

Salud, sexualidad y VIH-sida



- Actualización para el debate con los docentes

gobBsAs

Salud, sexualidad y VIH-sida

- Actualización para el debate con los docentes

MARZO 2003

**COORDINACION SIDA / SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CURRICULA / SECRETARIA DE EDUCACION**

■ Presentación

Desde que se reglamentó la Ley Nacional de Sida, en 1991, la prevención de esta enfermedad fue incorporada formalmente como tema de estudio en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación de todo el país.

Más allá de su buena intención, sin embargo, la implementación concreta de esa política no siempre resultó acertada. Incluso en nuestra ciudad, hasta hace pocos años prevaleció un enfoque basado casi exclusivamente en los aspectos biomédicos de la infección por VIH. Ese tipo de mirada –riesgosa por el recorte que practica y porque apuesta a un tipo de saber o de “autoridad” que puede resultar distante– también prevaleció en otros ámbitos: los de la familia, los de las campañas publicitarias, los académicos y asistenciales. La apuesta fuerte a la incorporación puramente racional de los conocimientos deja afuera la dimensión afectiva de las personas, nada menos que la construcción de la propia biografía y su vida cotidiana. Por mejor voluntad que exista, no se puede hablar de campañas ni de prevención si las actitudes y los lenguajes que se manejan resultan lejanos, muy especialmente cuando se trata de interactuar con chicos y adolescentes.

Las dificultades que plantea esa concepción se potencian sobre todo para quienes deben encarar cotidianamente la tarea de educar a chicos y jóvenes. Además: no son tantas ni tan obvias las modalidades de trabajo efectivamente desarrolladas para superar tales dificultades. Es preciso ampliar la mirada y estar dispuestos a asumir lo que este cambio de enfoque implique en la práctica cotidiana de docentes y alumnos.

El objetivo último de la educación de los chicos y adolescentes, que se encuentran en una etapa de formación de su personalidad, debe ser darles elementos para que puedan adoptar conductas saludables y desarrollar su capacidad crítica y su autonomía.

Una formación integral, que incorpore la dimensión emocional e intelectual debe hacerse cargo de la complejidad en la que las personas desarrollan su vida: de su ambiente cultural, de las relaciones sociales que las condicionan y de los valores propios de cada sociedad. Por otra parte, esa formación debe apoyarse en los recursos efectivamente disponibles a nivel local, entre los cuales, sin duda, están la escuela y la comunidad escolar en su conjunto.

Las y los docentes son protagonistas fundamentales para el establecimiento y desarrollo de programas de educación preventiva en el ámbito educativo. De allí que sea imprescindible que ellos mismos pasen por un profundo proceso de capacitación, tanto cognitiva, como metodológica y vivencial.

Plantear la prevención en el marco de la salud y la sexualidad adolescente es empezar a encarar con mayor franqueza y más abiertamente la complejidad de la problemática del VIH-sida. Hacerlo mediante un material de actualización orientado a docentes, como el que aquí se presenta y que incluye herramientas conceptuales, dinámicas de trabajo y bibliografía específica, es mejorar la capacidad de respuesta de los verdaderos artífices del trabajo educativo y del sistema mismo de educación pública.

Dr. Aníbal Ibarra
Jefe de Gobierno
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

■ Introducción

Salud, sexualidad y VIH-sida; actualización para el debate con los docentes, es un material para profesores que deseen promover en los adolescentes conductas de cuidado hacia su propio cuerpo, su salud personal y la salud de su entorno.

Este material proporciona ideas y propuestas de actividades para el aula, sugerencias bibliográficas para el docente, quien podrá encontrar en sus páginas orientaciones que - inevitablemente- deberá adaptar a la singularidad de cada grupo de jóvenes y de cada contexto.

Salud, sexualidad y VIH-sida es una herramienta para profesores de cualquier espacio curricular que deseen abordar de manera sistemática algunas problemáticas que comprometen el bienestar personal, grupal o de la comunidad de jóvenes con los que trabajan.

La propuesta se organiza en torno a tres bloques de contenidos interrelacionados, y se orienta al logro de objetivos convergentes entre sí:

- Bloque 1: Salud
- Bloque 2: Sexualidad y adolescencia.
- Bloque 3: Prevención del VIH-sida.

Cada bloque de contenidos tiene una introducción en la que se delimitan preguntas y posibles respuestas útiles para que el docente diseñe una enseñanza que promueva comprensión y favorezca la emergencia de desempeños concretos que demuestren esa comprensión. *¿Qué quiero que comprendan? ¿Para qué quiero que comprendan? ¿Cómo me daré cuenta de que comprenden?* Las respuestas incluidas son sólo algunas

de las posibles y -en sí misma- esta presentación no constituye una secuencia didáctica. Cada docente diseñará las secuencias más adecuadas según el tiempo disponible y el grupo de alumnos. La red de conceptos abordados en cada bloque será presentada como problemas o preguntas interesantes para los alumnos; el profesor o la profesora decidirá cuál es la pregunta "interesante" en cada grupo, es decir, anticipará: *¿Es esto un problema para mí, para los alumnos, para quién?* Sabemos que si los jóvenes sienten que la problemática presentada está muy lejos de sus vivencias o intereses, no se involucrarán en la tarea; se deberá, pues, decidir cómo introducir cada bloque para que sea interesante o problemático dentro de su grupo y cuáles serán los desempeños que desea promover en cada situación.

Cada bloque contiene algunas dinámicas de trabajo, que no agotan todas las posibles maneras de abordarlo, pero que tienen el valor de haber sido probadas en numerosas situaciones de aula por profesores de todo el país involucrados en el Proyecto Lusida del Ministerio de Salud de la Nación. Muchas de esas dinámicas pueden ser valiosas para identificar qué es lo que piensan o comprenden los alumnos acerca de un tema específico, pero la pertinencia de su utilización o la secuencia de actividades elegidas dependerá del diseño didáctico elaborado en cada caso.

Salud, sexualidad y VIH-sida incluye algunas lecturas básicas cuyo principal destinatario es el profesor, quien decidirá sobre la conveniencia o no de trabajarlas con sus alumnos. Acompaña cada bloque una selección de lecturas y recursos recomendados.

Promover compromiso y comprensión en temas tan complejos como la salud, la sexualidad o las prácticas de cuidado personal e interpersonal, requiere trabajar desde lo que sí saben o comprenden los chicos, evitando la tendencia a proporcionar más información, que pueda saturar su capacidad de comprensión. Si partimos de lo que creen, saben o creen saber, la enseñanza deberá permitir que los alumnos incorporen aquello que les ayude a tomar decisiones autónomas basadas en conocimiento probado para no quedar a merced de "otros" que supuestamente "saben". La información se transmite, pero el conocimiento y la comprensión se construyen en la interacción de cada propuesta del docente con las herramientas personales de cada alumno; esas herramientas no son sólo las intelectuales; incluyen creencias, actitudes, sentimientos, valores familiares o sociales aceptados por cada uno. Aún el conocimiento elaborado, si resulta nuevo para el alumno, deberá incorporarse en la red conceptual que cada uno ha logrado construir a lo largo de su vida y, sólo si ello ocurre puede incidir o producir modificaciones en las prácticas o desempeños de las personas.

Salud, sexualidad y VIH-sida intenta ser, en tanto material curricular, un apoyo para las decisiones del profesor y una orientación dinamizadora de su trabajo en el aula.

■ Bloque 1

Salud

- ¿Qué quiero que comprendan?
- ¿Para qué quiero que comprendan?
- ¿Qué desempeños de comprensión espero lograr?
- Algunos recursos

Salud

¿QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

1. ¿Tengo derecho a estar sano?
2. ¿Qué es estar sano?
3. ¿Quiénes son responsables de la/mi salud?

RED CONCEPTUAL:

La salud, ¿es un estado de equilibrio bio-psico-social? ¿es ausencia de enfermedad? ¿es cosa de médicos y profesionales de la salud?

La salud como una construcción histórica y social.

La salud como un derecho de todos.

La salud como construcción subjetiva.

La salud como un proceso complejo y dinámico de construcción de bienestar personal e interpersonal en el que interviene la condición integral de persona y su relación con el contexto y la cultura.

Los estados resilientes, como partes de un proceso que permite a los humanos hacer frente a las adversidades, no "darse por vencido ni aún vencido", afrontando las situaciones del contexto, o transformando las condiciones del devenir.

La prevención y la promoción de salud.

¿PARA QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

Para que:

Desarrollen roles activos en la construcción de su propia salud.

Desarrollen actitudes de cuidado hacia sí mismos, cuidado hacia la salud de otros y de preservación y cuidado hacia el contexto.

Diferencien situaciones saludables de otras que no lo son.

Puedan representarse la salud como un derecho y defenderlo, tanto el propio como el de los otros.

Perciban la complejidad y el dinamismo de los procesos de construcción de la salud personal y social.

¿QUÉ DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN ESPERO LOGRAR?

Que puedan:

Identificar aspectos saludables y no saludables en situaciones concretas y argumentar porqué lo son en esa situación singular y no en otra.

Reconocer sus creencias sobre lo que contribuye a mejorar o deteriorar la propia salud, revisarlas, y mantenerlas o cambiarlas. Vivenciar las propias dificultades/limitaciones para modificar o eliminar condiciones no saludables en su propia vida, y descubrir lo posible aunque no sea lo ideal.

Descubrir su propia potencia en situaciones que distan de ser ideales, para encarar las modificaciones posibles y no las "prescriptas".

Argumentar las ventajas y desventajas de ciertas conductas en el análisis de situaciones problemáticas concretas, teniendo en cuenta la complejidad de factores concurrentes.

Argumentar y actuar en situaciones concretas en defensa del derecho a la salud.

Ser capaces de no simplificar situaciones complejas y de no complicar situaciones simples.

EVALUACIÓN CONTINUA

Que sean capaces de:

Diferenciar opiniones, creencias e información vinculadas a los conceptos desarrollados.

Identificar la singularidad de las situaciones "saludables" y "no saludables".

Diferenciar concepciones estáticas acerca de lo saludable, de otras que incluyan lo cultural, social e individual.

"Ponerse en situación" e interrogarse más allá de la información con que cuentan, identificando qué les faltaría conocer.

Demostrar tolerancia frente a las posturas diferentes en el grupo.

Nivel de desempeños	Básico	Bueno	Muy bueno	Superior
Dimensiones ▼ <i>Contenidos/ conocimientos</i>	<p>Puede diferenciar opiniones y creencias de información validada en torno a los conceptos trabajados.</p> <p>Puede diferenciar concepciones estáticas/rígidas acerca de la salud y descubrir los componentes sociales, culturales e históricos de tales concepciones.</p>	<p>Diferencia las dimensiones que se ponen en juego en situaciones concretas. Diferencia opiniones, creencias de información validada. Identifica qué información posee y cuál haría falta tener para comprender situaciones concretas y, consecuentemente operar en ellas.</p>	<p>Agrega a los desempeños anteriores, la posibilidad de fundamentar sus análisis, citando fuentes y/o recursos.</p> <p>Es capaz de identificar cuáles son las bases de opiniones de otros en torno a lo que es saludable y lo que no.</p>	<p>Agrega a los desempeños anteriores la capacidad de diseñar modos de intervención variados y fundamenta sus propuestas a partir de información y conceptos validados y pertinentes a cada situación.</p> <p>Es capaz de "ponerse en situación" e interrogarse a partir de la información con que cuenta, identificando qué le faltaría conocer y qué podría hacerse con lo que se tiene/se sabe.</p>
<i>Actitudes hacia sí mismos y hacia los otros</i>	<p>Demuestra actitudes tolerantes ante situaciones de conflicto o ante posiciones distintas en torno a lo saludable/lo no saludable.</p> <p>Demuestra tener conciencia de sus posiciones subjetivas en casos singulares.</p>	<p>Es capaz de reconocer sus limitaciones y/o posicionamiento frente a distintas situaciones, y reconocer las del/los otro/s.</p> <p>Es capaz de identificar sus propios límites de tolerancia y considerar sus orígenes.</p>	<p>Es capaz de modificar conductas hacia sí mismo y/o hacia los demás, en la medida que las mismas favorezcan el logro de metas grupales consideradas valiosas por los otros y por sí mismo.</p>	<p>Es capaz de cambiar, afianzar y/o promover conductas en sí mismo y en los otros que aporten un aumento del bienestar personal y colectivo, y/o disminuyan el malestar personal y colectivo.</p>
<i>Prácticas en situación concretas</i>	<p>Diferencia los grados de complejidad que se ponen en juego en distintos escenarios de prevención (Ej: cólera/sida).</p>	<p>Identifica los factores comunes y propios de cada escenario de prevención específica (Ej: cólera/sida)</p>	<p>Identifica los requerimientos propios de distintos destinatarios de la prevención en escenarios diferentes. (Ej: cólera/sida en poblaciones diversas).</p>	<p>Propone y elabora propuestas de prevención para destinatarios y escenarios diversos; analiza críticamente propuestas de prevención de terceros.</p>
<i>Capacidad de Comunicación</i>	<p>Identifica criterios de comunicación adecuados en campañas de prevención ya realizadas.</p> <p>Propone criterios alternativos para la realización de otras campañas.</p> <p>Propone tipos alternativos de mensajes de prevención.</p> <p>Es capaz de comunicarse con pares para proponer conductas de cuidado hacia la propia salud y la de los otros.</p>	<p>Propone criterios adecuados y más de un soporte para elaborar mensajes de prevención.</p> <p>Diferencia criterios para elaborar mensajes preventivos dirigidos a públicos diversos.</p> <p>Es capaz de intervenir en situaciones concretas para proponer conductas de cuidado hacia la propia salud y la de los otros.</p>	<p>Agrega a los desempeños anteriores la capacidad de elaborar mensajes concretos en situaciones singulares, a través de diversos soportes, prácticas y modalidades de intervención.</p>	<p>Agrega a los desempeños anteriores, la capacidad de gestionar, liderar o generar propuestas de carácter preventivo tanto ante la emergencia concreta de situaciones problemáticas, como anticipando y promoviendo situaciones saludables aún en momentos de crisis o conflicto personal, grupal o comunitario.</p>

ALGUNOS RECURSOS:

- Autores varios.** Educación y Salud: un aporte interdisciplinario a la reforma del Sistema Educativo. Ediciones Novedades Educativas. 1995
- Berlinguer, Giovanni.** Ética de la Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1996.
- Busquets, M. D.** Los temas transversales. Editorial Santillana. Buenos Aires. 1993.
- Dirección de Capacitación, Perfeccionamiento y Actualización Docentes.** Salud y Educación: un aporte a la Capacitación docente. Marco teórico del Equipo de Salud. Secretaría de Educación. MCBA. 1994.
- Dirección de Currícula.** Documento Marco de Proyectos extracurriculares. Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires. 2002.
- Echeverría, Rafael.** Ontología del lenguaje. Editorial Granica. Buenos Aires. 2002.
- Giorgi, Alberto A.** (compilador). Cultura y Salud. Reflexiones en torno a la salud y la enfermedad en el contexto cultural argentino. Ediciones Biblioteca Nacional y Página 12. 1999.
- Guía solidaria.** Registro de organizaciones de Ayuda a la Comunidad. Ediciones Aique. Buenos Aires. 1999.
- Legislación:** Constitución Nacional, art. 19, 33, 42, 75, inc.22 y 23; Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Convenciones sobre los Derechos del Niño. Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación de la mujer; Leyes Nacionales 23.279; 23.592; 23.798; 24.417; 24.455; 24.623
Constitución de la Ciudad de Buenos Aires Art 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 36, 37, 38
- Legislación de la Ciudad de Buenos Aires: Ley 114/98; 153/99, 173/99,418/00; 474/00 Ver en : www.legislatura.gov.ar
- Lombardi, Graciela.** Escuela y Prevención. En: www.gracielalombardi.org.ar
- Melillo Aldo y Suárez Ojeda Elbio.** Resiliencia. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2001.
- Mancuso, Miguel.** Educar para la Prevención. Vocación docente. Buenos Aires. 2000.
- Munist, Mabel; Santos, Hilda; Kotliarenco, María Angélica; Suárez Ojeda, Elbio Néstor; Infante, Francisca y Grotberg Edith.** Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes (PDF file) 1998. Ver www.ResilienceNet.es en español.htm
- Peralta, Juan.** Los escenarios de la salud. Editorial La Llave. Buenos Aires. 1998.
- Piaggio, Saks y Schwartzman.** Educar en Salud: conceptos, reflexiones y propuestas para trabajar en la escuela. Ediciones Novedades Educativas. 2001.
- Prevención y Salud: Reflexión y Debate. En Revista Novedades Educativas. Mayo 2002.
- Stone Wiske, Martha** (comp.) La enseñanza para la comprensión. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1998.
- Sciotto, Eduardo A.** Proyecto educativo institucional de salud. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 1998
- Vázquez Acuña, M.; Minyersky, N.; Weissenbacher, M.** Digesto de Leyes nacionales y provinciales de la República Argentina sobre VIH/SIDA. OPS-OMS-ONUSIDA. 1997.



Salud

■ **Bloque 1/ Dinámicas**

Dinámicas

La salud, un derecho de todos

OBJETIVOS

- Reconocer las necesidades humanas como una construcción cultural y social.

DESARROLLO

CONSIGNA:

- Analizar colectivamente las siguientes necesidades humanas y conversar acerca de su grado de satisfacción en los integrantes de los grupos que atendemos/participamos.

NECESIDAD DE:		
<i>Ser querido y recibir muestras de afecto .</i>		
<i>Ser aceptado y sentir que se pertenece al grupo.</i>		
<i>Ser reconocido y estimulado en sus logros.</i>		
<i>Dar y cuidar a otros.</i>		
<i>Ser escuchado.</i>		
<i>Conocer, ser informado y aprender.</i>		
<i>Expresarse con la palabra, los gestos y las imágenes.</i>		
<i>Participar en las decisiones comunes.</i>		
<i>Tener amistad con otros.</i>		
<i>Alimentarse, abrigarse y vivir dignamente.</i>		

- Identificar los signos de malestar que expresan la insatisfacción de tales necesidades.
- Distinguir a cuáles de esas necesidades insatisfechas podemos dar respuesta, como grupo, entre todos, y a cuáles no.
- Pensar estrategias viables para dar respuesta a las demandas insatisfechas que identificamos como posibles de ser atendidas por el grupo.

Sugerencia: Actividad para realizar con adultos que trabajen con grupos de adolescentes.

La Prevención

OBJETIVO:

- Reflexionar sobre el derecho a la salud, como un hecho social.

DESARROLLO:

PASO 1

- **Trabajo individual.** Se distribuye la Ficha Registro de actividades (*página siguiente*) a cada participante, para que la complete.

CONSIGNA

- *Anotá en la ficha de Registro las actividades que realizás a lo largo de una semana, indicando aquellas que pueden favorecer tu salud y aquellas que pueden perjudicarla.*

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES:

- Analizá las actividades anotadas diferenciando aquellas que dependen fundamentalmente de vos y aquellas en las que tienen gran influencia otras personas o el ambiente en el que vivís.
- Reflexioná sobre lo que podés hacer para crear un entorno más saludable.

PASO 2

- Trabajo en pequeños grupos.** Compartir las respuestas.

OBSERVACIONES

El coordinador efectúa un resumen explicando el concepto de salud y los factores que la determinan, valorando las actitudes que promuevan la autonomía, equilibrando la responsabilidad individual y social y afirmando el derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo.

La Prevención

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre la propia identidad.
- Reflexionar sobre el grupo de pares.
- Prevenir la exclusión.

DESARROLLO:

- **Trabajo individual:** Distribuir la siguiente ficha a cada alumno para que la lean.

Cuando te pido que me escuches y empezás a darme consejos, no hiciste lo que te he pedido.

Cuando te pido que me escuches y empezás a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetás mis sentimientos.

Cuando te pido que me escuches y sentís el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes a mis necesidades.

¡Escuchame!

Todo lo que te pido es que me escuches, no que me hables o que hagas. Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil. Pero yo no soy incapaz.

Quizás esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. Cuando hacés por mí lo que yo mismo podría hacer y no necesito, no hacés más que contribuir a mi inseguridad.

Pero cuando aceptás simplemente que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí.

- Poner un título a la lectura.
- Completar las siguientes frases:

Me ha gustado ...

Me ha hecho reflexionar sobre ...

Me he sentido molesto/a con ...

Lamento ...

Yo suelo hacer ...

Me resulta difícil ...

Me gustaría ...

Mi opinión sobre el texto es ...

OBSERVACIONES

El/la coordinador/a solicita que, quien así lo desee, lea su apreciación en voz alta. Se sugiere leer todas las respuestas a la primera frase, luego la segunda y así sucesivamente, como así también los diferentes títulos que se le pusieron al texto.

La Prevención

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre la existencia de diferentes relaciones interpersonales, que cubren distintas necesidades (de reconocimiento y validación; de inclusión; de afecto; de contención; de intercambio de información; de intereses, etc.).

DESARROLLO:

PASO 1

Trabajo individual con la Ficha A y B.

CONSIGNA:

Piensen en algunas personas con quienes se relacionan y coloquen sus nombres en la fila superior. Completen las fichas.

FICHA A			
Yo recibo de			
Besos			
Abrazos			
Frases cariñosas			
Bromas			
Animo			
Consuelo			
Comprensión			
Enfadados			
Gritos			
Opiniones			
Ayuda			
Conversación			
Atención			
Gestos cariñosos			
Caricias			
Pedido de opiniones			
Información			

FICHA B			
Yo doy a			
Besos			
Abrazos			
Frases cariñosas			
Bromas			
Animo			
Consuelo			
Comprensión			
Enfadados			
Gritos			
Opiniones			
Ayuda			
Conversación			
Atención			
Gestos cariñosos			
Caricias			
Pedido de opiniones			
Información			

PASO 2

Trabajo en pequeños grupos. Comentar las cosas que les resultaron más significativas del trabajo individual

PASO 3

Cierre. Puesta en común.

Se sugiere a la coordinación:

1. Resaltar los modos de relación que favorecen la creación de entornos más saludables.
2. Destacar que es importante tanto recibir como dar.



