenidas en la información, y aún las que llegan a la comunicación, son insuficientes frente a la complejidad de la cuestión. Por tanto, cada una de las campañas requieren ser diseñadas y evaluadas desde una actitud científica, esto es, ejerciendo registro de todas las variables, incluso de aquellas como los deseos, miedos, negaciones... y de cómo éstas influyen en la perseverancia de comportamientos no preventivos a pesar de altos niveles de información.

Uno de nuestros trabajos, realizado en el año 1995, ya daba cuenta de cómo los acciones de prevención, incluso las campañas mundiales, no tenían en cuenta ni siquiera la opinión de los destinatarios de las mismas. La citamos a continuación, puesto que los términos en que se propone la campaña mundial de 1999 le otorgan vigencia:

Los adolescentes y jóvenes de hoy son los de mayor riesgo de contraer el SIDA, ya que inician e intensifican su actividad sexual y el uso de drogas en esa etapa de la vida. Hacia ellos, entonces, deben ir dirigidas preferentemente las campañas de prevención. El objetivo de este trabajo es caracterizar las opiniones de los jóvenes sobre los programas de prevención de esta enfermedad, diferenciándolas por sexo. Estas opiniones se recogieron a través de dos preguntas (“¿Creés que los actuales programas de prevención del SIDA son suficientes?” y si la respuesta era negativa “¿Qué creés que le faltan?”) en Talleres de Reflexión sobre el SIDA en la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Nacional de La Plata, realizado para los ingresantes. Contestaron 358 alumnos. El 5% de los encuestados no respondió la encuesta. Para este trabajo sólo se analizaron las respuestas de los alumnos que tenían entre 17 y 25 años: 341 sujetos, de los cuales el 49.6% fueron varones y el 50.4

mujeres. El promedio de edad del grupo que respondió fue de 19,2+/-1,8 años, siendo para los varones 19,6+/-1,8 y para las mujeres 18,9+/-1,8. De los 341 alumnos entre 17 y 25 años que respondieron, 251 (73,6%) contestaron negativamente a la primer pregunta y señalaron uno o dos aspectos a tener en cuenta en esta campaña. En su gran mayoría los jóvenes consideraron que las campañas de prevención del SIDA son insuficientes en número, señalando cada estudiante varios ítems a tenerse en cuenta para su organización y planificación, en sus aspectos cuanti y cualitativos. Los alumnos especificaron el doble de aspectos cuantitativos que cualitativos, lo que demuestra la necesidad de programas con más información o contenidos y que lleguen a toda la población. Pero, a su vez, que ellos sirvan para concientización, a través de mensajes directos, presentados con realismo, en cuanto a la enfermedad en sí, como a los modos de contagio y por consiguiente de prevención. Los jóvenes son conscientes que los adolescentes son el grupo etéreo más expuesto a contraer la enfermedad y que necesitan mayor información sobre el Síndrome en sí, sus modos de transmisión y los de prevención con mensajes claros, directos y realistas y que es la Escuela, el mejor ámbito para recibir esta formación. Las mujeres, en general, señalaron mayor número de ítems, siendo significativa esta diferencia para la cantidad de dos ítems. Indudablemente son las alumnas las que indican más falencias en las campañas. Aunque los varones hacen hincapié más en los aspectos cuantitativos, sobre todo en mayor información, ocurriendo lo contrario con las mujeres, que señalan más cualitativos, pero con mayor incidencia en la discusión en general y por niveles sociales. En cuanto a los ítems que hacen referencia a la calidad, no hubo diferencia significativa entre los varones y mujeres. En síntesis, las alumnas fueron más exigentes en señalar las razones de los aspectos a contemplar en las campañas, mientras que los varones especifican prioritariamente el ítem "mayor información".

De estas indagaciones, partimos para diseñar nuestras propuestas a lo largo de los 10 años de existencia de nuestro programa. En algunas instancias hemos podido (muy trabajosamente) desarrollarlas y evaluarlas, y en otras nos hemos quedado con la incógnita de si la propuesta era válida. A modo de ejemplo de esto último, uno de los proyectos que había generado expectativas, fue el de Asesoría telefónica diseñado en 1992, que no pudo ser llevado a cabo por falta de una línea telefónica privada (requisito básico para garantizar la absoluta confidencialidad de los usuarios).

Las dificultades entorpecieron permanentemente nuestra labor, las que no sólo tuvieron su origen en la falta de recursos sino sobre todo en comportamientos de huida, negación y descalificación. Comportamientos que por otra parte fuimos comprendiendo que eran esperables. La aproximación a esta cuestión origina negación, rechazo, resistencias, descalificación, miedo... y muchos otros comportamientos que oradan el trabajo grupal. Reafirmando algunas de las conclusiones de nuestros trabajos de investigación: *los niveles superiores de información no son suficientes para un comportamiento más adaptativo a esta problemática*, ni siquiera para el equipo de educación y/o salud.