Salud

■ Bloque1/Anexo bibliográfico

Anexo bibliográfico

■ Algunas consideraciones acerca de la salud y la capacitación en salud, desde un enfoque de resiliencia

Martha Weiss y Graciela Lombardi

En un momento en que la sociedad en su conjunto -la nuestra y la del mundo- pareciera estar inmersa en una crisis de modelos, las actuales condiciones socio-económicas y culturales han generado en la institución escolar un incremento de las demandas referidas a temáticas específicas como el uso indebido de drogas, la transmisión del VIH-sida y otras ITS, el embarazo adolescente, el abordaje de la sexualidad en la escuela, las manifestaciones de violencia de todo tipo y, han generado la necesidad de elaborar con cierta urgencia, estrategias educativas generales para satisfacerlas.

Nuestra experiencia como capacitadoras en el área de salud en diversos ámbitos, unida a las características de la demanda antes mencionada, nos llevan a definir hoy las relaciones entre Salud y Educación del siguiente modo:

Consideramos que los docentes atraviesan la encrucijada de atender simultáneamente las demandas sociales referidas a la temática de la salud, (por ej.: participar de campañas preventivas específicas y generar espacios saludables de aprendizaje) y preservar su tarea sustantiva: desempeñar su rol pedagógico de enseñar los contenidos curriculares prescriptos. Para responder a ello, requieren cierto tipo y calidad de información confiable acerca de los temas de salud desde una perspectiva adecuada a los tiempos que vivimos. Requieren también que esos aportes provean, en lo posible, estrategias que han resultado exitosas en contextos similares. En una palabra, que estén validadas por otros actores docentes.

Sin embargo, la experiencia nos ha mostrado que para que esa información se incluya en un contexto que la vuelva significativa, se hace

necesario trabajar aspectos de la salud institucional, la cual está íntimamente vinculada tanto a la capacidad de conocerse a sí mismo de cada miembro de la institución (sus capacidades y sus propios límites), como a la capacidad grupal de reflexionar sobre las acciones del conjunto de la escuela.

Las tareas de capacitación inevitablemente nos ponen en contacto permanente con cierto grado de malestar institucional que afectan en mayor o menor medida el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por eso creemos que, pedirle hoy a la Institución Educativa que, en las condiciones en que está inmersa, se constituya sin más en "agente de salud" suena paradójico y hasta puede resultar contraproducente.

Quizás lo que sí sea posible es pedir que la escuela haga algo por sí misma, por su propia salud, para producir no un equilibrio estático sino una equilibración casi "ecológica" que permita a cada integrante de la institución, cuidar y ser cuidado.

Para ello se hace necesario elaborar propuestas destinadas a generar:

- aprendizajes específicos referidos a determinados temas de salud: educación sexual, VIH-sida, adicciones, conductas violentas, entre otros;
- aprendizajes más integrales e inespecíficos referidos a formas alternativas de organizar la experiencia escolar de un modo más saludable para todos.

Esto comprende procesos a largo plazo ya que incluye el trabajo con valores, actitudes, comportamientos (tanto de los adultos como de los jóvenes), los cuales pueden modificarse sólo en un largo proceso. Atravesar esos procesos genera algunas veces, la sensación de no llegar nunca a reunir las condiciones necesarias para afrontar ese tipo de desafío. Y es aquí en donde queremos introducir el concepto de resiliencia.

La definición que nos pareció más concreta y operativa es la de Edith H. Grober¹, quien caracteriza a la resiliencia como: "*La capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad*".

Hay muchas otras definiciones y sería un ejercicio interesante realizar un taller donde se pudieran comparar estas definiciones, estableciendo semejanzas y diferencias. Recomendamos el "Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes"² en el que se muestran muchas actividades que pueden ser ilustrativas.

Muchas son las expresiones de quienes hace tiempo vienen usando este enfoque, aunque no le dieran ese nombre. Quizás resulte importante destacar algunas de ellas:

- *No trabajo en resiliencia sino construyendo resiliencia.*
- *Es transformar la "necesidad" en un proyecto, con lo que se tiene y no con lo que se fantasea tener.*
- *Cualquier esfuerzo que se realice en esta línea, debe demostrar en el más corto plazo posible, resultados concretos que ofrezcan vías válidas de mejoramiento de la calidad educativa al servicio de la equidad, de modo que esos esfuerzos y esos resultados auto-estimulen rápidamente su adopción por el sistema.*

Dice Ricardo Murtagh³: "*No es ninguna novedad decir que los intentos y esfuerzos de trabajar con o desde el enfoque de la resiliencia se dan en varias áreas de las intervenciones sociales: la salud, la educación, el desarrollo comunitario y la promoción humana y en muchas de sus*

¹ Nuevas tendencias en resiliencia en Melillo y Suárez Ojeda (comp.). Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Paidós. 2001.

² Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. AAVV OPS/Fundación Kellogs-1998, en www.resiliencenet.español.htm

³ Murtagh, Ricardo. Resiliencia: un encuentro promisorio entre acción e investigación, en Ensayos y Experiencias 44, junio 2002.

especificidades, especialmente aquellas vinculadas con minorías o excluidos o aquellas que buscan el "empoderamiento" de grupos que no tienen acceso a herramientas o instrumentos de decisión. Lo que sí cabe como conclusión es que en esta variedad de campos, si bien las estrategias varían, el enfoque parece ser adaptable o apuntar a ciertos nodos comunes a cualquier intervención. Trabajar desde las fortalezas, desde la opción posible de lo colectivo vs. lo individual, desde la idea de construcción en común y finalmente desde la participación real, que parece englobar a todas. Estas tres últimas son dimensiones propias en las que el enfoque de resiliencia se manifiesta."

En efecto: cualquier acción que se emprenda para promover la salud, esto es para reconocerla como proceso social dinámico que se pone al descubierto en los comportamientos humanos que serán más o menos saludables según ciertos parámetros y que se caracteriza por estar en función de un cierto contexto y no como realidad naturalmente dada, requiere:

Que el docente *se vuelva creíble* para el alumno. Es decir que ingrese al sistema de creencias del alumno para, desde dentro de él, operar a modo de referente, relativamente autónomo de la presencia física. El logro de condiciones propicias para la construcción de relaciones de credibilidad depende básicamente de:

- El sentido que la tarea tenga para los alumnos. La construcción de ese sentido se verá tanto más favorecida cuanto más sean satisfechas las expectativas y necesidades reales que los hayan movido a participar de esa experiencia.
- Una actitud empática que le transmita al alumno la convicción de ser comprendido en su situación y de ser aceptado tal cual es y no tal cual debería ser.
- La posibilidad de construir un lugar asimétrico que tome en cuenta lo dicho anteriormente pero que, a la vez, transmita a los alumnos la sensación de amparo y ordenamiento que todo aprendiz necesita para que un exceso de ansiedad no perturbe su proceso de aprendizaje.
- La utilización adecuada del "timing" en el sentido de que toda relación pedagógica es, antes que nada, una relación entre personas y por lo tanto lo que esas personas puedan hacer juntas depende en gran medida del tiempo que han tenido para construir una vivencia de confianza mutua.
- La creación de situaciones en donde el alumno pueda experimentar tanto la sensación de "ser cuidado" (lo que le permite vivenciar su dimensión de *ser valioso* pues solo se cuida lo que se valora) como la de "cuidar a otro" (lo que le permite sentirse potente). El cuidar es un ofrecer posibilidades y generar espacios de libertad para el desenvolvimiento del otro y no sólo un proteger o preservar.

(Ver: Salud y Educación: Un aporte a la capacitación docente – Varios autores –DCPAD- MCBA Bs. As. 1992. Documento interno)

Componentes de la definición de salud*

Juan Peralta



¿Qué es la salud?

Salud es el grado de bienestar físico, psíquico y social que una persona puede experimentar y generar en los demás, en el presente y el futuro previsible, dadas sus circunstancias físicas, psíquicas, sociales y culturales.

"Grado de bienestar físico, psíquico y social "

Al hablar de grado de bienestar y no de "completo bienestar", estamos diciendo que la salud no es un estado total y absoluto de bienestar, sino que es un proceso relativo y un continuo. Se puede tener más o menos salud, la salud puede mejorar o empeorar.

Esta idea de la salud como algo gradual y variable, como un proceso y no como un estado estático, nos permite evaluar el estado de salud de una persona o de una comunidad determinando el grado de bienestar, lo cual puede establecerse fácilmente a través de distintas técnicas de medición e investigación.

Podremos entonces determinar el estado de nutrición de los niños, o la cantidad de personas que enferman o mueren por determinadas razones, o el sufrimiento emocional de las personas en relación con los problemas sociales o familiares, etc.

Todos estos datos nos permitirán describir el grado de bienestar de las

* Los escenarios de la salud. Capítulo 5. Ediciones La Llave. Colección Enfoques en Educación. Buenos Aires, 1998.

personas y por consiguiente su grado de salud.

Por otra parte, al definir la salud como un concepto gradual y continuo, como una escala, deja de tener sentido la contradicción salud-enfermedad. En nuestra nueva definición la enfermedad es un factor más que disminuye el estado de salud de las personas, pero ya no podemos decir que alguien está totalmente sano o totalmente enfermo.

¿Cómo es esto?, pues bien, una persona podrá no tener enfermedad alguna, pero siempre podrá mejorar su estado de salud si mejora su estado de bienestar. Podrá alimentarse de un modo más completo y equilibrado, podrá descansar mejor, podrá realizar actividades físicas y deportivas, podrá avanzar más en su educación, podrá mejorar su vivienda, podrá tener una relación más satisfactoria con su familia y sus amigos, podrá concretar sus proyectos, etc., etc., todo lo cual redundará en un mayor grado de bienestar y por lo tanto, según nuestra definición, en una mejor salud.

Por el contrario, una persona podrá tener graves enfermedades que le generen un importante malestar, sin embargo siempre habrá momentos de un relativo bienestar, habrá aspectos de su vida con los que logra sentirse bien. Esos aspectos y momentos constituyen la parte saludable de esa persona, y si logramos ayudarlo para que sean más prolongados o más intensos, entonces estaremos ayudando a esa persona a mejorar su estado de salud.

Resumiendo, ya no hablamos más de que una persona o comunidad es sana o es enferma. Decimos que la salud es un estado dinámico de las personas y que ese estado puede verse afectado, entre otras cosas, por las enfermedades que ese individuo o ese grupo pueden padecer.

¿Por qué decimos "entre otras cosas"?, porque efectivamente hay otras cosas, que no son las enfermedades que describe la medicina, pero que pueden disminuir el estado de bienestar y por lo tanto el estado de salud de las personas: la mala alimentación, el descanso insuficiente, la falta de actividad física, la inseguridad del ambiente donde viven, los vínculos conflictivos con quienes las rodean, un modo insatisfactorio de vivir su sexualidad, etc.

Entonces, trabajar para mejorar la salud de los individuos y comunidades (incluyendo nuestra propia salud), implica evitar, aliviar y/o sanar las enfermedades que puedan aquejarnos, pero también mejorar el estado de bienestar de las personas a través de una vida más saludable, de un mayor cuidado de sí mismas, de una mayor satisfacción con los logros personales y colectivos, en suma, una mejor calidad de vida.

Podemos pensar a la salud como el estado de un individuo, relacionándola con su grado de bienestar persona, pero también debemos pensar en el grado de bienestar colectivo de comunidades y grupos.

"...Que una persona o comunidad puede experimentar ... "

Aquí expresamos que el concepto de salud no puede ser meramente una idea individual aplicada a una sola persona por vez. Por el contrario, debemos tener una mirada más amplia: podemos pensar a la salud como el estado de un individuo, relacionándola con su grado de bien-

Existen otro tipo de indicadores que no expresan números, sino conceptos tales como el grado de satisfacción de una persona con su vivienda: ¿se siente muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, insatisfecho?

Otro ejemplo: evaluar el grado de seguridad de un barrio, a partir de la vigilancia policial, iluminación, estado de las calles y aceras, actitud solidaria o individualista de los vecinos, etc., nos permite expresar un concepto acerca de si esa comunidad se encuentra segura, poco segura, insegura o altamente insegura.

Estas ideas no pueden ser expresadas en una unidad de medida, no se puede contar ni sumar ni restar "inseguridad", pero son indicadores de importancia a la hora de evaluar el estado sanitario de una comunidad o de una persona. Se denomina a este tipo de indicadores "indicadores cualitativos", porque se refieren a cualidades y no a cantidades.

Entonces, retomando nuestro razonamiento anterior, el grado de bienestar que una persona o comunidad puede experimentar será resultado de un conjunto muy amplio y complejo de factores que hacen a la calidad de vida de esas personas y que puede ser expresado a través de indicadores cuantitativos y cualitativos.

"... y generar en los demás, ... "

Esta parte de la definición contiene la idea de que la salud no es algo que comienza y termina en el individuo, sino que es un bien social, por lo que no sólo importa el bienestar que yo soy capaz de sentir, debo también pensar en el grado de bienestar (o malestar) que genero en quienes me rodean.

Con esta expresión quedan incluidas una cantidad de situaciones en las que una persona o grupo de personas pueden generar malestar en otros: personas violentas, abusadores sexuales, delincuentes habituales, personas que hacen sufrir a otros con actitudes agresivas, o dominantes, o bien a través de conductas de descuido de las personas a su cargo, ya sean éstos, niños, ancianos o discapacitados. También comprende a quienes generan accidentes en forma habitual por imprudencia o desidia, quienes someten a otros a explotación o riesgos laborales, los grupos que realizan actos autoritarios o violentos contra otros, las personas que contaminan el medio ambiente, etc.

No sólo importa el bienestar que yo soy capaz de sentir, debo también pensar en el grado de bienestar (o malestar) que genero en quienes me rodean.

En todos estos casos las personas que realizan tales acciones pueden no sentir ningún malestar ellos mismos, pero están provocando malestar, daños y a veces aun la muerte en otros, por lo que no debemos considerarlas personas sanas, sino individuos o grupos psicológica o socialmente enfermos. Por supuesto el considerar enfermas a estas personas no disminuye el grado de culpa o responsabilidad que tienen por sus actos, siempre que sean conscientes de los mismos.

Otras situaciones comprendidas en esta parte de la definición son aquellas en que una persona o grupo de personas que son portadores sanos de determinadas enfermedades, las transmiten a otros por vía de contagio o por vía hereditaria. Ejemplos de esto son la hemofilia, transmitida hereditariamente por las mujeres pero de la que sólo enferman los

hombres, enfermedades infecciosas como la toxoplasmosis, la hepatitis o la tuberculosis, de las que una persona puede ser el portador aunque nunca manifieste los síntomas de la misma.

"... En el presente y en un futuro previsible, ... "

Lo que se expresa aquí es que no sólo interesa el grado de bienestar en el momento actual, sino que debemos anticipar el futuro malestar que las personas puedan manifestar y que podamos predecir en el presente.

Si sólo habláramos del bienestar que una persona o grupo siente sin incluir este componente temporal, tendríamos que decir que una persona enferma de un mal infeccioso, o de cáncer, o contaminada gravemente por radiaciones, que todavía no tiene síntomas de su mal y que tal vez no los tenga por mucho tiempo, está en buen estado de salud.

Si aplicamos la definición a comunidades o grupos y no a individuos, podemos abarcar con esta expresión del "malestar futuro" las probabilidades de enfermar o de sufrir a causa de los riesgos a que está expuesta esa comunidad. Así, podemos decir que un grupo humano que vive en la zona de nuestro país donde existe el vibrión que transmite el cólera, y que no tenga servicios sanitarios adecuados, ni una buena política de educación para la salud y no cuente además con servicios médicos eficaces, es una población en riesgo y su estado sanitario está fuertemente comprometido por la probabilidad de padecer de cólera, aunque todavía no haya enfermado nadie.

Téngase en cuenta que la definición dice "en un futuro previsible", lo cual indica que sólo nos estamos refiriendo a aquellas situaciones de las cuales tenemos indicios o sospechas muy fundadas y no a cualquier cosa que le pueda pasar a cualquier persona en forma azarosa.

Esta última expresión "previsible" nos obliga a pensar que debemos hacer todo lo posible por anticipar y prevenir lo que les pueda pasar a las personas y no sólo atender lo que les está pasando en el presente. Toda la medicina preventiva, la salubridad, el cuidado del medio ambiente y los medios de prevención sanitaria, como las vacunas, tienden, entre otras cosas, a disminuir este posible futuro malestar previsible y son por tanto acciones de cuidado de la salud.

"...Dadas sus circunstancias físicas, psíquicas, sociales,..."

Esta última parte de la definición establece un concepto nuevo y distinto a lo visto hasta ahora: es la idea de que el estado salud debe considerarse en relación con las circunstancias de esa persona o grupo.

Así, por ejemplo, una persona en mejor estado físico, psíquico y social podrá lograr un mayor estado de bienestar que otra que se encuentra en peores condiciones. Diríamos que en el primer caso parte de un "piso" más alto, por lo cual podrá alcanzar un mejor estado de salud que el otro.

¿Cuál es la utilidad de esta idea?

Tiene que ver en primer lugar con las metas a lograr. Una persona con una enfermedad incurable podrá alcanzar un grado de bienestar tal que, dada su condición física, sea lo más a lo que puede aspirar. En este caso diríamos que, si lo ayudamos a alcanzar ese grado de bienestar, habremos logrado para él su óptimo estado de salud, aunque su enfermedad persista.

Véase cómo cambia el uso del concepto de salud, ya no hablamos de si está sano o está enfermo, sino que pensamos cuál es su grado de salud

actual y cuál sería el óptimo a lograr, teniendo en cuenta que su enfermedad es un condicionante, pero que aún así podemos establecer metas de salud para esa persona.

Esto significa que no importa cuán enferma esté una persona, siempre habrá cosas que podamos hacer para mejorar su estado de salud, o sea su bienestar presente o futuro, aún hasta los últimos momentos de la vida.

Otro ejemplo es el de la persona con una enfermedad psiquiátrica grave, lo que vulgarmente la gente llamaría un "loco". No importa cuán enfermo esté, cuánto se haya desconectado de la realidad, siempre habrá cosas que podamos hacer para mejorar su bienestar, con lo cual siempre podremos ayudarlo a estar más sano, sin importarnos cuán loco esté. Todo lo que hagamos en términos de contención, buen trato, estimulación, calidad de vida de ese paciente psiquiátrico, redundará en un mejor estado de salud para él.

Siempre podemos preguntarnos. "¿Cómo puede esta persona mejorar su estado de salud?"

Lo mismo ocurre en el terreno de lo social: si una comunidad está en un estado de pobreza crítica, amenazada por enfermedades sociales, como el cólera, la desnutrición infantil, las adicciones, la violencia, etc., siempre podremos hacer cosas por mejorar el estado de su salud social. ¿Cómo?, pues realizando programas de educación para la salud, campañas de vacunación, promoviendo las redes solidarias entre ellos, suministrando lavandina, etc.

Por lo tanto nunca habremos de "desahuciar" a nadie, nunca diremos "ya no hay nada que hacer", sino que siempre podremos trabajar en busca de un mayor bienestar y, por lo tanto, de una mejor salud.

En el otro sentido, nunca diremos que porque alguien no tiene ninguna enfermedad diagnosticada ya está sano y por lo tanto no tenemos que ocuparnos de su salud. Por el contrario siempre podemos preguntarnos: "¿cómo puede esta persona mejorar su estado de salud?", o bien, mirándonos a nosotros mismos, "¿cómo puedo yo mejorar mi estado de salud, aunque me siento sano?".

Podemos por ejemplo mejorar nuestros hábitos de vida, o nuestras relaciones interpersonales, o realizarnos chequeos médicos periódicos, o bien concretar proyectos y vocaciones postergados, en fin, todo aquello que nos dé un mayor bienestar.

Pero la implicancia más importante que tiene esta parte de la definición tiene que ver con la siguiente pregunta: "¿cómo puedo entonces mejorar el estado de salud de una comunidad o de una persona?". Respuesta: de dos formas, una es como se dijo antes, preguntándonos cómo se puede mejorar el bienestar de esas personas en las circunstancias en las que se encuentran, la otra es cambiando esas circunstancias.

Pensemos en el ejemplo anterior, de una comunidad donde existe el vibrión que transmite el cólera, que no tenga servicios sanitarios adecuados, ni servicios médicos eficaces, nosotros podemos mejorar las condiciones de salud de esa comunidad a través de la educación para la prevención, de promover el consumo de agua envasada, de la distribución de lavandina, etc. Y con esto seguramente mejoraremos el estado sanitario de la población, pero si queremos mejorarlo aún más, debemos actuar sobre las circunstancias, creando centros de salud, instalando agua corriente y servicios cloacales, formando agentes sa-

nitarios y realizando exámenes periódicos a la población más vulnerable. Una persona deprimida puede sentirse mejor si se la autoriza a no ir a trabajar y si se le dan psicofármacos que atenúen la depresión; pero mejorará mucho más y de forma más duradera si se la atiende a través de un programa terapéutico que le permita resolver las causas de esa depresión y aprender a manejar sus emociones de modo de poder afrontar los hechos de la vida sin deprimirse.

En síntesis, diremos que toda acción de salud, ya sea a nivel individual como también comunitario, deberá comprender acciones sobre las personas que tiendan a mejorar su grado de bienestar en las circunstancias en que se encuentran y acciones sobre el contexto de esas personas a fin de poder alcanzar estados de bienestar aún mayores.

Metafóricamente podríamos decir que si necesito elevarme puedo conseguir una escalera tan alta como la habitación en la que estoy y subir al último peldaño, pero si quiero elevarme aún más deberé subir el techo antes de poder estirar mi escalera.

La escalera representa el grado de bienestar que puedo alcanzar en los límites que me imponen mis circunstancias actuales, por lo que, si quiero aumentar ese bienestar, deberé actuar sobre el contexto, sobre las circunstancias, o sea subir el techo.