También esta cuestión genera las mayores disposiciones al trabajo solidario, que muchas veces sufre fracturas por las necesidades laborales que nos impone nuestra realidad. Por lo que hay que reconocer que muchas personas en estos 10 años, a través de la participación en los distintos Proyectos de Programa, mostraron que el trabajo interdisciplinario es posible. Desde las primeras acciones del Programa compartidas con el Distrito I del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, a quienes agradecemos el habernos generado la necesidad de diseñarlo, junto con el que desarrollamos en la Facultad de Ciencias Médicas de nuestra Universidad, las primeras Jornadas de prevención del HIV sustentadas en la formación de replicadores docentes, en 1989; no pudiendo. No queremos correr el riesgo de dejar de mencionar a ninguno de los que han aportado al Programa, puesto que son muchos los que a través de cada Proyecto han participado y participan del mismo, sin embargo, no podemos omitir la mención de la participación activa de estudiantes de nuestra universidad, que replicaron acciones de prevención en sus lugares de origen, luego de capacitarse en el mismo, al igual que no podemos dejar de expresar nuestro reconocimiento a dos Profesores titulares, que a través de sus Cátedras impulsaron el desarrollo del Programa: los doctores Emilio Cecchini y Juan Basualdo.

La falta de sostén económico explica porqué el trabajo tiene continuidad por ciclos. Por medio de las convocatorias a concursos de proyectos, de distintas entidades: UNESCO, Universidad, Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Educación, CONICET, o por solicitud directa, tal el caso de la Comunidad Europea, la continuidad del programa se da a saltos, de proyecto a proyecto. Nos resultó un alivio la lectura de "El oficio de investigador" de Schuster, ya que muchas veces el agobio es grande, y nos ayudó a comprender que en el campo de la investigación, la extensión y la formación docente, la problemática es aún más acuciante. En la Universidad se ha recorrido desde el año 1990 (momento en que UNESCO apoyó nuestro Programa) un camino interesante en el área de extensión, pero las necesidades están requiriendo que podamos avanzar mucho más en ese sentido.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALÁ, M. J. (1995) Compromiso para la salud y los derechos sexuales y reproducción de todos. Family Care International, 1995. Nueva York.

BIANCO, M. y PAGANI, L. (1996) Derechos sexuales y SIDA. Desidamos. (Abril 1996). Año IV, N° 1.

EGGER, M. et al. (1994) Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Boletín de la OPS. (1994). N°117, pp. 12-21.

INSTITUTO GALLUP DE LA ARGENTINA (1994) Opiniones y actitudes en relación con el SIDA. Principales conclusiones. Agosto 1994. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

A. CANDREVA - S. SUSACASA - J.M. SUSACASA
MADDALENO, M. et al (1992) Equipo interdisciplinario en la atención de la salud del adolescente. Manual de medicina del Adolescente. OPS.(1992). Serie Paltex para Ejecutores de programas N° 20. Washington D.C.

MAGLIO, F. M. (1999), Ética y SIDA, Revista Argentina de SIDA, Vol. 1, N° 2, Febrero 1999, pp. 23-24.

OMS (1992) La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las Enfermedades de transmisión sexual. Serie OMS sobre el SIDA. N° 10., 1992, España.

OPS (1995) Salud integral de los adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo, XXXVI Reunión, Septiembre 1995. Tema 5.6 del Programa. Washington D.C.

Perfil Epidemiológico en la Argentina, Actualizaciones en SIDA, Vol. 7, N° 23, Marzo 1999, pp. 53-60.

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO, SIDA Y ETS, MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN (1999), Boletín sobre el Sida en la Argentina. Año VI, N° 16, Marzo 1999.

RONALD BAYER, PH. D. (1997) Desafíos Éticos planteados por los nuevos avances en el tratamiento antirretroviral de la enfermedad del HIV. Actualizaciones en SIDA. Vol. 5, N° 17, Septiembre 1997, pp: 177-185.

TRAD, P. (1994) A development model for risk avoidance in adolescents confronting AIDS. AIDS education and prevention, Vol 6, N° 4, pp. 322-338.

UNAIDS (1998), La Marcha de la Epidemia, Actualizaciones en SIDA, Vol. 7, N° 23, Marzo 1999, pp. 47-52.

WARTH, S. T. (1999) El niño y el SIDA, Actualizaciones en SIDA, Vol. 7, N° 23, Marzo 1999, pp. 44-46.

SCHUSTER, F.(1994) El oficio de investigador. UBA. Buenos Aires.