Mejorar las circunstancias físicas, psíquicas y sociales de las personas no sólo tiene un efecto importantísimo sobre el estado de bienestar actual, sino que puede tener un gran valor preventivo, ya que mejora la posición de las personas frente a los riesgos para su salud. Una persona que se está recuperando de una enfermedad infecciosa, digamos una neumonía, podrá mejorar su bienestar con medicamentos apropiados; pero si además mejoramos su estado nutricional, sus hábitos de higiene, su estado emocional, su ámbito laboral, etc., no sólo se recuperará más rápido y mejor sino que quedará en mucho mejor posición para enfrentar futuras afecciones que puedan amenazarla, ya sea no enfermado, enfermado menos o recuperándose mejor y más rápido.

"...y culturales"

El grado de bienestar que las personas pueden alcanzar tiene mucho que ver con los componentes culturales de la comunidad a la que pertenecen.

Una etnia aborigen, por ejemplo sólo se sentirá cómoda habitando en casas que permitan los modos tradicionales de vivir y relacionarse, por ejemplo, casas que tengan integrado el lugar de cocinar con el lugar de comer, casas que tengan aunque sea un pequeño espacio exterior y que tengan una sola planta. En cambio esa etnia podría sentirse terriblemente incómoda en un complejo habitacional con departamentos que tengan una pequeña cocina separada del comedor, en planta alta y sin ninguna salida al exterior, como no sea a través de un pasillo, escalera y palier. Si los forzamos a vivir en un lugar como este último, seguramente estaremos lesionando sus modos tradicionales de interactuar, por ejemplo obligando a las mujeres a separarse del resto de la familia para cocinar, impidiendo la relación con la naturaleza y dificultando los diálogos "de la puerta de casa" y la visita casual, al separar excesivamente la puerta de la casa con respecto a la calle. Otro elemento interesante a tener en cuenta es el conjunto de creencias, prejuicios y supersticiones que forman parte de toda cultura (también de la nuestra) y que ponen en riesgo la salud y el bienestar de las personas.

En estos casos deberá trabajarse con todo respeto, pero también con toda decisión para ayudar a la gente a revisar esas creencias y poder reemplazarlas con información veraz.

Un ejemplo de esto último es la creencia que existe en las comunidades criollas del norte de nuestro país, de que cuando una niña tiene su menarca (primera menstruación) es porque ha tenido relaciones sexuales por primera vez. Este mito, por supuesto totalmente infundado, le ha costado graves palizas a muchas niñas que no han cometido otra falta más que crecer.

■ La escuela y la prevención*

*"... Salud ya no es una mera adaptación a un medio... es un estado tal que capacita o facilita al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta.
... porque el hombre verdaderamente saludable no está, no quiere estar solo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio-cultural en el cual desplegar sus ricas posibilidades espirituales."*

René Olivieri

Prevenir es anticipar situaciones y resultados.

La educación es un elemento clave en el trabajo preventivo, ya que permite aportar elementos a las personas para que se sientan más libres en el momento de optar por conductas menos o más saludables.

Se hace necesario diferenciar entre los conceptos de prevención específica y prevención inespecífica. La prevención específica implica acciones centradas directa y explícitamente en una problemática (adicciones, VIH-sida, nutrición, accidentes, etc.); la prevención inespecífica tiene que ver con acciones que, si bien no aluden directamente a la problemática, inciden en la misma: el desarrollo de la autonomía, el uso del tiempo libre, el fomento de vínculos entre las personas, el mejoramiento global de las condiciones de vida.

Existen muchos caminos para la tarea de prevención: educar por el miedo; educar para combatir un enemigo; educar para la responsabilidad. El miedo, el dramatismo exagerado, la falta de información y la estigmatización no sólo no son caminos éticos, sino que producen efectos contrarios a los deseados.

* Tomado de Cuaderno de lecturas N° 1. 1998. Componente Educación, Sida y ETS. LUSIDA

Ninguna estrategia de acción tiene márgenes absolutos de eficacia ni puede asegurar que los jóvenes elegirán lo mejor para sí. Sin embargo, resultará positivo: -facilitar a los jóvenes el desarrollo de sus potencialidades, tornándolos así menos frágiles y vulnerables; -no incrementar el miedo y el sufrimiento; -favorecer que los jóvenes encuentren apoyo en su grupo de pertenencia escolar y que cuenten con un espacio saludable que dé sentido a sus elecciones.

Lograr que los jóvenes aprendan a conocerse, les ayudará a decidir qué aspectos de su persona pueden mejorar y cómo aceptar sus limitaciones sin que éstas perjudiquen sus posibilidades. Es necesario ayudar a los alumnos a reconocer que todos tenemos sentimientos positivos y negativos, a identificar y aceptar los suyos, y a aprender formas adecuadas de expresarles en función de un comportamiento saludable, individual y social.

Los adolescentes necesitan tener adultos referentes, así como necesitan hacerse de un espacio propio personal y grupal.

Y quizás en ningún otro momento de la vida sea la inclusión en el grupo de pares tan importante para la construcción de la identidad y del proyecto de vida. De ahí que prevenir la discriminación y la exclusión sea vital para defender la calidad de vida de los jóvenes. Los educadores tienen la posibilidad y la responsabilidad de promover espacios de reflexión sobre los efectos de la exclusión, de la iniciación sexual temprana y del abuso de sustancias tóxicas.

La educación sexual temprana facilitará al adolescente percibir su sexualidad como un proceso de co-responsabilidad, afecto y compromiso, como parte de su identidad y de su proyecto de vida.

Está probado que una educación sexual que acompaña el proceso de sexuación de niños y jóvenes, los ayuda a postergar una iniciación sexual temprana, así como les da elementos para prevenir el abuso sexual infantil, el embarazo precoz, la infección por VIH.

En este mismo sentido, la prevención del abuso de sustancias tóxicas se inscribe en un contexto de valoración de la vida y del ser humano.

En el escenario escolar, el esfuerzo compartido esperado es en torno a la acción preventiva, intentando desplazar, con esta elección, el énfasis puesto habitualmente en la lucha contra las drogas.

El uso de sustancias tóxicas en los jóvenes suele ser eventual. Un altísimo porcentaje de personas que han consumido sustancias, abandona su uso luego de ensayos iniciales. El saber, el apoyo y el planteo de alternativas vitales pueden ser los andamiajes para este alejamiento del consumo.

Asimismo, es importante desdramatizar la actual estigmatización de los usuarios, quitar angustias a la población (directa o indirectamente involucrada) a fin de ir rompiendo las barreras que obstaculizan o impiden la necesaria colaboración y participación en los procesos de integración social.

El trabajo del docente en el aula tanto en lo que respecta a la prevención específica como a la inespecífica es de suma importancia y ganará en amplitud y coherencia cuando esté articulado a un proyecto institucional.

Una escuela que encare tareas de prevención institucionalmente estará configurando un espacio para una mejor calidad de vida, una ética de la convivencia y del compromiso (integrando la diversidad) que fortalecerán los vínculos individuales y sociales.

■ Ética de la prevención*

Giovanni Berlinguer

Uno de los privilegios éticos de la prevención está en su virtud de la anticipación, en la capacidad de intervenir con el fin de evitar el daño. La equivalencia salud-bien y enfermedad-mal, como la aún más radical por su irreversibilidad vida-bien y muerte-mal, pueden ser asumidas como distinciones básicas entre los valores, como lo señala Jonás con su "sí a la vida". Es verdad que la discusión filosófica lo pone alguna vez en duda, así como también si existen casos en que pueden ser considerados contrariamente. Pero se puede agregar que la autonomía de un sujeto presupone, junto a la libertad, la capacidad de gozar de ella teniendo a su disposición los conocimientos o las condiciones psico-físicas idóneas. Ni siquiera ésta vale como regla general, pero está ampliamente reconocido que la salud es un factor que casi siempre favorece la libre elección y la participación en la vida de la comunidad. Hasta los que han definido a la salud en sentido instrumental, como capacidad del sujeto de cumplir con los deberes que le vienen asignados, en el querer someterlo con fines heteronómicos reconocen, implícitamente este valor. Finalmente (pero quizás es mejor decir en principio) la prevención tiende a consentir la realización de un programa vital inscripto en el código genético, oponiéndose justo a tiempo a las enfermedades que pudiesen alterarlo o interrumpirlo prematuramente. Se puede objetar que los programas genéticos prevén, a veces, enfermedades de carácter endógeno y que muchas enfermedades exógenas tienen un origen natural. Pero la prevención tiende justamente a corregir tanto estas condiciones como las enfermedades antropógenas; puede ser por esto éticamente basada en toda acción específica de la especie humana tendiente a favorecer el pleno cumplimiento del ciclo vital de cada individuo, a garantizarle un mayor *empowerment* (potenciamiento de la facultad junto con el poder) y a permitirle por eso ser *él mismo* un agente moral.

* En Ética de la salud. Buenos Aires. Lugar Editorial, 1996

Otra motivación reside en el principio de universalidad. Consiste, en este caso, en el hecho de que la prevención tiene una capacidad tendencialmente igualitaria. Así se ha expresado, incluso en el pasado, en las medidas del saneamiento humano o en la de la vacunación adoptada en la lucha contra la viruela, el cólera, la tuberculosis y la poliomielitis, de las que se beneficiaron más o menos todas las clases sociales y para algunas enfermedades todas las naciones del mundo. Hoy se ha agregado otra constatación que ha sido señalada por el epidemiólogo Rodolfo Saracci (*Le Monde*, 10/10/1990): *"el mecanismo que tiende a lograr el derecho igualitario a la salud para todos los ciudadanos a través de un igual acceso a los servicios de diagnóstico y curativos es absolutamente vital, pero corre el riesgo de convertirse siempre en más costoso y menos igualitario. El único medio para enfrentar simultáneamente el volumen del gasto y la desigualdad en la protección de la salud, es la prevención... Ella elimina desde la raíz una de las desigualdades más relevantes y comúnmente preñada de consecuencias en el plano personal: la desigualdad entre una persona afectada por una enfermedad y una persona que goza de buena salud. Toda la medicina tiene como meta la salud, pero sólo la prevención tiene como característica intrínseca y como fin específico la igualdad de cada ciudadano en el campo de la sanidad"*. Uno de los filósofos italianos que han analizado la relación entre ética y salud, Salvatore Veca (en *Questioni di vita e conversazioni filosofiche*, 1991, pp. 193-201), después de haber examinado la tensión entre utilidad y derechos, ha sugerido *"qué cosa une a utilitaristas y kantianos"*. Él afirmó: *"razones de utilidad y razones de derecho son esencialmente razones impersonales y neutrales respecto al agente; ellas son o pretenden ser razones para cualquiera. Esto es que coliga las dos perspectivas principales y la tendencia a la universalidad que es, junto al efecto del punto de vista objetivo en ética, una huella de la venerable regla de oro. Adoptar el punto de vista ético coincide aquí con el máximo esfuerzo de echar una mirada unipersonal sobre nuestra vida. La pregunta '¿Cómo debemos vivir?' debe reformularse más precisamente: '¿Cómo cualquiera debería vivir?'"*. Puede darse que la prevención sea un terreno fértil para confirmar o para hacer avanzar esta reflexión.

El principio de atenuar los conflictos no puede por cierto significar que la prevención pueda eliminar los contrastes: ni aquellos entre los intereses, ni aquellos entre los legítimos valores humanos que sean poco conciliables entre ellos. Pero puede reducirlos. Engelhardt Jr. sostiene que *"un sistema que concentra sus propios recursos en la medicina preventiva pone en conflicto a aquellos que requieren ya asistencia sanitaria, a favor de aquellos que podrían en un futuro ser salvaguardados de los males provocados por las enfermedades prevenibles"*. Se puede observar que esta disputa se verifica (no necesariamente) en el caso de la prevención médica, la cual recurre a los mismos recursos que pueden ser destinados a la terapia; mientras no existe o es de todos modos menor, en la prevención primaria y en la promoción de la salud que se basan en la movilización de otros recursos comprendidos los comportamientos personales.

Otro tipo de conflicto ético se encuentra en el ejercicio mismo de la profesión médica. El tema, generalmente, ha sido tratado con ironía; raramente analizado profundamente. Lo trató por ejemplo Bernardino Ramazzini en el tratado en el cual describe, en 1700, las enfermedades de casi todos los trabajadores de la época hablando de los médicos. Lo hace en estos términos: *"Es sorprendente cómo durante graves epidemias, fiebres malignas, pleuritis y otras enfermedades que se difunden en la población, los médicos clínicos permanecen inmunes casi como un privilegio de su profesión. Esto, creo, que se puede producir no tanto por las precauciones adoptadas, sino por el mucho ejercicio y por su buen humor, porque regresan a casa bien"*

cargados de dinero. He observado que los médicos no están nunca tan mal como cuando nadie está mal; este fenómeno se me ha hecho evidente en los últimos cinco años, en los cuales mejoradas las condiciones higiénicas, no se ha verificado ninguna epidemia". En sustancia, los médicos actúan según "Ciencia y conciencia", que son los dos imperativos morales de la profesión, pero viven y ganan en proporción a las enfermedades. Hay un tercer mandamiento, el de los intereses, que aun cuando no influya en las prestaciones, puede crear una situación conflictiva con ciencia y conciencia. La actividad curativa de los médicos está en sí misma impregnada de valores morales y es de todos modos destinada a persistir hasta que existan las enfermedades. Esto es para siempre: pero puede ser bueno resolver, al menos en parte, la antinomia que he señalado coparticipando los médicos a preservar la salud. No he comprobado su autenticidad, pero me pareció indicada la solución que se aplicaba a este problema en la antigua China: al médico de la familia se le pagaba mientras todos estuviesen sanos, pero el pago se suspendía cuando alguno de los miembros de la familia se enfermaba, por la simple razón de que su deber era principalmente el de mantener a todos en buena salud. Una versión moderna de esta orientación, está en la aplicación que se está cumpliendo en los Estados Unidos, y en algunos países europeos, para asociar a los médicos, aun incentivándolos económicamente, a los programas de prevención.

Probablemente, el conflicto más profundo que la prevención puede atenuar, es el que surge de la práctica de los trasplantes.

Para evitar equívocos es útil remarcar: a) que a veces el trasplante puede ser el único medio para recuperar la salud y para salvar la vida; b) que la donación de órganos, como promesa hecha por la persona o como decisión post-mortem de los familiares, es uno de los actos más profundos de la solidaridad que se puede cumplir. Considerando esto, se debe reconocer que el trasplante de órganos vitales es también la expresión de dos quebrantos: porque un individuo (el donante) ha muerto precozmente, generalmente joven y muchas veces víctima de un accidente, y el otro (el receptor) se ha enfermado gravemente de no poder sobrevivir si no es aplicando, con intención honesta, el principio *"mors tua, vita mia"*. No existen muchas investigaciones epidemiológicas o clínicas, para establecer cuántos de estos casos se hubiesen podido salvar, la vida de uno o la salud del otro o bien a ambos, con la utilización de medidas preventivas o de curas precoces. Me ha ocurrido en cambio, después de que en Italia se estableció la obligatoriedad del casco para los motociclistas y que gracias a esto se redujo a la mitad el número de los accidentes fatales, escuchar a un cirujano lamentarse "no podemos hacer más trasplantes".

Aun siendo un admirador de los milagros que a veces logran los cirujanos, me ha venido a la mente escuchando esta frase, una evaluación de Platón (*La República*, 405 A. C.) quien consideraba más desafortunada que armoniosa, una ciudad que tuviera *"la necesidad de médicos y de jueces hábiles"*. Él consideraba vergonzoso *"verse obligado a recurrir a una justicia tomada a préstamo de otros, como patronos y jueces por falta de recursos personales"* como también a *"recurrir a la medicina para toda otra razón que por heridas o ciertas enfermedades que se repiten cada año (¿la malaria?) pero por la pereza y el régimen de vida"*.

Hoy día sabemos que por la justicia, más allá de los recursos personales, es necesaria la equidad social y por la salud, además del régimen de vida, un ambiente saludable. Pero se puede todavía compartir la meta: actuar de modo oportuno y apropiado para promover y mantener estos dos valores conjuntamente indispensables para la convivencia civil y el bienestar personal, y para evitar delegarle a los jueces y a los médicos, aunque sean hábiles.

■ Bloque 2

Sexualidad

- ¿Qué quiero que comprendan?
- ¿Para qué quiero que comprendan?
- ¿Qué desempeños de comprensión espero lograr?
- Algunos recursos

Sexualidad

¿QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

¿Quién soy?
¿Cómo me veo?
¿Cómo me ven?
¿Con quiénes me relaciono?
¿Cómo lo hago?

RED CONCEPTUAL:

La sexualidad como un complejo proceso de construcción humana.

La presencia incuestionable de la sexualidad en la escuela.

Los alcances y los límites de la escuela en el tratamiento de estas cuestiones.

¿Qué es ser mujer? / ¿Qué es ser varón?

¿Qué es esta cuestión de género de la que tanto se habla?

La sexualidad humana: un tema relacionado con la vida.

El proceso de sexuación: construcción compartida por la familia, el medio, la escuela, la cultura en la que se está inmerso.

El cuerpo tiene su historia.

Episodios disonantes: su abordaje saludable.

¿Qué hacemos con las diferencias? Aceptación/discriminación.

¿Qué es una pareja? ¿Qué significa convertirse en padre y madre?

Derechos de salud reproductiva, maternidad/paternidad responsable. Las leyes de la Ciudad.

¿PARA QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

Para que:

Puedan convertirse en sujetos activos en el proceso de sexuación que atraviesan, sintiéndose acompañados por los adultos que interactúan con ellos.

Cuenten con información básica, precisa, pertinente y confiable que les ayude a comprender el momento singular del proceso de sexuación que están transitando.

Cuenten con un espacio donde puedan co-

mentar lo que les inquieta, en un marco de confianza y respeto mutuo.

Accedan a información sobre las instituciones que gratuitamente atienden las problemáticas adolescentes que exceden las incumbencias de la escuela.

¿QUÉ DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN ESPERO LOGRAR?

Que puedan:

Ampliar las posibilidades de elección y no hagan sólo aquello que vieron en modelos familiares, o en un medio de comunicación y se imaginaron o creyeron que los representaba.

Aceptar con respeto las diferencias.

Identificar situaciones que los exponen a mayor riesgo que otras, durante el proceso de cambios y transformaciones propios de su etapa evolutiva.

Reconocer el atravesamiento histórico cultural en la caracterización del ser mujer-ser varón, e identificar los rasgos de género propios de distintos momentos históricos o de grupos sociales diversos.

Incluir conductas de cuidado hacia sí mismo y el otro en situaciones de satisfacción del placer.

Defender su derecho al placer sin poner en riesgo la propia salud.

Reconocer cuándo, dónde y a quién es pertinente consultar frente a la incertidumbre.

Demostrar su capacidad de comprensión, poniéndola al servicio de lo que sienten y hacen en situaciones concretas.

ALGUNOS RECURSOS

Autores Varios. Sexualidad y educación. Revista Ensayos y Experiencias. Colección Psicología y Educación. Buenos Aires. 2001.

Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley 418/00 Salud Reproductiva y Procreación responsable. Ver en:

www.legislatura.gov.ar

Martin, O. y Madrid, Encarnación.

Didáctica de la educación sexual. Ediciones El Ateneo. Buenos Aires. 1989.

Martiñá, Rolando. Escuela Hoy: Hacia una Cultura del cuidado. Edit. Gemma. Bs.As. 1999.

Parrilla, Luis y Weiss, Martha. Curso de capacitación de Capacitadores en Sexualidad y Educación. AAPF. 1995.

Peralta, Juan. Los escenarios de la sexualidad. Marco conceptual y anexo a las Propuestas participativas del Proyecto LUSIDA. Buenos Aires. 1998.

Santos, Hilda. El proceso de sexuación desde las ciencias de la educación. Simposio del Congreso de Educación Sexual FLASSES. 1989.

Santos, Hilda y Sánchez, C. La Educación Sexual en la escuela. Grupo Editorial Latinoamericano. Buenos Aires. 1986.

SEXPRO. Guía de viaje para un/a adolescente. IPPF. 1999.

Schenck, Lía. La escuela de los niños.

Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 1998.

Stone Wiske, Martha (comp.) La enseñanza para la comprensión. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1998.

Weiss, Martha y Greco, Beatriz. Charlando sobre nuestra sexualidad en la escuela de hoy. Editorial Troquel. Buenos Aires. 1995.

Weller, Silvana. Salud Reproductiva de los/as adolescentes. Argentina, 1990-1998. En *Cultura, Adolescencia, Saúde: Argentina, Brasil, México*. Maria Coleta Oliveira (org.). 2000 Campinas: Consorcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO – UNICAMP)

Weller, Silvana El papel de los adultos en los problemas de los jóvenes. Revisando el concepto de embarazo adolescente. Secretaría Salud Pública y Secretaría Promoción de Rosario. Municipalidad de Rosario. 2001.



Sexualidad

■ Bloque 2 / Dinámicas

Dinámicas

La adolescencia

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre la propia identidad.
- Reflexionar sobre el grupo de pares.
- Prevenir la exclusión.

DESARROLLO

PASO 1

Entregar la siguiente ficha para ser completada en forma individual.

CONSIGNA:

Intenta completar el cuadro:

Aspectos que conozco de mí y otros también conocen
Aspectos que otros no conocen de mí
Aspectos que los otros afirman sobre mí y yo no reconozco

PASO 2

Pedir a los participantes que se junten con quien/es deseen y compartan lo escrito.
(El coordinador observa si se juntan de a dos o más participantes)

PASO 3

CONSIGNA:

En los mismos grupos, marquen con una **X** en un papel afiche

- ¿Cómo se sintieron al pensar en uds.?
- ¿Cómo se sintieron al compartir con un par?
- ¿Cómo se sintieron al compartir con un grupo?

Me sentí	Pensar en mí	Compartir con un par	Compartir con un grupo
<i>Bien</i>			
<i>Mal</i>			
<i>Seguro/a</i>			
<i>Inseguro/a</i>			
<i>Comprendido/a</i>			
<i>Incomprendido/a</i>			
<i>Acompañado/a</i>			
<i>Solo/a</i>			

PASO 4

En los mismos grupos, pensar tres palabras o frases que contesten:

- ¿Para qué sirvió este ejercicio?

PASO 5

Plenario: los grupos comparten lo elaborado. Si surgiera de la producción grupal la problemática de la inclusión/exclusión en grupos de pares, el coordinador podrá explicitar los posibles efectos.

Puesta en común.

La salud humana

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre la adolescencia.
- Reflexionar sobre los estereotipos que circulan respecto de los adolescentes y los efectos que los mismos producen en las personas.

DESARROLLO

- Dividir a los participantes en grupos de no más de 10-12 integrantes.
- Desplegar un papel en el centro de cada grupo.

CONSIGNA

- Trabajemos con los dichos populares que ustedes conozcan sobre la adolescencia. Recuerden todos los que hayan escuchado o leído.
- Irán recordando y diciendo todo lo que hayan escuchado o leído acerca de lo que se dice de los adolescentes.
- Después escriban en este papel, los que consideran más significativos (no menos de cinco)

PLENARIO

Se colocan todos los papeles en lugar visible y un responsable de cada grupo lee los dichos.

Preguntas para guiar la reflexión entre los alumnos:

- *¿Qué imagen de adolescencia transmiten los dichos?*
- *¿Describen tu realidad? ¿Por qué? ¿Cómo?*
- *¿Cómo te sentís ante estos dichos?*

El coordinador puede plantear preguntas que relacionen los dichos con los estereotipos sobre la adolescencia

- *¿Qué efectos tienen estos dichos?*
- *¿Qué es un estereotipo?*

Por último, se puede solicitar al grupo que trabaje propuestas que promuevan el diálogo con los adultos.

La sexualidad

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre algunos de los efectos que puede tener el respeto o la violación del "derecho a la información sobre el desarrollo psico sexual".

DESARROLLO

- Dividir a los participantes en tres grupos. Entregar a cada grupo una de las historias que figuran en la ficha de la página siguiente.

CONSIGNA A LOS ALUMNOS:

Lean individualmente los siguientes diálogos. Luego discutan en el grupo cómo reaccionaron frente a cada uno de ellos, qué pensaron, con qué acuerdan y con qué no.

Completar el siguiente cuadro en un papel afiche.

¿Con qué están....?

DE ACUERDO	EN DESACUERDO

- En plenario, los grupos leen la historia y muestran sus conclusiones escritas en el papel.

Pregunta para guiar la reflexión entre los alumnos:
¿A qué derecho refieren las historias?

- Volver a los grupos anteriores.
Si lo creen necesario vuelvan a escribir la historia de modo tal que el derecho a la información sea respetado.
- Puesta en común: reflexionar acerca de las conclusiones grupales sobre este último punto.

Esta dinámica puede adaptarse para ser utilizada con adultos.

FICHA: HISTORIAS INCONCLUSAS

HISTORIA 1

Federico tiene 5 años y le pregunta a su mamá que está embarazada:

- Mami, ¿por qué voy a tener un hermanito? ¿Cómo hiciste para tenerlo adentro de la panza?

- Mirá, Fede, hay cosas que todavía no te puedo explicar. Ya las vas a entender cuando seas más grande. Dentro de unos años papá te va explicar todo. Ahora, seguí jugando.

HISTORIA 2

Mariana y Florencia, de 12 años, conversan en el vestuario del club:

Mariana: -Vení, ¿no se lo vas a contar a nadie? Mirá lo que encontré en la mesita de luz de papá -(saca un preservativo)-. Yo nunca había visto uno de verdad, sí en fotos o propagandas contra el sida. Si se enteran en casa me matan...

Florencia: -¿Por qué? ¿En tu casa nunca te hablaron de esto? Un día mis viejos se sentaron conmigo a charlar y me dijeron que cuando llegara el momento de tener relaciones, tenía que usar esto, por el sida y para no quedar embarazada. También hablamos del amor, de cómo ellos se enamoraron y de otras cosas. Fue bárbaro.

HISTORIA 3

En una sobremesa, están reunidos Marcelo, de 14 años, su mamá y su papá:

Madre: -¿Estuviste con Paula ayer a la tarde?

Marcelo: -Sí.

Padre: -¿Y qué tal anda eso? ¿Ya están por casarse? (se ríe)

Marcelo: - No digas tonterías.

Madre: -No te enojés, queremos saber cómo te sentís, si están bien juntos, si necesitas que charlemos...

Marcelo: -No, no necesito nada. Estoy bien y lo que tengo que hablar lo hablo con mis amigos (se levanta y se va).

La salud humana

OBJETIVOS

Reflexionar sobre:

- la adolescencia;
- el diálogo entre las generaciones; y
- el cuidado mutuo.

DESARROLLO

Paso 1

Reunir a los adolescentes en pequeños grupos.

CONSIGNA:

- Se lee en voz alta la pregunta:
¿Qué piensan los adultos sobre la adolescencia?
- Se pide a los participantes que, luego de hablarlo, escriban 2 o 3 respuestas en tiras de papel (de 10 cm x 20 cm).

Paso 2

Puesta en común. Sobre un papel grande aparece este cuadro vacío:

SE EQUIVOCAN	ESTAN EN LO CIERTO

Cada grupo va clasificando y pegando las tiras de papel.

Paso 3

En los mismos grupos (o en plenario) reflexionan ¿por qué?

Paso 4

Colocar una tercera columna al lado de "se equivocan" con "propuestas".
Completar.

Es una manera de que el grupo pueda pensar alternativas que favorezcan el diálogo con los adultos.

La sexualidad

OBJETIVOS

- Favorecer que los chicos y chicas adolescentes descubran sus expectativas con respecto al otro sexo.
- Reflexionar sobre qué es una pareja en la adolescencia.

DESARROLLO

Dividir a los participantes en pequeños grupos. Entregarles un papel afiche y fibras.

CONSIGNA (VARONES):

- Dibujar, por consenso, la mujer ideal.
- Escribir, por consenso, 10 adjetivos que describan a esta mujer.

CONSIGNA (MUJERES):

- Dibujar, por consenso, al hombre ideal.
- Escribir, por consenso, 10 adjetivos que describan a este hombre.

Cada grupo pega su afiche a la vista de todos y lee las palabras o frases elegidas.

Plenario.

Preguntas para guiar la reflexión entre los alumnos:

¿Hay diferencias entre las expectativas de los chicos y las chicas? ¿Cuáles son?

¿Hay coherencia entre los dibujos y las palabras/adjetivos? (ej: imagen: chica sexy, adjetivo: hogareña, buena madre, etc.)

La sexualidad

OBJETIVOS

- Escuchar y reflexionar sobre las inquietudes de los adolescentes.
- Reflexionar sobre las inquietudes generadas por la adolescencia en los participantes.

DESARROLLO

Paso 1

Dividir al grupo en 2 grandes subgrupos **A** y **B**.

CONSIGNAS:

- Piensen diferentes situaciones de sus vidas o de otros adolescentes.
- El grupo **A** va a dramatizar aquellas situaciones en las que se vea claramente lo mejor de ser adolescente.
- Y el grupo **B**, lo peor de ser adolescente.
- Una vez elegidas estas situaciones, decidan quién o quiénes las van a dramatizar frente a todo el grupo. Aunque sean pocos los que actúen, es importante que TODOS participen del diseño de la dramatización.

Paso 2

Dramatizaciones (el coordinador registra palabras, expresiones, actitudes, situaciones que puedan ayudar a los adolescentes a analizar su realidad).

Paso 3

Preguntar al grupo **B** qué percibió como "lo mejor de ser adolescente", y al **A** qué percibió como "lo peor de ser adolescente".

Analizar si el grupo **B** interpretó lo que quisieron expresar los integrantes del grupo **A** en la dramatización, y viceversa.

Se anotan las opiniones en un rotafolio o papel afiche.

LO MEJOR	LO PEOR

PASO 4

Releer el cuadro **Lo mejor y Lo peor de ser adolescente**. Volver a los grupos anteriores. Responder, en otro papel grande, la siguiente pregunta:

¿Qué cosas pasan cuando comienza esta transformación que llamamos "adolescencia"?

PASO 5

Puesta en común. El coordinador lee las respuestas de cada grupo. Se eligen aquellas tres respuestas que aparecen repetidas más cantidad de veces.

PASO 6

Dividir a los participantes en tres grupos. Entregar una de las respuestas elegidas a cada grupo para que reflexionen y pongan en común qué saben sobre el tema. Que elijan una forma creativa para exponer el tema. Por ejemplo: poesía, narración, cuento, noticiero, mimo, humor, etc.

PASO 7

Plenario.

OBSERVACIONES

Se sugiere:

- Disponer de tiempo suficiente para sistematizar la producción de los grupos y reflexionar sobre la misma.
- Llevar a cabo la actividad en dos jornadas a fin de retomar y desarrollar las inquietudes que queden pendientes.
- Favorecer la comunicación y abrir la posibilidad de nuevas conversaciones sobre el tema.

La sexualidad

OBJETIVOS

- Reconocer la agresividad como elemento constitutivo del ser humano.
- Buscar formas más humanas y saludables de convivencia.

DESARROLLO

PASO 1

Armar grupos mixtos.

CONSIGNA:

- Conversar sobre los piropos -"elegantes o simpáticos" y los piropos "vulgares u ordinarios".

PIROPOS	EJEMPLOS
Elegantes-simpáticos	
Vulgares-ordinarios	

PASO 2

Puesta en común.

PASO 3

En grupos pequeños conversar sobre:

¿Qué siento cuando me dicen un piropo elegante? ¿Y con los vulgares?

PASO 4

Cada participante dedica, en un papel, un piropo a una persona en la que está pensando. No pone ningún nombre. A continuación dobla el papel y lo arroja al suelo junto con los demás. Se revuelven los papeles y cada participante recoge uno del montón y lee en voz alta.

La sexualidad

OBJETIVOS

- Favorecer el diálogo sobre las distintas manifestaciones de la sexualidad humana.
- Crear un clima de escucha y respeto.

Este ejercicio es pertinente para menores de 15 años.

DESARROLLO

PASO 1

Dividir a los participantes en pequeños grupos. Se entrega una copia del siguiente texto, a cada grupo.

Marcar y completar el siguiente listado:

Cuando dos personas "se gustan" y/o están enamoradas:

1. Pasean tomados del hombro
2. Se toman de las manos
3. Se van a un sitio tranquilo y "lo hacen"
4. Se besan
5. Se acarician todo el cuerpo
6. Escuchan música abrazados
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____

PASO 2

CONSIGNA PARA LA COORDINACIÓN

A partir de las respuestas el coordinador puede promover la reflexión sobre la sexualidad, ¿qué es y cómo se manifiesta?

PASO 3

Compartir las conclusiones en plenario.



Sexualidad

■ Bloque 2/Anexo bibliográfico

Anexo bibliográfico

■ Los múltiples escenarios de la sexualidad humana*

Juan Peralta

1. La educación como conversación

Podemos pensar que la actividad educativa es ni más ni menos que una forma de conversación entre docentes y alumnos. Una conversación a la manera en que Maturana entiende el término: una intersección entre lenguaje y emociones.

Cuando reflexionamos acerca de una conversación, estamos más acostumbrados a pensar en el contenido y la estructura de la comunicación y menos en las calidades e intensidades efectivas que en esa conversación se ponen en juego.

Lo que queremos decir es que una conversación es mucho más que las palabras que la componen. Una conversación genera emociones en los participantes, y esas emociones modulan el significado que los contenidos lingüísticos adquieren para los hablantes.

Las emociones modulan el significado del lenguaje: según cómo me voy sintiendo en la interacción comunicativa, interpretaré de un modo u otro las palabras de mi interlocutor.

Pero a su vez, las palabras que elijo para decir algo, las estructuras lingüísticas que construyo al hablar, son capaces de modificar o producir emociones en las personas que participan de la acción comunicativa, generando sentimientos y estados de ánimo.

Existe por lo tanto en el conversar una relación recursiva entre lenguaje y emoción. Ahora bien, son las emociones las que mueven a los seres humanos a la acción: el actuar de un modo u otro surge de los sentimientos: del afecto, de la alegría, del deseo, del miedo, de la vergüenza o de la culpa. Por tanto cuando diseñamos los espacios educativos podemos pensar que estamos diseñando una conversación, a partir de la

* En *LUSIDA, Componente Educación, Sida y ETS*. Cuaderno de lecturas N° 1, 1998.

cual deberán surgir sentimientos que muevan a la acción: a la utilización de los conocimientos adquiridos en el ejercicio de una práctica con relación a las situaciones que la vida nos imponga.

Está claro entonces que lo más importante para el éxito del proceso educativo es el tono emocional que ese proceso va adquiriendo y la motivación para la acción resultante.

2. La conversación como escenario de vida

Pero una conversación es todavía mucho más que los contenidos y estructuras lingüísticas y las emociones que se ponen en juego. Una conversación ocurre en un contexto: hay una escenografía, hay un trasfondo social constituido por una compleja trama de roles y vínculos, tiene una historia, un pasado en el cual se inscribe, y un futuro al cual se proyecta y que los participantes pueden ver como un futuro deseado o como un futuro temido.

A su vez, se entrecruzan las historias y contextos particulares de los participantes y también intervienen hechos inesperados, hechos de azar que pueden modificar total o parcialmente el sentido del proceso.

La conversación es así un proceso social en contexto. Ninguno de los factores mencionados es trivial para las personas que interactúan en la conversación y en la intersección de todos ellos los protagonistas irán construyendo sistemas de ideas, traspasados por emociones y estados de ánimo que reforzarán o transformarán las futuras líneas de pensamiento y acción de esas personas.

La educación no puede ni debe ser ingenua o aséptica: puede y debe ser una educación para la acción, no para la sola información. Si las personas que participan en el proceso educativo (e intencionalmente digo personas y no niños, pues considero que el objetivo del proceso educativo no es el niño, sino el adulto que ese niño será en el futuro), si ellos no pueden luego instrumentar los resultados de esa experiencia a favor de su proyecto de vida individual y colectivo, esa educación quedará como un arabesco intelectual sin consecuencias, un "para cumplir el programa", de poca utilidad para las personas y para la comunidad.

Probablemente todos podamos compartir de un modo u otro estas afirmaciones, sin embargo los esfuerzos que desde el campo educativo se están haciendo parecen arrojar resultados contradictorios en cuanto a la contribución que la actividad educativa está haciendo en orden a la construcción de un sistema social que garantice el desarrollo de las personas.

3. La educación para la prevención del VIH-sida

Tal vez sea en éste y en otros campos similares donde nos estamos enfrentando más dramáticamente con el problema de la capacidad de la actividad educativa para promover conductas; y estamos pagando por ello un precio muy alto en vidas humanas.

Hace poco leía en un artículo sobre prevención del sida una muy buena forma de expresar esta ecuación, que podría traducirse así: "¿Por qué, si la gente sabe lo que tiene que hacer, no lo hace?". Y es que todas las investigaciones, aquí y en casi todo el resto del mundo, indican que las personas, en su casi totalidad, tienen al menos una idea de cómo protegerse del VIH, sin embargo sólo el 50 a 60 % lo hace efectivamente,

en tanto el resto incurre, con mayor o menor frecuencia, en conductas de riesgo.

Por lo tanto, será de fundamental importancia pensar, no sólo en los contenidos de la conversación educativa, sino también, y muy especialmente, en los sentimientos y las emociones que se pongan en juego en ese proceso y los comportamientos que estas emociones induzcan.

En este sentido, es sobradamente conocido que las personas dan una mejor respuesta a las motivaciones positivas que a las negativas, operan mejor a partir de sentimientos placenteros que displacenteros, en suma responden mejor al deseo, la alegría, el afecto y la confianza, que al miedo, la vergüenza y la culpa.

Será necesario entonces reflexionar en términos muy amplios acerca de los escenarios de la educación y en nuestro caso sobre los escenarios de la educación sexual, con el fin de diseñar procesos pedagógicos coherentes y eficaces, capaces de generar comportamientos de autocuidado y solidaridad, de autorrealización y placer, de respeto por el otro y de aceptación de sí mismo, de libertad y responsabilidad.

Ahora bien, ¿cómo construir esos escenarios en la práctica pedagógica?, ¿qué variables o patrones deberíamos tener en cuenta en el diseño de una educación para la sexualidad?, ¿cómo ubicar en esos diseños los componentes subjetivos de las personas que participan, docentes y alumnos así como el resto de la comunidad educativa y aun toda la trama institucional escolar?, en fin, ¿cómo respetar las creencias y los valores de las personas sin renunciar a educar?

4. Los escenarios de la sexualidad humana

Está claro lo difícil que resulta responder a estas preguntas, especialmente en un tema que nos traspasa a todos en nuestra intimidad más profunda y que moviliza sentimientos de enorme complejidad y frecuentemente contradictorios.

Sin embargo es necesario desplegar estos interrogantes y para ello proponemos las siguientes líneas de reflexión.

En primer lugar diremos que la sexualidad humana, así como la educación, también podría ser pensada en términos de "escenarios": procesos de interacción en contexto.

Estos escenarios estarán entonces sustentados por sistemas de significados y prácticas sociales embebidos en sistemas de emociones, sentimientos y estados de ánimo.

Así, nuestras experiencias sexuales adquieren un sentido u otro según los sistemas de roles y vínculos, la trama social en que emergen, según los recuerdos, mitos y creencias que traemos de nuestra experiencia pasada y según cómo consideremos que esas experiencias de la sexualidad se integran a nuestros proyectos de vida.

Los escenarios de la sexualidad son múltiples y variados, tal vez infinitos. Esa variedad es resultado de la complejidad de factores personales y sociales que iremos mencionado y también de la idiosincrasia propia de cada individuo, pero también de las circunstancias y oportunidades que la vida nos presenta o no nos presenta.

Imaginemos por ejemplo los múltiples escenarios posibles de la iniciación sexual.

Imaginemos, por ejemplo, la situación de una pareja adolescente, ambos educados en la prohibición y el silencio con respecto a la sexualidad. Luego de un corto noviazgo en el que han ido escalando en inten-

sidad erótica durante sus encuentros, tal vez con una actitud demandante de él y una respuesta esquiva de ella, en cierta oportunidad en que se encuentran solos, tal vez con apenas una relativa y fugaz situación de privacidad, sin haberlo planeado y sin haber dialogado al respecto, se encuentran teniendo una relación sexual en medio de fuertes sentimientos contradictorios de deseo, miedo y culpa, con escasa claridad como para pensar en protegerse de los riesgos que la relación sexual puede implicar.

Pensemos también en uno de los posibles escenarios dentro de los cuales se da la sexualidad en una pareja conviviente.

Por ejemplo una pareja de larga data, cuya sexualidad es vivida como un hecho rutinario, sin diálogo, sin exploración de nuevas alternativas, con insatisfacción de uno o de ambos, quizás como una obligación (los "deberes conyugales").

Pensemos por último, en los escenarios del abuso sexual infantil intrafamiliar (que es con mucho la forma más frecuente de abuso sexual). En ellos un adulto ha sometido a su voluntad el pensamiento y los afectos de un niño o niña (frecuentemente su hijo o hija) y muchas veces ha dominado a toda la familia.

En el marco de esa relación de sumisión (o de "influencia", como la denomina Perrone) ocurren encuentros sexuales con grados variables de intensidad erótica, desde el voyeurismo o el exhibicionismo hasta la violación en cualquiera de sus formas, con la inacción y aun la complicidad de una familia confundida, asustada, impotente y en un marco de dominación y aislamiento social.

Por supuesto, más allá de estos ejemplos no muy gratos, podemos pensar (y si tenemos un poquito de suerte experimentar) escenarios signados por la alegría, el afecto, el diálogo, el respeto, la responsabilidad y también por cualquier mezcla de sentimientos placenteros o displacenteros, con grados variables de seguridad o de riesgo.

Lo cierto es que todos los escenarios son posibles en la polifacética y compleja sexualidad humana y de ningún modo podemos ubicarnos en una posición dogmática acerca de cómo la gente debe vivir su vida sexual, porque esto es algo absolutamente individual y personal, además de escapar en gran medida al control consciente de las personas: sería absurdo tratar de imponer reglas acerca de cómo desear, cómo gozar o con qué pautas morales vivir. Por supuesto, ni la alegría, ni el afecto, ni el diálogo, ni el respeto, ni la responsabilidad pueden ser verdaderamente sentidos, y por lo tanto sostenerse en el tiempo con un mínimo de bienestar, si no surgen de la convicción, de las preferencias y la individualidad de cada uno.

Sin embargo tampoco podemos decir que todos los escenarios de la sexualidad son lo mismo. De hecho el modo de vivir la sexualidad puede ser ocasión de alegría, placer y sentimientos de autorrealización, pero puede también ser causa de dolor, sufrimiento y tener costos sanitarios y sociales muy graves.

Entonces, pensando que educar para la sexualidad es educar para que las personas puedan elegir con libertad y responsabilidad, los escenarios sexuales que les permitan realizar su proyecto de vida con placer, bienestar, libertad y responsabilidad, debemos pensar qué herramientas utilizar para un análisis crítico de los escenarios de la sexualidad de las personas. Pero, como expresaba más arriba, debemos hacerlo cuidándonos mucho de caer en dogmatismo, en la descalificación del otro o tratar de imponer nuestras preferencias, prejuicios o creencias.

5. Un análisis crítico de la sexualidad humana

Podemos, en orden al fin que nos proponemos, imaginar los escenarios de la sexualidad en toda su complejidad y variedad, atravesados por dos ejes. Uno de ellos, el eje de la ética, que proponemos asimilar al concepto de los Derechos Humanos o Derechos Personalísimos: aquello a lo que las personas tienen derecho. El otro: el eje de las emociones, los sentimientos y los estados de ánimo que las personas experimentan o no experimentan, que desearían sentir o no desearían sentir en la vivencia de su sexualidad.

Los Derechos Humanos constituyen la expresión moderna del contrato social que permite la convivencia civilizada entre los seres humanos, dicho en otros términos, son una forma de afirmar la existencia de una ley simbólica basada en el consenso que compromete solidariamente a todos los seres humanos en la convivencia.

Las formas de expresar esta ley interna, base de la cultura humana, han sido diferentes en el pasado y seguramente evolucionarán en el futuro. Pero al día de hoy los Derechos Humanos no son nada más y nada menos que la manifestación de un acto de consenso de casi toda la población del planeta dirigida a salvaguardar la dignidad humana.

Entonces, pensar en el eje de los Derechos Humanos con relación a la sexualidad humana significa un intento de establecer distinciones. Significa preguntarse frente a las situaciones que se les plantean a las personas ¿de qué modo están siendo salvaguardados y promovidos los derechos de los individuos y conjuntos sociales en éste o aquel caso?, ¿de qué modo están siendo desprotegidos o avasallados en éste o aquel otro?

Las personas tienen derecho a la vida, a la libertad, a la honra, a vivir según sus creencias y convicciones, a la salud, a la información y (agrego por mi cuenta, porque por supuesto no está expresado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos) a disfrutar de su sexualidad con plenitud y seguridad según sus preferencias.

En cuanto al eje de las emociones, éste se relaciona con la individualidad de las personas, así como el de la ética da cuenta de los compromisos sociales, interpersonales.

Una causa de sufrimiento es el hecho de no poder experimentar sentimientos placenteros con relación a la sexualidad en la medida de las necesidades de cada individuo. Así, una educación para la sexualidad debería contemplar el brindar a las personas las herramientas necesarias para superar los obstáculos efectivos con relación a su sexualidad.

6. Construyendo escenarios para una sexualidad saludable

Si queremos pensar en la construcción de escenarios para la sexualidad en los que las personas puedan ejercer sus derechos y vivir la sexualidad en la búsqueda de emociones y estados de ánimos que les permitan sentirse más plenos, debemos pensar de qué modo esto podría ser posible.

Para la vigencia efectiva de un derecho es necesario que se cumplan ciertas condiciones. En primer lugar el conocimiento y la conciencia de que tengo ese derecho. Sin información y concientización de los derechos que los asisten, mal pueden las personas ejercerlos.

Lo segundo es el acceso a los medios para el ejercicio de esos derechos. De nada sirve que yo sepa y esté convencido de que tengo derecho a la salud, si después no poseo los medios para cuidar esa salud.

Lo tercero es garantizar que contamos con la protección de las instituciones contra la violación de esos derechos, principalmente a través de la justicia y sus auxiliares, basada en las leyes, pero también con la participación de todas las demás instituciones de las cuales la escuela es sin duda la más importante.

Si alguno de estos tres presupuestos falla, entonces se hace muy difícil, cuando no imposible, la plena vigencia de los derechos de las personas. Ellos pueden ser violados en los escenarios de la sexualidad de múltiples formas: cuando hay abuso sexual en cualquiera de sus formas: esto es, cuando se viola el privilegio de las personas a elegir, a decir que no, o cuando se abusa de un niño/a y se violan sus especiales derechos infantiles. También se violan derechos cuando se le oculta a las personas información sobre su sexualidad, sobre sus posibilidades, sobre los riesgos a que se expone y cómo evitarlos. Se violan derechos cuando se discrimina a las personas por sus preferencias sexuales y cuando se intenta imponer a todas las personas un único modo de vivir su sexualidad.

Para que la sexualidad se constituya en un espacio de ejercicio y promoción de los Derechos Humanos, es necesario entonces que las personas los conozcan, conozcan cómo protegerlos, a quién y cómo recurrir cuando son violados, y por sobre todo, que tengan la conciencia y la convicción de ser sujetos de derechos, lo cual es algo mucho más profundo que el sólo hecho de estar informados.

En cuanto a las emociones, podemos decir que son resultado de aprendizajes que tienen lugar, en sus aspectos más profundos, en los primeros años de vida y principalmente en el contexto familiar.

La dificultad para vivir con plenitud la sexualidad se relaciona principalmente con sentimientos de miedo, culpa y vergüenza vinculados a lo sexual. Estos sentimientos suelen ser resultado de un entorno familiar y social donde la sexualidad es vista como algo peligroso, malo, impúdico o pecaminoso, lo cual hace que se aborde el tema a través de conceptos negativos: la enfermedad, la exclusión social, el abandono o el castigo, como consecuencias inevitables de lo que hasta no hace mucho todavía se denominaba "las bajas pasiones". Otras veces estos contextos culturales se manifiestan no a través de la censura, sino mediante el silencio y la negación del tema, el ocultamiento de información, la no expresión de afecto físico, el rechazo del cuerpo.

El resultado es que muchas personas han aprendido a asociar lo sexual con algo malo, algo que tiene para las personas significados casi opuestos según el género: los hombres tienen permitido (y a veces obligado) el sexo; parecería ser como una especie de *cursus honorum* de la masculinidad, en tanto las mujeres deben ser recatadas y exclusivas, generando actitudes del tipo predador-presa. En estos casos resulta muy difícil luego, aun en el matrimonio o la pareja estable, vivir el sexo con libertad y alegría, y también brindar a los hijos una educación adecuada.

Sin embargo existe la posibilidad de ayudar a reemplazar la culpa por responsabilidad, la vergüenza por discreción e intimidad, y el miedo por convicción, de modo que todos puedan decidir libremente el vivir según la moral que elijan y en que hayan sido criados, pero viendo al sexo como un campo de crecimiento, desarrollo, placer y realización personal en el marco de un proyecto de vida.

Para ello, como se verá más adelante resulta necesario desacralizar el tema de la sexualidad, adquirir una familiaridad natural con los distintos aspectos de lo sexual y abrir instancias de diálogo en los ámbitos

sociales (la escuela, la familia, los medios de comunicación).

Entonces, la información acerca de la sexualidad como espacio de libertad, responsabilidad y (¡lo que siempre "olvidamos"!) de placer, deberá ser el eje de una educación sexual como la que proponemos.

7. Los escenarios de la educación sexual

Ahora bien, si nuestro interés es que la gente disponga de los instrumentos intelectuales y emocionales enunciados más arriba para lanzarse a la maravillosa aventura de ser sexual, y serlo con salud y plenitud, debemos pensar cuáles deberían ser las pautas bajo las cuales deberían diseñarse, ahora no ya los escenarios de la sexualidad, sino los escenarios para la educación sexual. Lo que proponemos es que esas pautas no pueden ser otras que las mismas que hacen a la construcción de los escenarios sexuales saludables de las personas: el diálogo en lugar del monólogo, la información en vez del ocultamiento, el respeto a la elección del otro en lugar de la imposición. La responsabilidad, el compromiso solidario en el cuidado mutuo, la confianza en sí mismo, el placer y la alegría, podrán promoverse como actitudes básicas hacia la sexualidad, en lugar de la culpa, el miedo, la vergüenza y el individualismo.

Proponemos trabajar entonces sobre dos líneas: por un lado los derechos inherentes a la sexualidad, por el otro una educación para el placer sexual en el marco del compromiso con el otro y la responsabilidad.

Es absolutamente necesario mantener esta transitividad entre la educación sexual y la sexualidad a la que aspiramos. Debemos, por tanto, aprender a desacartonarnos, poder bromear y disfrutar con el tema, sin que esto implique desconocer la seriedad que tiene. Pues esa seriedad no exige circunspección o un lenguaje de expediente para hablar de sexo, más bien se alcanza tocando el corazón de los educandos con valores universales, tales como la solidaridad, el respeto, el cuidado por el otro, en fin la posibilidad de amar y amarse: la conciencia de ser parte y artífice del colectivo humano.

8. Estrategias y tácticas

Para el abordaje de la sexualidad en el aula proponemos como estrategia general la dinámica de taller coordinado por el docente (¡por favor, desterrar para siempre la "charla del Dr. !!!"), mediante la utilización de técnicas participativas, poniendo a disposición de los alumnos la información básica a partir de la cual ellos trabajarán en forma presencial, como así también investigando y elaborando el material en el hogar. También sugerimos que se proponga la participación de los padres en estas tareas.

Resulta interesante darle a estas clases movimiento, re-disponiendo el espacio físico y creando una escenografía sobre la base de imágenes, afiches, etc., alusivos al desarrollo sexual, a la pareja, el embarazo, la seducción, etc.

La información a suministrar sugerimos que abarque los siguientes temas:

1. Sexualidad y derechos humanos.
2. Aspectos psicológicos de la sexualidad.
3. Aspectos sociales de la sexualidad.
4. Aspectos biológicos y sanitarios.

Es frecuente que se ponga todo el acento en la fisiología reproductiva, o que se tienda a "medicalizar" el tema. Desaconsejamos ambas cosas, ya que muchas veces sirven de excusa para que tanto docentes como alumnos se refugien en hormonas y células, eludiendo los demás aspectos del tema, por cierto mucho más difíciles de abordar, pero mucho más relacionados con la problemática y los riesgos de mayor gravedad: prevención de sida y ETS, prevención de embarazos no deseados, prevención de la violencia sexual, mitos y prejuicios sobre la sexualidad, discriminación, iniciación sexual, etc.

Estos aspectos de la sexualidad tienen mucho más que ver con una actitud de cuidado y responsabilidad que con información fisiológica, aunque por supuesto la requieren.

Otro punto muy a tener en cuenta, como se sugirió antes, es el lenguaje. Generalmente se trabaja sobre la idea de dos lenguajes sobre el sexo: uno es el lenguaje "oficial", científico, que tiene la ventaja de que mucha menos gente se ruboriza al utilizarlo, pero por otro lado tiende a lavar, desexualizar la conversación sobre lo sexual; el otro es el lenguaje de la calle, el lenguaje considerado soez o impropio tiene más que ver con las verdaderas conversaciones sobre sexo de los niños (y de los adultos), pero resulta de mal gusto, chocante para muchas personas, además de vulgarizar el sexo en cuanto que se relaciona en muchas de sus expresiones con prejuicios de género asociados a una concepción machista del sexo.

Sin embargo hay un tercer lenguaje, tal vez el más genuino de todos, aunque por cierto subestimado y proscrito por la enseñanza oficial: es el lenguaje del amor, aquellas palabras con que nos referimos a las partes sexuales de las personas que amamos (parejas, hijos), el modo en que denominarnos en el contexto de la intimidad afectiva a nuestras actividades sexuales, todas esas palabras tiernas y cálidas que sin embargo son muchas veces connotadas como incorrectas. Pues bien, es hora de que aceptemos que los tres lenguajes existen y cada uno es tan importante como los otros, cubriendo necesidades expresivas para las cuales los tres resultan indispensables.

En cuanto a los derechos, recomendamos considerar:

El derecho a la vida y a la salud: información acerca de los métodos para prevenir el sida y las ETS, y la conciencia para exigir del otro los cuidados del caso.

El derecho a la libertad de elección: en cuanto al cómo, cuándo y con quién ejercer la sexualidad, el derecho a no ser obligado a prácticas que por razones de creencias, convicciones o preferencias no resulten aceptables.

El derecho a la honra: a ser respetado, no discriminado, no sometido a prácticas sexuales no elegidas o fuera de las condiciones de edad y capacidad de decisión que garantizan la libre elección. Respeto por la intimidad de las personas.

Derecho a vivir según las propias convicciones morales o religiosas, en tanto esa forma de vivir la sexualidad no viole los derechos ajenos.

Respeto a los preceptos morales y culturales que los padres desean inculcar a sus hijos, en tanto, nuevamente, no violen otros derechos.

Derecho a la información sobre el propio cuerpo, sobre los modos de protegerlo, sobre los modos de acceder a una sexualidad plena y placentera, sobre los modos de buscar protección y asistencia cuando se está en riesgo o cuando los derechos de las personas están siendo violados.

Derecho a vivir según las propias preferencias sexuales.

En cuanto a los aspectos psicológicos, se sugiere informar sobre el desarrollo psicosexual del individuo, sobre el papel que cumple la sexualidad en la autorrealización de las personas y sobre los riesgos derivados de una mala información sexual, de la imposibilidad de dialogar sobre el tema entre padres e hijos y en la pareja, y también brindar información veraz acerca de los mitos y creencias infundadas sobre temas sexuales.

En cuanto a lo social, resulta de especial interés considerar el valor de la sexualidad en los vínculos de pareja, el costo social de una educación sexual ineficaz, en especial el costo de la discriminación, de la falta de responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, la necesidad de brindar a los hijos una educación sexual, pero también de aceptar sus elecciones, siempre con un criterio proporcional a la edad. Resulta importante llamar la atención sobre la prevención y ayuda con referencia a los delitos sexuales, en especial el abuso de niños o niñas.

En cuanto a lo biológico y sanitario, es necesario informar sobre la fisiología de la reproducción y del acto sexual, sobre el desarrollo físico de niños y niñas, sobre anatomía humana, sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre su prevención, sobre el ciclo fértil, el control de la fertilidad y sobre el embarazo. También deberá promoverse, sobre todo en las niñas la importancia del control médico para la prevención de enfermedades clínicas y ginecológicas, vinculadas al aparato reproductor.

La información se brindará no sólo mediante la clase expositiva, sino también, bibliografía, folletos, medios audiovisuales, etc., siempre que ello sea posible. Los alumnos deberán trabajar debatiendo y elaborando la información disponible, buscando el consenso pero respetando el disenso, aclarando en todo momento las carencias de información técnica o las confusiones o falsas creencias sobre la misma.

Las técnicas de trabajo pueden ser muchas (brain storming, trabajo en pequeños grupos, con afiches, investigación a partir de preguntas, escenificaciones, etc.). La cantidad y calidad de información deberá ser adecuada a la edad de los niños, pero debe cuestionarse la idea de que al niño sólo hay que contestarle lo que pregunta, ya que muchas veces los niños desean o necesitan saber sobre algo pero no se atreven a preguntar o lo consideran inútil.

9. Una pedagogía de la pregunta

Se nos ha enseñado que siempre debemos tener la "respuesta correcta" para todo. Especialmente a los docentes de todos los niveles se nos ha hecho sentir que siempre debemos conocer la solución de cada duda de nuestros alumnos y en nuestras formaciones académicas se nos ha instado todo el tiempo a pensar que cada pregunta tiene una y sólo una respuesta correcta y todas las demás por lo tanto son incorrectas. Pues bien, debo decir aquí que esta lógica aristotélica en la que todos hemos sido formados tiene graves zonas grises. En el campo de la sexualidad humana (y en realidad en cualquier otro) existen preguntas de gran importancia para las cuales no existe una respuesta "correcta" y otras para las que existen muchas respuestas correctas distintas entre sí.

Y es que las preguntas no necesariamente se han inventado para ser respondidas, en realidad se han inventado para algo mucho más interesante: para ser formuladas y para pensar en ellas.

En realidad tenemos una idea equivocada de lo que es una pregunta genuina. Desde la teoría de los actos de habla de Austin y Searle, podemos decir que una pregunta será genuina cuando desconozco la respuesta o cuando estoy dispuesto a aceptar diferentes respuestas a esa pregunta. En cambio cuando hago a alguien una pregunta para la cual sólo estoy dispuesto a aceptar una única respuesta que conozco de antemano, ello no es una pregunta, sino que constituye un pedido. Cuando la maestra dice "a ver, Cachito, ¿qué día Colón descubrió América?", no importa cuántos signos de interrogación le pongamos a la frase, desde el punto de vista del valor locutorio de la comunicación ésa no es una pregunta sino un pedido: "decime tal fecha".

Una pregunta genuina sería por ejemplo: ¿Por qué Colón descubrió América?. Esta pregunta sí que admite varias respuestas: por ansia de poder y dinero, por los intereses económicos del rey de España, por los avances tecnológicos de la navegación, por azar, por la disputa con los portugueses sobre los intereses geopolíticos en oriente, etcétera, etcétera.

Sugerimos pensar entonces, en especial para la educación sexual, en una pedagogía de la pregunta, donde se estimule a los alumnos, justamente, a formularse preguntas y a explorar las posibles respuestas a esas preguntas. Una pedagogía donde el maestro esté dispuesto a aceptar diferentes respuestas para las mismas preguntas, respuestas que surgen de distintas educaciones, distintos trasfondos culturales, distintas preferencias personales. Una pedagogía donde el maestro pueda además "no saber" una respuesta y admitirlo frente a los alumnos, promoviendo en cambio la investigación en la búsqueda de esas respuestas.

Un maestro que sepa decir "no sé" es un maestro que transmite a los alumnos una actitud de humildad frente al conocimiento, que permite la búsqueda y la construcción del conocimiento en un proceso de creación y cooperación entre alumnos y docentes. Un maestro que puede decir "no sé" es un maestro libre de la presión del saber y que puede, por lo tanto, cuestionarse y pensar sobre los diversos modos de trabajar con sus alumnos en la co-construcción de un conocimiento creativo.

10. A modo de conclusión

La sexualidad humana está presente siempre, de un modo u otro en cada instante de la vida, en los vínculos que construimos, en nuestros momentos de mayor goce y a veces también en los de mayor sufrimiento. Tiene que ver con los espacios sociales más importantes que creamos en el devenir de nuestra existencia: la pareja, los hijos, la familia.

Somos seres sexuales, pero a diferencia de nuestros primos los mamíferos superiores, nuestra sexualidad es eminentemente simbólica: a través de ella construimos gran parte de nuestra imagen de nosotros mismos y de la de los demás. La sexualidad, en fin, nos acompaña desde el primero hasta el último día de nuestra vida, y todas las culturas, de todos los tiempos, aún los pueblos tribales más cercanos al paleolítico que hemos podido conocer, han ensayado formas más o menos complejas y elaboradas, más o menos deliberadas para educar sexualmente a sus niños.

Hablando de sexualidad, en cierta ocasión le preguntaron al poeta Baudelaire, quien tenía fama de gran seductor, cuál era el secreto de su éxito con las mujeres, a lo cual el poeta respondió: "Estar ahí".

Nuestros alumnos y nuestros hijos, en el mundo de hoy, merecen, necesitan, que como educadores sexuales, siempre estemos ahí.
Hagámoslo dignamente.

Charlando sobre nuestra sexualidad*



Martha Weiss y María Beatriz Greco



Qué es una pareja? ¿Por qué las personas están generalmente en pareja? ¿Puede alguien decidir no tener pareja? Elegir a otra persona para estar juntos y compartir un montón de cosas es pensado muchas veces como "lo ideal". Sin embargo, no parece ser nada fácil. Las parejas se arman y se desarman. Algunas se construyen de a poco y otras viven momentos fugaces. Hay parejas "para siempre" que conforman una familia, tienen hijos, nietos y llegan juntos a la vejez, y parejas que tienen otros proyectos de vida o se separan y forman nuevas parejas, nuevas familias.

Propuesta N°1

Pueden formar grupos pequeños, de dos o tres chicos y chicas, a fin de hacer juntos un juego de imaginación. Es importante que cada grupo incluya varones y mujeres. Escribirán la historia de una pareja, contando cómo se conocieron, cómo se sentían juntos, qué esperaba uno del otro, qué cosas compartían, por qué causas discutían, etc. La historia puede tener la duración y el final que cada grupo elija, todo depende del tipo de pareja que imaginen.

Luego leerán cada narración al resto del grupo y tratarán de pensar entre todos:

- a- ¿qué es una pareja?,
- b- ¿qué esperan varones y mujeres cuando forman una pareja?,
- c- ¿hay diferencias entre las expectativas de los varones y las de las mujeres al elegir estar en pareja?,

* En *Charlando sobre sexualidad en la escuela de hoy*. Editorial Troquel. 1995.

- d- ¿qué les gustaría encontrar a cada uno de ustedes en otra persona para elegirla como pareja?,
- e- ¿qué diferencias hay entre una pareja de personas adultas y una pareja de adolescentes?

Tomemos alguna de las historias que hayan pensado. Es probable que los miembros de una pareja hayan decidido no solamente estar juntos compartiendo gran parte de sus vidas, casándose o conviviendo, sino que hayan pensado en tener hijos. Esta es una decisión importante que un hombre y una mujer toman y que transforma sus vidas.

Trataremos de comprender lo que sucede en una pareja cuando sienten el deseo de ser madre y padre y se proponen tener un hijo.

En algunos casos la decisión de ser padres se toma después de que el hijo ha sido gestado, es decir, cuando la mujer ha quedado embarazada sin haberlo elegido previamente. ¿Qué puede sentir en estos casos una pareja, de qué diferentes maneras pueden vivir un hombre y una mujer esta situación? Y cuando esto sucede en una pareja de adolescentes, ¿quién y cómo se toman las decisiones?

Algo que también deciden las parejas cuando no desean tener hijos es el método anticonceptivo que utilizarán a fin de vivir su sexualidad con plenitud, sin que esto implique necesariamente procrear. Nos preguntamos además si cualquiera de los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados tanto por parejas de adolescentes como por parejas de gente adulta.

Finalmente, trataremos de pensar en la difícil decisión que toman algunas personas cuando no quieren continuar con un embarazo que se ha producido y que no han deseado: el aborto. Lo haremos a través de todo lo que nos informaron los medios masivos de comunicación sobre el tema en los últimos tiempos.

Propuesta N° 2

Planteamos una serie de temas para que investiguen por grupos:

- a- Convertirse en padre y madre: el proceso de gestación, embarazo, parto y la pareja de padres.
- b- Los métodos anticonceptivos.
- c- Discusiones sobre el aborto: lo que recibimos de los medios de comunicación.

Formen grupos de cinco o seis chicas y elijan el tema que más les interesa. Puede haber más de un grupo investigando el mismo tema. Pidan orientación al profesor que consideren más indicado para ayudarlos, busquen bibliografía, artículos de actualidad en los diarios, hagan entrevistas o inviten a charlar a especialistas que conozcan cada tema: médicos obstetras, ginecólogos o profesionales dedicados a adolescencia, psicólogos.

Tengan en cuenta que, sobre todo en relación con los temas métodos anticonceptivos y aborto, existen muchas opiniones diferentes. Es importante que, además de informarse, las conozcan y sepan por qué cada uno piensa lo que piensa. Así, es posible ir formando la propia opinión con fundamentos válidos.

Finalmente, elaboren un informe y transmítanlo a sus compañeros. En cada caso incluyan las conclusiones a las que ha llegado el grupo y la evaluación personal que hacen del tema.

Nuestros aportes son estos:

¿QUÉ ES UNA PAREJA?

La pareja es la unión de dos personas que se eligen mutuamente para compartir diversos aspectos de su vida con una cierta continuidad en el tiempo.

La elección de la pareja es algo totalmente particular, depende de los modelos, de la historia personal, de las expectativas y los deseos que cada uno tenga y que no siempre se conocen clara y conscientemente.

Cuando una pareja se constituye, es decir, cuando dos personas deciden estar juntas, encontrarse, compartir, se establecen pautas por parte de cada uno de los miembros y se realiza un "acuerdo". Este no siempre se dice explícitamente, con palabras, pero existe y regula toda la forma de relacionarse, determina si será una pareja donde cada uno se hará muy dependiente del otro, si se dedicarán la mayor parte del tiempo o no, si será una pareja donde cada uno guarde su espacio de libertad, etc. Con el transcurso del tiempo este acuerdo puede ir modificándose y así se irá escribiendo la historia de la pareja.

Las características de cada acuerdo están dadas por lo que cada miembro espera encontrar en esa pareja, por las expectativas que tiene y las pautas que propone para que se hagan realidad. Por ejemplo: un hombre desea que su pareja se dedique sólo a él, que no se relacione con otras personas y menos aún con otros varones. Hará todo lo posible para ir evitando esas relaciones, no se encontrarán con amigos y tratará de controlarla para que ella no lo haga a sus espaldas. La mujer puede aceptar esto y adaptarse a una nueva forma de vida, puede intentar cambiar las expectativas de su pareja proponiendo ella sus pautas o puede decidir no seguir adelante con la relación.

Otro ejemplo: una mujer no logra nunca formar una pareja que perdure un cierto tiempo. Antes de llegar a conocer en profundidad a su compañero, decide que "no es para ella" y termina su relación. Generalmente se siente defraudada, ninguno es como ella espera que sea. Cree saber muy bien las características que debe tener un hombre para poder enamorarse de él y considera que el problema es que aún no ha encontrado ese "hombre de sus sueños". A veces se pregunta: ¿existe?

No siempre aquello que cada uno espera se cumple, porque difícilmente la otra persona sea idéntica al modelo que construimos internamente, que tenemos incorporado a partir de nuestra propia historia, de cómo creemos que tiene que ser una pareja.

Gran parte de las dificultades de las parejas provienen de esto: la diferencia que hay entre lo que esperamos que suceda y lo que sucede en la realidad.

La primera época de una pareja se caracteriza por la idealización del otro, es decir, cada uno cree que la otra persona es ese modelo ideal que esperaba, "el príncipe azul" o "la mujer ideal". Cuando el tiempo va haciendo más real la relación, se empiezan a ver en el otro aspectos que antes no se advertían y se hace necesario aceptar diferencias e ir reconociendo y respetando a esa otra persona tal como es.

Esa primera etapa también es generalmente una etapa de fusión, de confusión entre las dos personas, donde todo tienen que hacerlo juntos y donde se pierde el límite entre uno y otro. Pareciera que el estar en pareja invade todo lo que se vive, se piensa, se siente.

La idealización y la fusión son características de algunas parejas en su primera etapa y suelen darse en las parejas de adolescentes. ¿Por qué?

En la adolescencia se viven las primeras experiencias de encuentro con personas del otro sexo, aparece la atracción, la seducción, el deseo, se empieza a conocer cómo es una mujer o cómo es un varón y a vivir la sexualidad como varones o como mujeres.

Hasta ese momento y durante toda la niñez las relaciones más importantes han sido las familiares, con los padres y hermanos, relaciones de cariño, ternura y también hostiles. Al comenzar la adolescencia, todo el interés puesto en estas relaciones se desplaza hacia fuera de la familia y así, los amigos y los novios se transforman en las personas más importantes, de quienes se espera todo lo mejor y a quienes se les pide una dedicación exclusiva.

La primera pareja para un adolescente es una experiencia que se desea y se teme vivir a la vez, es algo que se espera con gran ansiedad y por lo tanto, hace que las expectativas sean muy elevadas. Se concentran allí todas las ilusiones, los sueños, todo lo imaginado desde la niñez acerca de lo que significa "estar en pareja".

No es extraño que, ante la menor falla, la decepción sea enorme y que la primera experiencia de pareja que se ve interrumpida, se viva como un gran fracaso.

Sin embargo, es posible que esa experiencia que se siente como dolorosa, sea preparatoria para realizar futuros encuentros con otra persona, tal vez más enriquecedores.

En ninguna época, los chicos y las chicas adolescentes comenzaron a formar parejas sabiendo cómo es estar con alguien del otro sexo, qué piensa y qué siente el otro, de qué manera pueden relacionarse, comunicarse, entenderse. Todo esto también se construye, esta vez de a dos.

Una poesía de Mario Benedetti expresa cómo se sienten, a veces, las personas en relación con su pareja:

CORAZÓN CORAZA

*Porque te tengo y no
porque te pienso
porque la noche está de ojos abiertos*

*porque la noche pasa y digo amor
porque has venido a recoger tu imagen
y eres mejor que todas tus imágenes
porque eres linda desde el pie hasta el alma
porque eres buena desde el alma a mí
porque te escondes dulce en el orgullo
pequeña y dulce
corazón coraza
porque eres mía
porque no eres mía
porque te miro y muero*

*y peor que muero
si no te miro amor
si no te miro*

*porque tú siempre existes dondequiera
pero existes mejor donde te quiero
porque tu boca es sangre y tienes frío
tengo que amarte amor
tengo que amarte aunque esta herida duela como dos
aunque te busque y no te encuentre
y aunque
la noche pase y yo te tenga
y no.*

Nuestros aportes sobre los temas de investigación:

A- Convertirse en madre y padre

Una mujer, un hombre, pueden convertirse, en un determinado momento de sus vidas, en madre y padre. Esto no significa que dejen de ser mujer y hombre, sino que a estos roles se agrega el de ejercer la maternidad y la paternidad, es decir, hacerse responsables de la crianza y el sostén de un nuevo ser.

¿Y cómo sucede esto? Seguramente no es ninguna novedad para los chicos y las chicas de hoy de qué manera se hace un bebé. Lo han charlado entre ustedes, lo han estudiado en biología (aparato reproductor femenino y masculino, gestación, etc.), se los ha explicado algún profesor o sus padres.

En otras épocas se hablaba de "cigüeñas", de "valijas", de "semillitas"... y los chicos seguían sin entender demasiado.

No obstante, hoy se da información sobre la concepción de distintas maneras, transmitiendo diferentes ideas. A nosotras nos interesa mostrarles que la acción de hacer un bebé, de concebir una nueva vida, supone el protagonismo de una mujer y un varón que se unen y ceden parte de sí mismos para crear un nuevo ser.

No se trata, como dice la licenciada Eva Giberti -una psicóloga que desde hace mucho tiempo trabaja en educación para la sexualidad- de un padre que siembra semillas en una madre que las recibe pasivamente. Hombre y mujer participan activamente, en grados diversos, de todo el proceso del acto sexual y la fecundación.

Una de las formas de explicar la concepción a chicos y chicas pensada por Eva Giberti -mencionada en su libro "*Sexualidades: de padres a hijos*" - es la siguiente:

"El papá, cuyo pene está agrandado y levantado, se introduce en la vagina de la mamá y suelta, emite, eyacula su semen. El semen es un líquido que contiene millones de espermatozoides (sumamente fáciles para ser dibujados) que no se ven a simple vista pero que están moviéndose dentro de ese líquido. Están formados por un núcleo y una cola larga que es la que les permite nadar.

La mamá ha formado dentro de su panza un huevo que se llama óvulo: cuando nacen, todas las mujeres tienen dentro de ellas millones de óvulos que no se ven y que se pondrán en marcha cuando llegue la pubertad, cuando la nena crezca. Uno de esos

óvulos se convertirá en un huevo fecundado cuando se junte con el espermatozoide del papá. Los espermatozoides se deslizan, corren dentro de la panza de la mamá, pasando primero por la vagina y después por la puerta del útero, tratando de llegar a la región donde el óvulo está listo para iniciar un nuevo trabajo: la fecundación.

Ese óvulo tiene dos capas a su alrededor, que se llaman membranas: todos los espermatozoides que vienen corriendo podrán pasar por la primera membrana, pero sólo uno podrá atravesar la segunda. En el camino, el espermatozoide tuvo que hacer algunos cambios, madurar, modificarse. No llega hasta el óvulo tal cual salió de adentro del papá. No. Primero fue necesario que madurase. ¿Y cómo maduró?... El también tiene dos capas alrededor de su núcleo o cabeza y tendrá que abandonarlas y quedarse desnudo para poder entrar en el óvulo. Esa preparación se llama capacitación y es parte del trabajo del espermatozoide que va disolviendo esas capas que lo recubren debido a unos jugos que se forman dentro de la panza de la mamá. Cuando el espermatozoide, uno solo por lo general, ya se ha capacitado, ingresa dentro del óvulo, atravesando la última membrana que lo recubre. Entonces, al entrar pierde su cola, la deja afuera y dentro del óvulo queda el núcleo del espermatozoide. En ese momento se produce la fecundación, es decir, empieza la formación del bebé, después de grandes trabajos del óvulo y del espermatozoide; pero el papá y la mamá no se dan cuenta de que pasa todo eso. El interior del cuerpo de la mujer se transforma en un taller de producción de vida donde trabajan partes de la mujer y del varón".

El taller de producción en marcha. El embarazo

Durante el embarazo, son muchos los cambios que se producen en la pareja. Sí, en la pareja, hoy no se dice solamente que la mujer "se embaraza", sino que también el hombre, en cierto sentido, atraviesa por esa situación.

No profundizaremos en los aspectos biológicos del embarazo -los cambios del cuerpo materno y el crecimiento del feto dentro del útero materno- sino que nos centraremos en las transformaciones psicológicas que se van dando en una mujer y en un hombre mientras esperan la llegada de su hijo.

La mujer y el hombre ven modificarse el cuerpo de la futura madre: las caderas se ensanchan, el vientre se agranda y pueden aparecer algunos malestares, sobre todo al comienzo, durante los tres primeros meses de embarazo. Pueden producirse náuseas, vómitos, mareos, producto de la implantación del nuevo ser dentro del cuerpo materno. Luego, hacia el final del embarazo, en los tres últimos meses, es común la fatiga debido al peso del bebé que ya ha alcanzado un tamaño considerable. Más allá de esto, si no existen dificultades particulares, el embarazo no produce trastornos en la salud de la mujer ni es una "enfermedad".

Tampoco es una razón para que se vea afectada la vida sexual de la pareja. La actitud ante las relaciones sexuales durante el embarazo es diferente en cada hombre y cada mujer. Con frecuencia, los hombres sienten temor de dañar al bebé durante la penetración. Sin embargo, esto no es posible, porque el feto y la envoltura que lo protege, se hallan en una zona fuera del alcance de los contactos entre el hombre

y la mujer durante el coito. Las relaciones sexuales sólo pueden afectar un embarazo cuando éste presenta dificultades, cuando existen pérdidas de sangre, o riesgo de que se produzca un aborto.

La vida sexual de una pareja embarazada puede, no obstante, verse disminuida en algunos casos porque el deseo de mantener relaciones sexuales decrece. Esto es algo que sucede en algunas parejas y que no significa que haya algún trastorno.

Todos estos cambios pueden ser vividos con gran alegría o con malestar, de acuerdo a la disposición de la pareja para convertirse en padres. Si existe el deseo de tener un hijo, los malestares pasan a un segundo plano y el centro de interés es "pensar en el bebé", aceptando las modificaciones del cuerpo y de la sexualidad como algo necesario para su crecimiento.

La principal tarea a la que se dedican los futuros padres es la de pensar en el hijo. El solo hecho de imaginarlo, de hablar de él, de buscarle un nombre y prepararle su primera ropa, su cuna y el espacio que ocupará, van construyéndole un lugar. Nada es más difícil de resolver para un niño que llegar a un mundo donde no se le ha creado un lugar, "un lugar para vivir".

La maternidad y la paternidad se construyen desde el embarazo, desde que el hombre y la mujer pueden comenzar a comunicarse dentro de sí mismos con el hijo que vendrá. Ser madre y ser padre no es un estado "natural", tampoco se alcanza automáticamente no bien las personas saben que tendrán un hijo. Comenzar a darse cuenta de que uno se convertirá en madre o padre produce mucha ansiedad y sentimientos diferentes, a veces contradictorios: amor, ganas, temores, rechazos.

Aunque el hijo que se espera sea deseado, todas las parejas embarazadas sienten temores, se preguntan cómo harán para criarlo, si serán buenos padres, si el niño nacerá sin problemas y si se desarrollará normalmente.

La responsabilidad de ser padres no es algo sencillo de asumir, además hacen falta una serie de condiciones para que la llegada del bebé se viva como un hecho feliz y exista un lugar preparado especialmente para él. Esto generalmente no sucede cuando se produce el embarazo en la adolescencia.

B- Los métodos anticonceptivos

Así como una pareja decide estar unida, compartir muchos momentos de su vida, tener relaciones sexuales, tiene la responsabilidad de elegir un método anticonceptivo si no desea tener hijos. Seleccionarlo y aprender a utilizarlo correctamente también es algo que se hace de a dos. La anticoncepción no es una decisión que deba tomar sólo la mujer o sólo el varón, aunque el método sea utilizado por uno de ellos.

Algunos datos que aporta *El libro de la sexualidad*, editado por Página 12, indican que "si no se utiliza un método anticonceptivo, una pareja fértil y sexualmente activa tiene entre un 80 y un 90% de posibilidades de quedar embarazada en 12 meses". Esto resulta preocupante si tenemos en cuenta que cuando las parejas adolescentes deciden tener relaciones sexuales "tardan un año antes de comenzar a usar métodos anticonceptivos. Tener o no anticonceptivos no modifica la decisión de tener relaciones sexuales, pero, sin embargo, sí afecta gravemente al riesgo de embarazo".

La elección del método anticonceptivo depende de varios factores: la edad, el costo económico, la eficacia del método, las necesidades y preferencias de la pareja y la confianza que tengan en cada método. Antes de elegir uno, siempre es conveniente que ambos realicen una consulta con un especialista. Es importante tener en cuenta los antecedentes médicos, especialmente de la mujer, ya que no es lo mismo utilizar un método después de un parto o aborto, después de haber tenido varios hijos o no teniendo ninguno, como sucede con las adolescentes que inician su vida sexual. Debido a los importantes cambios hormonales que se dan en la adolescencia, algunos métodos pueden ser desaconsejables y todos requieren un control periódico con un profesional.

No es posible hablar del "mejor método" anticonceptivo para todas las parejas. Cada persona y cada pareja tendrá que evaluar cuál resulta ser "su" mejor método. Tampoco existe un método totalmente seguro, sino que cada uno tiene un porcentaje de eficacia que lo hace más o menos confiable.

Desde la ciencia médica se indica que el método anticonceptivo debe cumplir cuatro condiciones:

Reversibilidad: que permita recuperar la fertilidad cuando se desee.

Eficacia: que permita evitar la fecundación cuando no se la desea.

Tolerancia: que evite efectos secundarios no deseados.

Aceptabilidad: que pueda ser aceptado desde las creencias y la historia personal de cada pareja, enriquecida por la correcta información científica.

Con mucha frecuencia los métodos son mal utilizados por descuido o desconocimiento, lo cual reduce en gran medida su eficacia. Esto significa que no basta con utilizar un método anticonceptivo, sino que es indispensable saber usarlo correctamente. De allí la importancia de la consulta con el especialista.

Podemos identificar seis clases de métodos anticonceptivos: naturales, de barrera, hormonales, intrauterinos, químicos y esterilizantes.

Métodos naturales: se basan en el funcionamiento del organismo, en las características del ciclo menstrual, sin que se utilice ningún elemento o sustancia.

- Método del calendario (Ogino y Knaus): se fundamenta en evitar las relaciones sexuales durante los días presuntamente fértiles de la mujer. Estos se calculan teniendo en cuenta que 14 días antes de la menstruación se produce la ovulación, es decir, la maduración de un óvulo que puede ser fertilizado durante los dos días que vive, alojado en las trompas de Falopio. Ese período de ovulación es difícil de determinar pues en cada mujer el ciclo menstrual es variable.

- Método de la temperatura basal: se ha observado que la temperatura del cuerpo femenino sube alrededor de medio grado centígrado uno o dos días después de la ovulación y se mantiene así hasta la menstruación siguiente. Esos dos días en que se advierte que subió la temperatura son días fértiles en los que no deben tenerse relaciones sexuales. Este método requiere mucha constancia pues la mujer debe tomarse la temperatura diariamente, antes de levantarse, para verificar el momento exacto de su ovulación.

- Método del moco cervical (Billings): la mujer debe aprender las características del moco cervical que se va modificando a lo largo del ciclo menstrual. Durante los días fértiles aumenta la cantidad de moco

cervical y se hace más gelatinoso y elástico. Se pueden tener relaciones antes de la ovulación hasta el día en que aparece este tipo de mucosidad y después, a partir del momento en que el moco vuelve a ser escaso. Este método se utiliza generalmente combinado con alguno de los anteriores.

- Coito interrumpido: consiste en que el hombre retira el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Es muy poco eficaz ya que es bastante común que haya una pequeña emisión de semen antes de la eyaculación por lo que se puede generar la fecundación. Por otra parte, limita la posibilidad de la pareja de realizar el acto sexual completo y puede traer trastornos para el hombre e insatisfacción para ambos.

Métodos de barrera: evitan la concepción impidiendo que los espermatozoides sean depositados en la vagina o que lleguen hasta las trompas. No producen efectos secundarios ni complicaciones médicas importantes.

- Preservativo: es una funda de látex con la que el hombre cubre su pene y que debe colocarse cuando éste está en erección, antes del coito. Es necesario dejar un espacio libre en el extremo, donde se pueda contener el semen una vez producida la eyaculación. Además de prevenir la concepción, es un método efectivo para prevenir la transmisión por vía sexual del VIH, causante del sida en los humanos y de otras enfermedades de transmisión sexual. Es fácil de obtener y de bajo costo. En algunos casos suele ser rechazado por hombres y mujeres por sentir que interfiere en la espontaneidad del acto sexual o que resta sensibilidad.

- Preservativo femenino: de reciente aparición, consiste en una bolsa delgada de material plástico transparente con dos anillos flexibles, uno interior y otro exterior. Se coloca en el cuello del útero y llega a cubrir la vulva. Su colocación es más compleja que la del preservativo masculino y está en período de prueba en cuanto a su aceptación, tanto por parte de las mujeres como de los hombres.

- Diafragma: es un dispositivo semiesférico de látex, una membrana bordeada por un aro de metal flexible recubierto de ese material. La mujer debe colocarlo cubriendo el cuello del útero, antes de realizar el acto sexual y retirarlo ocho horas después. El tamaño del diafragma debe ser determinado por el ginecólogo, quien debe controlar también que la mujer sepa colocarlo correctamente. A menudo se combina este método con algún espermicida (método químico).

- Esponja anticonceptiva: es una esponja que se impregna con espermicida y que se coloca en el cuello del útero antes del acto sexual, retirándose seis horas después. Es efectiva durante 24 horas y puede proteger contra algunas enfermedades de transmisión sexual.

Métodos Hormonales: Son los que contienen hormonas sexuales femeninas y actúan inhibiendo la ovulación. Impiden que la hormona LH estimule el ovario para que éste produzca el óvulo. Los más conocidos son las pastillas anticonceptivas. La mujer debe tomar una pastilla todos los días independientemente de la mayor o menor frecuencia de sus relaciones sexuales. Su eficacia depende de la correcta administración pues el olvido de una toma anula sus efectos.

Es necesario realizar un control médico antes de comenzar a tomarlas y que el ginecólogo evalúe la reacción de cada organismo ante la modificación del funcionamiento hormonal, especialmente durante la adolescencia. Pueden producir efectos secundarios (náuseas, dolor en los pechos, pérdidas de sangre).

Método intrauterino (DIU): también conocido como "espiral". Actúa evitando el ascenso de los espermatozoides, impidiendo así la fecundación. Consiste en un dispositivo que el médico coloca en el interior de la cavidad uterina de la mujer. Puede usarse durante tres años o más, siempre que se lo controle periódicamente. Existen distintos modelos y en todos los casos es el ginecólogo quien decide el más conveniente para cada mujer. Con frecuencia se desaconseja en mujeres que no han tenido hijos. En algunos casos el organismo no lo tolera.

Métodos químicos: su acción se basa en impedir la vida o el movimiento de los espermatozoides. Son sustancias químicas que se presentan en forma de crema, gel, óvulos, espuma. Se colocan en la vagina antes del acto sexual y su tiempo de efectividad es breve, por lo cual deben volver a colocarse antes de cada relación. Su eficacia es mayor si se combina con algún método de barrera.

Método de esterilización: consisten siempre en una intervención quirúrgica. En la mujer se realiza una ligadura de trompas que impide que el óvulo pase a través de ellas y se encuentre con el espermatozoide, así como evita el paso del espermatozoide hacia el óvulo. En el hombre se realiza una vasectomía: se ligan los conductos deferentes, impidiendo la salida del semen. En ambos casos la acción es irreversible, es decir la mujer no puede quedar embarazada nunca más y el hombre no puede procrear. Por eso se desaconseja en personas jóvenes con o sin hijos, que pueden arrepentirse en un futuro y en otras circunstancias de sus vidas.

La reversibilidad es una condición importante a tener en cuenta en el momento de elegir el método anticonceptivo.

C- Discusiones sobre el aborto

En estos últimos tiempos el aborto ha sido un tema de discusión que se ha instalado en la sociedad, tanto en nuestro país como a nivel internacional, al realizarse la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo organizada por las Naciones Unidas en septiembre de 1994.

En la Argentina, el debate cobró mayor relevancia ya que durante las reuniones para reformar la Constitución Nacional se anunció la iniciativa del presidente de la Nación de incluir una cláusula en la nueva Constitución penalizando el aborto. Finalmente, esta cláusula no fue incluida por decisión de la Asamblea Constituyente, pero la intención logró movilizar la opinión de todos los sectores de la sociedad.

En este espacio tomaremos parte de la información que hemos venido recibiendo de los medios de comunicación en este tiempo, especialmente a través de artículos de medios gráficos. Asimismo tendremos en cuenta las diversas opiniones acerca del tema.

En un artículo aparecido en Clarín el 11-09-94, titulado "Qué se discute cuando se habla de aborto", su autora plantea lo siguiente: "*¿De qué se habla cuando se habla de aborto? De la vida. De la muerte. Del bien y del mal. De la maternidad. De la libertad. De la condena social. De la responsabilidad individual. De lo público y lo privado. De la sexualidad. Del riesgo. De los recursos económicos. De su ausencia. De los principios religiosos. De los principios de vida. ¿De qué no se habla cuando se habla de aborto?*".

Este planteo nos parece sumamente interesante para empezar a entender un tema tan complejo y polémico. No creemos conveniente

reducir el debate a: "estar a favor o en contra del aborto". Preferimos analizar la información acerca de la realidad de las mujeres que abortan, considerar el derecho de quienes, por diversos factores, toman esa decisión, y profundizar acerca de lo que significa el "derecho a la vida".

Más adelante, en el mismo artículo, la autora propone traducir las dos posturas opuestas en dos formulaciones, una a favor del derecho al aborto: *"Una mujer tiene derecho a decidir tener o no tener un hijo sin exponerse a la muerte en un aborto clandestino"*; otra en contra del derecho al aborto: *"Todo ser humano tiene derecho a la vida desde su misma concepción"*.

Y continúa: *"Esos dos argumentos pilares se sostienen sobre todo en un entramado de posturas filosóficas, creencias religiosas, herencias culturales y opiniones personales. Pero por debajo del debate de ideas, por debajo, aún, de la ley -que en la Argentina sólo reconoce el aborto en casos de riesgo de vida para la madre o violación de una demente o idiota-, la realidad traza día a día su propio camino"*.

Parte de esa realidad se refleja en las estadísticas: *"Según datos del INDEC y el Centro de Estudios de la Mujer, en la Argentina se realizan entre 350.000 y 400.000 abortos por año. O sea, un 35,7 por ciento del total de embarazos anuales. Al mismo tiempo, el aborto clandestino -practicado con agujas de tejer, ramas de ruda, autogolpes o en manos de un abortista inexperto- mata por año alrededor de 200 mujeres de entre 20 y 24 años. Es la tercera causa de muerte de mujeres argentinas en edad de procrear"*.

Estas cifras son las que llevan a los partidarios del derecho al aborto a formular que existe una contradicción: *"Penalizar el aborto no equivale a terminar con el aborto, equivale a permitir más muertes diarias de mujeres"*.

En cambio, quienes proponen la penalización del aborto se centran en el derecho a la vida, considerando que ésta existe *"desde el mismo momento de la gestación del ser humano, cuando se unen el óvulo y el espermatozoide"*.

Ambos grupos hablan de la vida y de la muerte y para los dos se trata de defender el *"derecho a la vida"*, aunque *"vida para los antiabortistas es la vida que existe desde la concepción, más allá de cualquier calificación. Vida, para los partidarios del derecho a elegir, es la vida humana consiente y desarrollada de las mujeres que la arriesgan en abortos clandestinos"*.

En este tema, las concepciones religiosas tienen mucho peso. En otro artículo, el padre Brown, sacerdote católico, dice: *"La condena cristiana al aborto está claramente expresada en el catecismo, donde se establece que la persona humana comienza a existir desde el instante de la concepción... Para el cristianismo -aclara el padre- el aborto es siempre ilícito moralmente... Siempre hay obligación de hacerse cargo, aun en los casos de violación. Si alguien deja un bebé en la puerta de mi casa, tengo la obligación de cuidarlo, aunque yo no lo haya elegido"*.

El pastor Luis Parrilla, miembro de la Iglesia de los Discípulos de Cristo, dice en la publicación *Luz y Verdad* (8-92): *"La mujer, su cuerpo, el embarazo y el aborto: Para que haya embarazo debe haber un espermatozoide (el aporte del varón) y un óvulo. Recordemos que según el concepto clásico de la gestación, hasta que las ciencias biológicas pusieron en claro los conceptos hoy vigentes, se pensaba que el varón*

aportaba el embrión (un ser completo en pequeño) y la mujer sólo ofertaba su matriz. El embarazo era voluntad del varón. (...) Tanto el varón como la mujer aportan cada uno el 50 por ciento del material genético del hijo. Pero es la mujer la que pone en movimiento su cuerpo, sus emociones. Es ella quien junto con el feto pone en riesgo inclusive su vida frente a cualquier eventualidad.

"Desde allí que desde tiempos inmemoriales la mujer quiso ser protagonista de su embarazo y aun de la decisión de la interrupción del mismo. Las legislaciones actuales, justamente tratan de dar lugar a este derecho de la mujer."

El rabino Daniel Goldman aclara que *"en los textos sagrados judíos no existe ninguna condena expresa al aborto. En general el judaísmo considera al feto como parte del cuerpo de la madre. No le da carácter de persona hasta el nacimiento. Que no haya condena expresa no significa que el judaísmo apruebe el aborto como método anticonceptivo. Significa que el judaísmo propone un concepto de vida que implica alegría y felicidad de vivirla. Que los hijos sean hijos deseados y bien recibidos y no una carga en la vida"*.

Tradicionalmente, las religiones han rechazado el derecho al aborto, así como las leyes de muchos países lo han penalizado. Con respecto a la legislación acerca del aborto en el mundo encontramos que, de acuerdo a información extraída del *Libro de la sexualidad* en el artículo "Las leyes del aborto":

"En la actualidad, sólo una sexta parte de la población mundial vive bajo regímenes que sancionan como delito cualquier forma de aborto, aunque bastantes de ellos excusan el aborto terapéutico estricto para salvar la vida de la madre. El resto de los Estados permiten el aborto con una extensión mayor o menor, que va desde legislaciones más restrictivas, que contemplan sólo indicaciones como la salud de la mujer (terapéutica), la violación (ética) o la existencia de graves taras congénitas en el feto (eugenésica), hasta legislaciones más tolerantes. Entre estas últimas, que comprenden a unos dos tercios de la humanidad, es usual distinguir aquellas que además de los anteriores supuestos, y mediante el mismo sistema de indicaciones, autorizan también el aborto por causas como el número de hijos, los medios económicos, la temprana o tardía edad de la embarazada (lo que se formula como indicación económico-social), y aquellas que, siguiendo el sistema del plazo, despenalizan todo aborto realizado dentro de los tres, cuatro y seis primeros meses de embarazo.

"En Argentina ha sido tradicional la punición de toda forma de aborto. El Código Penal (1921), reprime con prisión de uno a cuatro años a la mujer que causare su propio aborto -o consintiera en que otro se lo causare-, y con prisión de hasta 15 años al médico que lo realice. La ley sólo autoriza la interrupción del embarazo en caso de que su continuidad ponga en peligro la vida de la madre, o que se trate de una mujer deficiente mental que fue objeto de una violación."

En diversos artículos consultados, aparece como idea fundamental que, más que leyes que penalicen, hacen falta leyes que garanticen programas de salud pública centrados en "el acceso universal y gratuito a la información, provisión y aplicación de métodos anticonceptivos". Esto significa más y mejor educación y salud de la sexualidad: que toda la población y, especialmente los jóvenes, reciban educación para la sexualidad en las escuelas y conozcan las diversas posibilidades de prevenir un embarazo no deseado; que funcionen en todos los servicios de salud, programas de procreación responsable donde se oriente so-

bre cómo cuidarse y se distribuyan gratuitamente métodos anticonceptivos.

En nuestro país no existen programas de este tipo que abarquen a toda la población*.

La educación para la sexualidad y la procreación responsable dependen de las iniciativas de algunos profesionales que trabajan en salud y educación, sumamente valiosas pero cuyo alcance no es generalizado a todos.

Para finalizar, transcribimos el apartado sobre el aborto que generó grandes discusiones entre los participantes de la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (1994). Así quedó formulado en el *Plan de acción*:

"El aborto no debiera ser promovido en ningún caso como método de planificación familiar. Todos los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes son instados a comprometerse más con la salud de la mujer, a encarar el impacto en la salud producido por los abortos inseguros como un factor importante en la salud pública y a reducir las posibilidades de que las mujeres recurran al aborto mediante servicios ampliados y mejorados de planificación familiar.

"La prevención de los embarazos no deseados debe tener siempre la prioridad más alta y se tendrán que hacer todos los esfuerzos por eliminar la necesidad de abortar.

"Las mujeres con embarazos no deseados debieran tener acceso a información fidedigna y asesoramiento compasivo. Cualquier medida o cambio en relación al aborto dentro del sistema de salud, sólo podrá ser resuelto a nivel nacional o local acorde con el proceso legislativo nacional.

En circunstancias en las que el aborto no está contra la ley, este aborto debiera ser seguro. En todos los casos, las mujeres debieran tener acceso a servicios de calidad para enfrentar las complicaciones que pudieran devenir de un aborto. El asesoramiento tras el aborto, los servicios de educación y planificación familiar debieran ser ofrecidos rápidamente, de tal manera que también contribuyan a evitar un nuevo aborto."

Atravesamos así por los diversos niveles de responsabilidad en los que se piensa, se habla y se debate sobre el derecho o no al aborto, desde el nivel mundial, donde todas las naciones se plantean la necesidad de prevenir embarazos no deseados y proteger la salud de las mujeres, pasando por cada país, cada sociedad, donde se proponen leyes y programas diferentes, algunas dirigidas a penalizar, otras a prevenir y educar, hasta el nivel individual, en el que cada pareja, cada mujer puede llegar a la situación de tener que enfrentar la pregunta por el derecho a la vida.

Tal vez la respuesta válida no sea una sola, probablemente sea la que cada uno puede darse a sí mismo.

* Este artículo se escribió en 1995. La ley de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires fue sancionada en el año 2000 y la nacional, en 2002.

■ El papel de los adultos en los problemas de los jóvenes. Revisando el concepto de embarazo adolescente*

Silvana Weller

Introducción

Desde el punto de vista biológico, los seres humanos estamos en condiciones de reproducirnos a partir de la maduración de nuestro (llamado) aparato reproductivo, hecho que ocurre alrededor de los doce o trece años de edad. Este es un dato que debemos tener presente a la hora de comenzar a reflexionar sobre el tema que nos ocupa. Claro que los seres humanos si bien somos "biológicos", también somos de modo inevitable históricos y sociales, en el sentido que nuestros valores y prácticas se organizan de ciertas formas a lo largo de la historia y en función de pautas culturales, tan reales como las realidades biológicas.

Es preciso tener presente que lo que es una pauta "correcta" o valorada socialmente en un momento y en un grupo deja de serlo en otra época, o en la misma época para otro grupo. Baste mencionar a modo de ejemplo la alimentación de los recién nacidos. Tan cierto es que las mujeres podemos amamantar a los bebés por nuestra condición de mamíferos como que en los últimos doscientos años ha habido gran cantidad de variedad de criterios y "prácticas recomendables" sobre cómo implementar el "fenómeno natural de la lactancia".

Tal como nos recuerda Mónica Gogna (1996:4): "La preocupación por el embarazo adolescente estuvo, y sigue estando, fuertemente influenciada por datos acerca de la morbi-mortalidad materna e infantil en el comienzo de la vida reproductiva. En primer lugar, numerosos estudios han coincidido en señalar una asociación entre complicaciones obstétricas y embarazos en edades inferiores a los 18 años. El riesgo más alto es para las adolescentes menores de 15 años, entre quienes se registra una probabilidad de morir en el embarazo y el par-

*Trabajo presentado para la *Capacitación de Género: construyendo la ciudadanía*. Nombre original de la conferencia: *Embarazo adolescente, su dimensión social*, Secretaría de Salud Pública y Secretaría de Promoción de Rosario, Municipalidad de Rosario. Rosario, 2001.

to, cinco a siete veces mayor que para las mujeres de 20 a 24 años, que son las que enfrentan menor riesgo (OPS, 1994, p. 20). Entre las principales causas de la mortalidad materna en la adolescencia se encuentra el aborto inducido. En segundo lugar, se ha señalado que los hijos de madres adolescentes están más expuestos a la posibilidad de nacer con bajo peso y de morir durante la infancia (Palma, 1991: Consejo Nacional de la Mujer, 1992; Díaz y Muñoz y otros, 1996).

"En los últimos años distintas investigaciones han destacado que *estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) serían más el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que la edad de la madre* 14 (Silber y otros, en OPS, 1995). En otras palabras, este mayor riesgo (especialmente en el caso de las adolescentes de más edad) se relaciona con la pobreza, la nutrición deficiente, la mala salud antes del embarazo y un control médico tardío o deficiente durante la gestación. Incluso se ha observado que haciendo una intervención médica oportuna e integral se reducen significativamente las complicaciones obstétricas y perinatales o que directamente no se registran tales complicaciones (Cáldiz y otros, 1994)" (Voto y otros, 1994).

Es decir que, si bien de modo dominante se sigue considerando el embarazo adolescente como un *problema de salud*, que hay que *prevenir*, cada vez son más las voces y las investigaciones en curso que buscan no sólo realizar un análisis crítico del "problema" (¿cuándo y por qué se definió esto como problema? ¿quién o quiénes lo definieron? ¿qué tipo de problema es éste? ¿es un problema para los adolescentes, para la sociedad, para los sanitaristas? ¿a quiénes afectaría este problema?), sino también hacer un análisis que permita lograr una comprensión "en positivo" del fenómeno o, por lo menos, análisis que recuperen los sentidos positivos que tiene para las personas que viven esta situación.

Desde los *parámetros valorativos de los sectores sociales más aventajados* tener un hijo antes de los 19 años significa un obstáculo, un problema, un límite para la realización personal de la mujer. Sin embargo, en este triste mundo polarizado que nos toca vivir, conviene volver a preguntarnos si este sentido que se le da al fenómeno de modo más frecuente, es el único posible; si para muchas mujeres, en algunos casos, la mayoría de las mujeres que viven en ciertos países, en ciertas regiones, en ciertos barrios (o "poblaciones focalizadas", como se dice hoy en día), la maternidad "adolescente" no es en primer lugar un fenómeno sumamente extendido ("normal"); en segundo lugar, un proyecto muchas veces elegido, que no sólo no obstaculiza otros sino que se convierte en una fuente de valoración social, pasaje cultural a la adultez y fuente de identidad positiva y satisfacciones.

Entiéndase bien el posicionamiento ético de comienzo: no decimos que "está bien", ni que es "deseable" que las mujeres (y los varones) comiencen su maternidad/paternidad antes de los 19 años. Ocurre que, como en otros temas de salud, cuando las causas del fenómeno (los motivos que hacen que existan mujeres y varones que tienen hijos antes de los 19 años) exceden el campo de la salud, muchas medidas "preventivas", realizadas "con las mejores intenciones", se tornan moralizantes e incluso culpabilizadoras, y terminamos generando más daño y estigma en aquellas personas a las que queremos ayudar.

El trabajo que presentamos a continuación se propone aportar diferentes insumos, fruto de resultados de investigaciones, que buscan fundamentar las afirmaciones arriba expuestas. En el primer apartado se sistematizan resultados de investigaciones que permiten brindar una mejor caracterización socio-demográfica de las mujeres que han teni-

do hijos antes de los 19 años, así como de sus parejas. Buscamos responder a las siguientes preguntas: ¿cuán extendido está el fenómeno? ¿es homogénea la distribución del fenómeno o responde a ciertos condicionantes sociales? ¿qué inserción social (al sistema educativo, al mundo laboral) tienen las mujeres que quedan embarazadas durante la adolescencia? ¿qué variaciones encontramos dentro del país? ¿el número de adolescentes embarazadas va en aumento?

En el apartado siguiente, y a partir de resultados de investigaciones de las ciencias sociales, buscaremos reconstruir qué sabemos hoy en día sobre la vida sexual de los adolescentes. Las preguntas que nos orientan en este apartado son: ¿a qué edad comienzan a tener relaciones sexuales los jóvenes hoy en día? ¿hay variaciones en la edad en función del sexo y la inserción social de los jóvenes? ¿qué conocimiento tienen y qué usos hacen de los métodos anticonceptivos? ¿qué aspectos culturales y subjetivos están por detrás de ciertos "comportamientos"? ¿es homogéneo el comportamiento de los jóvenes, o nuevamente es preciso distinguir grupos en función de la inserción social? Y la pregunta que más nos inquieta: ¿es la vida sexual de los jóvenes "esencialmente riesgosa"? ¿Qué papel jugamos los adultos, y en particular qué papel tienen los servicios en salud, en esta "exposición al riesgo" de los jóvenes?

A la luz de estos datos, buscaremos volver a plantear el tema que nos ocupa, haciendo énfasis en la gran responsabilidad que tienen las leyes vigentes y el sistema de salud (las prácticas o ausencia de prácticas, de programas y servicios) en la vulnerabilidad diferencial de los jóvenes más pobres, o que sólo dependen del sistema de salud público para mejorar la calidad de su vida reproductiva. Entendemos que esta visión permite no sólo desculpabilizar a los jóvenes de su supuesta vida "irresponsable" sino, fundamentalmente, localizar problemas que nosotros, actores del sistema público de salud, efectivamente podemos modificar.

¿Cuántas son? ¿Quiénes son? – Magnitudes del fenómeno

La **fecundidad adolescente** (10/19) en la Argentina es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad (moderado) de nuestro país. En ascenso durante la década de 1970, como ocurrió en todos los grupos de edad, la fecundidad adolescente alcanzó su pico máximo en 1980, para comenzar a descender luego -situándose en la actualidad en niveles aun algo superiores a los de la década de 1960. La fecundidad adolescente total –precoz y tardía¹ – descendió del 38,7 por mil en 1980 al 31,7 por mil en 1995. Este descenso se debe básicamente al descenso de la fecundidad tardía: de 76,8 por mil a 60,6 por mil, ya que la precoz se mantuvo prácticamente constante (2,2 por mil en 1980 y 2,5 por mil en 1995).

"No obstante el mencionado descenso en la tasa de fecundidad adolescente total, la dinámica poblacional hace que el peso de los nacimientos de madres adolescentes, sobre el total de nacimientos sea creciente: del 11,2% en 1958 al 15,7% en 1995. En términos absolutos esto significa que de los aproximadamente 700.000 nacimientos que ocurren por año en la Argentina, cerca de 100.000 corresponden a menores de 20 años. Una proporción pequeña de los niños que nacen cada año, pero significativa en términos de problemática bio-psico-social, tienen madres entre los 10 y 14 años (3.314 nacimientos en 1995)" (Gogna *et al.* 1998: 335-336).

¹ Por consenso se suele hablar de adolescencia precoz para los jóvenes que tienen 10 a 14 años, y de adolescencia tardía para los que tienen entre 15 y 19 años.

Entre 1980 y 1995 la fecundidad tardía (jóvenes de 15 a 19 años) descendió en todas las provincias. Este dato no debe hacernos olvidar que existen entre ellas **significativas diferencias**. En el extremo inferior se situaban, en 1995, la Capital Federal (22,9 por mil), Buenos Aires (48,6 por mil) y Córdoba (51,9 por mil) y, en el extremo superior, Misiones (101,4 por mil) y Chaco (100 por mil), entre otras. Otras diferencias significativas se dan entre las adolescentes en función de su inserción social. Las tendencias encontradas no difieren de los hallazgos de estudios realizados en otros países: *el embarazo y la maternidad adolescente afectan principalmente a las niñas/jóvenes de los sectores populares*. Esta afirmación se basa en el único indicador disponible de la condición socioeconómica de las adolescentes: el nivel de educación (Gogna, 1996).

Según datos del Censo de 1980, las adolescentes con mayor nivel de instrucción eran las que con menor frecuencia se transformaban en madres: 31 de cada 100 entre las sin instrucción y sólo 2 de cada 100 entre las adolescentes con educación pos-secundaria (Pantelides, 1995). Datos más recientes (INDEC, 1996) también confirman esta asociación.

"Las adolescentes que han tenido embarazos o hijos nacidos vivos tienen, por un lado, un nivel de instrucción más bajo. En efecto, alrededor del 13% no alcanzó a completar el nivel primario, proporción que en el caso de las nunca embarazadas o sin hijos se reduce al 4%. Por otro lado, ellas tienen mayor participación en la actividad económica, lo cual también indicaría su pertenencia a sectores más bajos" (Díaz-Muñoz *et al.*, 1996: 207).

Esta relación también ha sido estudiada por Añaños (1993; 1996) para la ciudad de Rosario y por Infesta Domínguez (1993) para Buenos Aires.

Otro dato importante para trazar un perfil de las madres adolescentes es su **estado civil**. Datos a nivel nacional para mediados de la década de 1980 indicaban que sólo alrededor de un tercio de las madres adolescentes eran solteras, entre 40% y 45% eran casadas y entre 15% y 20% eran unidas de hecho. Datos recientes acerca del estado civil de las adolescentes embarazadas o madres en 7 aglomerados urbanos indican una tendencia similar aunque con mayor proporción de solteras:

"Si bien existe una alta proporción de solteras entre las embarazadas o madres (alrededor del 40%) también hay una proporción importante que está acompañada por un cónyuge o que vive con los padres del esposo". (Díaz-Muñoz *et al.*, 1996: 34).

Con respecto a los **padres de los hijos de madres adolescentes**, se observan dos situaciones diferentes. Las adolescentes mayores (18 o 19) suelen estar en pareja con varones de entre 20 y 24 años (aproximadamente un tercio de los casos) o de 25 a 29 años (el 15%). Otra es, en cambio, la situación de las "niñas-mamás" (10 a 13). El 80% de ellas ha tenido hijos con varones que las superan en al menos 10 años y el resto con varones que son al menos 20 años mayores que ellas – situación que obviamente hace pensar en la posibilidad de que estemos en presencia de situaciones de abuso, violación o inclusive incesto (Pantelides, 1995).

Finalmente, otro hecho a destacar es que una importante cantidad de las madres adolescentes que se agregan cada año **no son primerizas**. El 32% de las adolescentes que tuvieron hijos en 1994, por ejemplo,

eran madres por segunda vez, el 9% por tercera vez y el 2,5% por cuarta vez. En síntesis, sólo el 56% de estas madres adolescentes eran primerizas (Díaz-Muñoz *et al.*, 1996). Esta situación es preocupante debido a que estas jóvenes, habiendo tenido algún contacto con el sector salud², no han sido suficientemente alertadas acerca de los riesgos asociados a la repetencia del embarazo y/o carecen de la motivación y los recursos para utilizar anticonceptivos (Calandra, 1996; Climent, 1996).

Aportes de la investigación social sobre la sexualidad de los jóvenes³

A continuación haremos una reseña de investigaciones que han tenido como foco de estudio distintos aspectos que hacen al tema de la vida sexual de los jóvenes. Se han agrupado los hallazgos siguiendo los siguientes ítems: el inicio de las relaciones sexuales, la frecuencia de las relaciones y las variaciones en cuanto al número de parejas sexuales, los cuidados en las relaciones sexuales ya sea en cuanto a los embarazos no deseados y la prevención de enfermedades de transmisión sexual/sida, así como la descripción de grupos y tipos de jóvenes atendiendo a aspectos culturales y/o variables que escapan a las más directas o tradicionales.

- El inicio de las relaciones sexuales

En cuanto a la **proporción** de jóvenes iniciados y la edad de **inicio de relaciones sexuales**, según los datos disponibles, el porcentaje de adolescentes que a los 18 años ya ha tenido su primera relación sexual es alto, aunque las cifras varían según el tipo de población. En todas las investigaciones detectadas, se encuentra una mayor proporción de varones que ya se han iniciado y una edad media de inicio levemente inferior (alrededor de un año) a la de las mujeres.

Pantelides *et al.* (1992) encuentran en población adolescente de 13 a 19 años que 5 de cada 10 varones y 4 de cada 10 mujeres se habían iniciado sexualmente. Los varones a los 14 años y medio y las mujeres a los 15. En un estudio posterior, con jóvenes más grandes (15 a 18) de clase baja y media, reportan un 68% de iniciados en varones (edad media: 14,6) y 51% en mujeres (edad media: 15,6). No se encuentra variación por clase social (Pantelides *et al.*, 1995). En una población de embarazadas, Calandra *et al.* (1996) encuentran una edad media de inicio de 15,5 y variaciones por escolaridad. El inicio es más temprano en las jóvenes con menor escolaridad.

Los estudios realizados exclusivamente sobre población escolarizada muestran que a los 18 años ya se han iniciado sexualmente el 63% de las mujeres y el 87% de los varones de la ciudad de Buenos Aires (Mendez Ribas *et al.*, 1995). La edad promedio de inicio de las mujeres es de 15,7 años y la de los varones, 14,9 años.

- Relaciones sexuales: frecuencia, número de parejas

Pantelides *et al.* (1992, 1995) estudian los patrones de actividad sexual de los jóvenes que refieren estar iniciados sexualmente. El género definiría patrones de actividad sexual claramente diferenciados. En cuanto al número de parejas, los varones aventajan fuertemente a las mujeres. En cambio, contrariamente a lo que se podría esperar, una vez iniciadas sexualmente, las mujeres tienen una mayor frecuencia de relaciones que los varones, dada la mayor estabilidad de sus relaciones.

² Asumiendo que en el país existe la institución del control prenatal y los partos institucionalizados

³ Se presenta aquí una síntesis de lo expuesto en el trabajo *Salud Reproductiva de los/as adolescentes. Argentina 1990-1998* (Weller, 1999).

En cuanto a la **vivencia de las relaciones sexuales** también hay importantes diferencias por sexo/género. Siguiendo los resultados obtenidos a partir del mismo estudio, cerca del 40% de las mujeres buscaría en una relación sexual "compartir con el otro", "sentirse bien con la pareja", "conocer al otro"; en cambio los varones hacen referencia al goce, el placer, el orgasmo (Pantelides et. al, 1995). Estudios similares confirman estos resultados (Calandra et al., 1996; Bianco et al., 1998; Kornblit y Mendes Diz, 1993).

- Conocimientos, actitudes y comportamientos en relación con los métodos anticonceptivos y de prevención de ETS/SIDA

Diversos trabajos han señalado que las mujeres de sectores populares, y en particular las adolescentes, no usan métodos anticonceptivos (o no lo hacen consistentemente) aun cuando no desean embarazarse (Balán y Ramos, 1989).

Así por ejemplo, una encuesta realizada a adolescentes de clase media-baja y baja revela que el 40% de los adolescentes sexualmente activos no usaba anticonceptivos, aun cuando sólo una cuarta parte de estos querían embarazarse (Pantelides et al., 1995). Varios estudios han destacado que las niñas/adolescentes saben poco o nada sobre el aparato reproductor y el ciclo menstrual y que tampoco tienen mayor información sobre anticoncepción (Caldiz et al., 1994; Kornblit y Méndez Diz, 1993).

A modo de ejemplo, veamos algunos de los datos recogidos en una investigación realizada en Bariloche: aun cuando las adolescentes demostraron firmemente la intención de evitar el embarazo, no sabían cómo hacerlo. La mitad de las entrevistadas dijo no conocer método anticonceptivo alguno. Sólo 20 adolescentes (todas mayores de 16 años) habían usado algún método una vez (no había casos de uso constante y consecuente). Las adolescentes que ya habían estado embarazadas, no habían recibido ningún tipo de información de parte del personal médico sanitario (Caldiz et al., 1994).

Igual información obtiene Viladrich (1991) en el caso de madres solteras internadas en un hogar estatal de Capital Federal. La desinformación y la falta de acceso a métodos anticonceptivos son algunas de las explicaciones de esta conducta aparentemente inconsistente. También debe considerarse que otro factor de peso es la vigencia de pautas culturales fuertemente patriarcales, que si bien afectan al conjunto de la sociedad parecen hacerlo en mayor medida en los sectores de menor nivel socioeconómico (varones que se desentienden de su responsabilidad por las prevención de embarazos no deseados y de ETS y que con frecuencia se oponen a que sus parejas usen métodos anticonceptivos [Pantelides et al., 1992]).

Pantelides et al. (1995) complejizan el análisis del uso de métodos apuntando, además de los **métodos más usados en la primera y última relación sexual**, la noción de **trayecto** de conducta anticonceptiva. Las autoras informan sobre fuertes diferencias en las conductas de cuidado en función del estrato social de los jóvenes. Así, alrededor de un tercio de los entrevistados no tomó ninguna precaución en su primera relación. Las diferencias por clase social son notables. *En la clase baja la proporción de los que no adoptaron ningún tipo de cuidado supera el 50%. En la clase media, sólo el 15 % de los varones y el 20% de las mujeres no se protegieron.* Al comparar los resultados con las respuestas sobre los cuidados en la última relación, se observa un aumento del cuidado. Si se considera el **trayecto** de la conducta anticonceptiva,

se observa que más de la mitad de los jóvenes han usado anticonceptivos en forma continua. *Las diferencias por clase se mantiene, ya que la mayor proporción de adolescentes que nunca se cuidaron se da en el estrato bajo, especialmente entre las mujeres.*

- Representaciones, imágenes de género y conducta reproductiva

Si bien la temática de los modelos culturales, el género y las representaciones ha sido aludida en el racconto de resultados presentados, hay una serie de estudios que hacen hincapié de modo explícito en un enfoque que, contemplando las variables ya consideradas en el punto anterior, busca concentrar los esfuerzos de indagación en la descripción de "estructuras latentes" y su impacto sobre las conductas preventivas.

Siguiendo en esa línea de pensamiento, Weller y Orellana (1998) producen un trabajo que apunta a la descripción de **grupos diferenciales de jóvenes** en función de su grado de vulnerabilidad ante el sida. El estudio describe cuatro grupos juveniles: *Los que están lejos del problema* (5% de la población estudiada), *Los que se cuidan discriminando* (31%), *Los que tienen las mejores intenciones* (46%) y *Los que saben y se cuidan* (18%). Los cuatro grupos expresan modos diferenciales de entender y, en consecuencia, prevenir el sida. Los grupos más protegidos se encuentran conformados por los jóvenes más escolarizados.

En lo referido a los cuidados es posible observar un abanico que va desde la pura **evitación** del problema (modos válidos desde lo subjetivo pero ineficaces, como por ejemplo "cuidarse con quién anda una" o suponer que es posible detectar por signos visibles a la persona que está infectada o tiene sida) hasta la prevención eficaz (uso correcto del preservativo, realización del análisis del VIH antes de dejar de utilizar preservativo con una pareja estable y también con serología negativa al VIH). *Si bien el análisis estadístico descriptivo muestra que los jóvenes más escolarizados tienen mayor información, ésta no es una variable que distingue a los grupos más protegidos de los menos protegidos.*

Pantelides *et al.* (1995) producen el primer trabajo que analiza de modo explícito la **relación entre imágenes de género y conducta reproductiva** en la adolescencia. Teniendo como objetivo general la exploración de algunos de los mecanismos a través de los cuales la desigualdad de género afecta la conducta reproductiva en la adolescencia, las autoras comprueban luego de un extenso, complejo y riguroso trabajo que "si el propósito es evitar la ocurrencia de embarazos no planeados durante la adolescencia, se debe centrar la atención más en la clase baja que en la clase media, y sobre todo en las mujeres de dicha clase. Las características familiares y educativas, pero también sus expectativas, su visión de las relaciones entre los géneros, sus proyectos de vida (o la falta de ellos), ayudan a entender la asunción de conductas reproductivas poco cuidadosas, que ponen a los jóvenes de clase baja en mayor riesgo de embarazos tempranos" (Pantelides *et al.*, 1995: 112). Para llegar a estas conclusiones, las autoras analizan una gran cantidad de cuestiones vinculadas a las imágenes de género y la conducta reproductiva, tales como el uso del tiempo libre, los planes para el futuro, los roles de género en el mundo privado y en el mundo público, el inicio de relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, etcétera.

Climent y Arias (1996) relacionan las imágenes de género con el proyecto de vida en adolescentes embarazadas. Trabajando en sectores

populares urbanos, encuentran prevalencia de **imágenes de género tradicionales** que privilegian que la mujer se dedique a las tareas domésticas con un alto nivel de dependencia de la pareja (Geldstein *et al.*, 1995; 1997).

Reconstruyendo el problema

En su excelente trabajo de revisión crítica del concepto de "embarazo adolescente" Reis (1998) desarrolla cómo, a partir de mediados de los años 40, el fenómeno de la maternidad adolescente definido como problema de salud pública, se comenzó a tornar un objeto de interés generalizado. En este contexto, los años 60 representan un período de relevancia destacado en la medida en que buena parte de las hipótesis y raciocinios acerca de la adolescente embarazada se encuentran marcadas, hasta el día de hoy, por las orientaciones teóricas que emergieron en esos años.

Las principales ideas que desarrolla y fundamenta Reis son las siguientes: el aumento de la importancia adjudicada al tema no estaría vinculado a un aumento en la magnitud del fenómeno, es decir no habría habido un aumento en el número de mujeres adolescentes embarazadas. Sí hubo un aumento del interés y preocupación por el tema, hecho que se expresó en un aumento del número de artículos publicados en revistas científicas. Reis realizó un análisis de contenido de estos artículos y afirma que la *construcción del fenómeno del embarazo adolescente como problema de salud* estaría vinculado a un intento por realizar un *control social* (desde las categorías y fundamentación "sanitaria") sobre por lo menos tres fenómenos asociados al tema que nos ocupa. Los principales argumentos de Reis son los siguientes:

- en los '60 hubo un cambio demográfico que derivó en un aumento del número de adolescentes (crecimiento demográfico);
- también comenzó la llamada "revolución sexual" –cambio en el rol de las mujeres, aparición de métodos anticonceptivos, fuertes cambios culturales sobre la sexualidad en general-;
- el fenómeno del embarazo en la adolescencia quedó asociado a la "madre soltera" esto es, "hijos sin padre reconocido".

Reis sostiene la tesis que la "avanzada" desde el sanitarismo sobre este problema estaría más vinculada a una lucha ideológica por preservar el status quo, hecho que se puso más de manifiesto en la medida que no fue posible demostrar desde las categorías bio-médicas la "patología" del problema. Los modelos más abarcativos (preventivos, interdisciplinarios) favorecieron la introducción de nuevos discursos (psicológicos, preventivos, educadores) que mejor colaboraron a generar un background discursivo que transformó al embarazo en la adolescencia en una "alarmante *epidemia* en aumento". Esta metáfora genera dos fenómenos sobre los que conviene estar alerta. En primer lugar *transforma un hecho de la vida* (el embarazo) *en una enfermedad* (epidemia alude a patologías) *prevenible* (desarrollo de acciones de prevención, como si estuviéramos hablando de una patología).

Está lejos de los límites de la presente exposición desarrollar estos enfoques tan interesantes que nos obligan a pensar de modos poco habituales. En efecto, tendemos a naturalizar los problemas de salud y buscamos cuantificarlos, buscar sus variaciones en el tiempo, en las poblaciones. Pero no estamos tan entrenados para reflexionar críticamente sobre cómo se constituye algún hecho de la vida en un problema de salud.

Recuperando lo expuesto en los puntos anteriores, y guiándonos por las preguntas planteadas en el primer apartado, es posible hacer la siguiente reconstrucción del fenómeno:

Es indudable que los jóvenes más pobres se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad en general y en particular en lo referido a su salud reproductiva. Las investigaciones que indagan acerca de algunas dimensiones culturales relacionadas con el embarazo adolescente detectan correctamente que la pobreza afecta los proyectos de vida que las adolescentes pueden formular y sus expectativas de realización personal. También constatan que el abandono de la escolaridad suele ser previo a los embarazos, y describen la inserción temprana de la adolescente en responsabilidades del "mundo adulto" (inserción en el mercado laboral, crianza de hermanos pequeños, responsabilidades de "ama de casa") y la "repetición" intrageneracional del embarazo adolescente. Sin embargo (y aquí se advierte el peso de la ideología), a la hora del análisis, se vuelve a plantear que la maternidad precoz haría "perder" la adolescencia, o llevar a las jóvenes a adquirir responsabilidades "para las que aún no están preparadas".

Situándonos ahora en los datos de las investigaciones sociales, un dato que debe llamarnos la atención es que la edad del inicio de las relaciones sexuales es prácticamente la misma para los jóvenes de los diferentes sectores sociales, pero son los jóvenes de menores recursos quienes se encuentran más expuestos a los posibles riesgos que puede entrañar el ejercicio de la sexualidad (embarazo no deseado, exposición al VIH-sida y otras enfermedades de transmisión sexual).

En tal sentido, habría que comenzar a indagar en qué medida los riesgos tradicionalmente asociados a la vida sexual juvenil *per se* (el inicio precoz, la desinformación, la falta de cuidados) no están, en realidad, encubriendo la problemática de la desigualdad social. Debemos hacer un esfuerzo crítico para despojar nuestras miradas de prejuicios "adulto-céntricos" y volver a preguntarnos por la sexualidad de los jóvenes sobre la base de la comparación entre adultos y jóvenes de igual sector social. Estudios con esta orientación permitirían abrir un interesante campo para deslindar los riesgos del "grupo etario" de los riesgos ocasionados por la pobreza y la desigualdad de oportunidades.

Conclusiones y propuestas

Tal como destacan las diferentes iniciativas internacionales vinculadas a mejorar la calidad de la salud reproductiva de las mujeres (Family Care International y Safe Motherhood Inter – Agency Group, 1998), el primer nivel a tener en cuenta para el análisis de los indicadores de salud es el de las condiciones económico sociales de existencia. La dificultad para modificar estas condiciones desde el sector salud no puede llevarnos a la inacción en materia de intervenciones puntuales. Pero debemos ser cuidadosos al analizar los indicadores, y no olvidar los contextos más amplios de los mismos, a riesgo de condenar a poblaciones enteras por incurrir en "comportamientos arriesgados" (tener hijos antes de la edad "adecuada").

En la misma dirección va el señalamiento de Susana Torrado (1993): el análisis de los cambios en los comportamientos reproductivos de los grupos parece indicar que el mejor método anticonceptivo es el desarrollo social, hecho que se expresa en la existencia de mejores oportunidades educativas y laborales para las mujeres jóvenes. Estas mejores oportunidades son el motor más fuerte para postergar la maternidad en

aras de poder realizar durante la adolescencia otra clase de proyectos. Posiblemente también el mayor empoderamiento de las mujeres en función de poder desempeñar nuevos roles que gozan de valoración en el mundo público, son insumos que permiten:

- Mejorar las capacidades negociadoras para tener relaciones sexuales libres de violencia.
- Mantener relaciones sexuales que no impliquen la exposición a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Tener mayores recursos materiales y simbólicos para acceder a métodos anticonceptivos modernos.
- En el caso de tener un embarazo no esperado, posibilidad de interrumpirlo en buenas condiciones médicas⁴.

Son estas condiciones materiales y subjetivas de existencia –entre otras, posiblemente– las que distinguen a los jóvenes de los sectores sociales más aventajados, de sus pares más pobres.

¿Qué podemos hacer desde el sector salud para mejorar la calidad de vida de los jóvenes? Tal como reseñamos en puntos anteriores, las investigaciones realizadas en nuestro país indican que la mayoría de las personas inician sus relaciones sexuales antes de cumplir dieciocho años, es decir **el comienzo de la vida sexual activa ocurre cuando los jóvenes son menores de edad** (desde un punto de vista legal). En consecuencia, está en nuestras manos **garantizar la accesibilidad de los jóvenes a los servicios de salud en general, y de salud reproductiva en particular. Los jóvenes comienzan su vida sexual "sin pedir permiso", "sin autorización paterna", siendo en la mayoría de los casos "menores de edad"**.

Sin embargo, en la mayoría de los servicios los jóvenes deben contar con la autorización de un mayor para acceder a métodos anticonceptivos gratuitos y para hacerse un análisis de VIH. Es urgente que revisemos no sólo las leyes y las normas, sino también nuestras representaciones y actitudes ante la sexualidad de los jóvenes, pues nosotros también estamos siendo obstáculos y barreras para los jóvenes que sólo disponen del sistema público para asegurarse información y provisión de métodos.

Tal como señalamos, muchas de las jóvenes que tienen hijos antes de los 19 años, no son madres primerizas, y han estado en contacto con el sistema de salud. ¿A cuántas de estas mujeres se les ha brindado información sobre métodos anticonceptivos? ¿A cuántas se les ha ofrecido provisión de métodos anticonceptivos? ¿A cuántas se les seguirá diciendo que no tienen que tener más hijos "por ahora", pero no se les dice ni cómo ni con qué?

Para pensar los problemas de los jóvenes, es preciso que volvamos a reflexionar sobre el papel que desempeñamos los adultos, quienes finalmente somos los que tenemos poder para legislar, formular políticas, gestionar servicios, atenderlos diariamente en los servicios, y entregarles (o no) los recursos que ellos necesitan para su cuidado.

Referencias Bibliográficas

Añaños, M.C., 1993, Composición social y comportamientos de unión en madres adolescentes, *Primer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CEDES/CENEP, Buenos Aires.

Añaños, M.C., 1996, Comportamiento de unión y salud reproductiva de la población femenina de 15-19 años en Argentina. Interrogantes e Hipótesis, *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CENEP/OMS/CEDES/AEPA, Buenos Aires.

⁴ Si bien en nuestro país rige prácticamente la prohibición universal del aborto, diferentes estudios permiten calcular en 400.000 el número de abortos que se realizan por año.

Balán, J. y Ramos, S. 1989, *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, CEDES, Buenos Aires.

Bianco, M.; Re, M.I. y Pagani, L., 1988, Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA. *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad* AEP/CEDES/CENEP, Buenos Aires.

Calandra, N.; Vázquez, S.; Berner, E.; Corral, A. y Bianculli, C., 1996, Embarazo adolescente-Investigación sobre los aspectos biopsicosociales, *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad* CENEP/OMS/CEDES/AEPA, Buenos Aires.

Caldiz, L. et. al, 1994, Maternidad adolescente en Bariloche (Argentina), en Oliveira, A. y Amado, T. (compil.), *Alternativas escasas: Saude Sexualidade e Reprodução na America Latina*, Editora 34, Fundação Carlos Chagas, San Pablo.

Climent, G. y Arias, D., 1996, Estilo de vida, imágenes de género y proyecto de vida en adolescentes embarazadas, *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, 3(2) 47:56, Buenos Aires.

Consejo Nacional de la Mujer, 1992, Embarazo y Maternidad Adolescente, *Cuadernos del Consejo*.

Díaz-Muñoz, A.R.; Dinardi, G. y Giusti, A., 1996, Comportamiento reproductivo de las adolescentes, *Infancia y Condiciones de Vida*, INDEC, Buenos Aires.

Family Care International and Safe Motherhood Inter – Agency Group, 1998, *Safe Motherhood Fact Sheets; 11 Fact Sheets Prepared from the Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 October, 1997*. Family Care International, Nueva York.

Geldstein, R. y Delpino, N., 1995, De Madres a Hijas. La Transmisión de Pautas de Cuidado de la Salud Reproductiva, *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA) La Pampa* (mimeo), Buenos Aires.

Geldstein, R.N. e Infesta Domínguez, G., 1997, Las Dos Caras de la Moneda: la Salud Reproductiva de las Adolescentes en las Miradas de las Madres y las Hijas, ponencia presentada en las *IV Jornadas Argentinas de Estudios de la Población, AEPA* (mimeo), Buenos Aires.

Gogna, M., 1996, *El Embarazo Adolescente: Diagnóstico de Situación y Lienamientos para la Intervención*, (mimeo), Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría de Proyectos Sociales, Buenos Aires.

Gogna, M.; Llovet, J.J.; Ramos, S. y Romero, M., 1998, Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social, *La Argentina que Viene* 315:365. Norma, Buenos Aires.

Infesta Domínguez, G., 1993, Características sociodemográficas de las adolescentes madres, *Primer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad* CEDES/CENEP, Buenos Aires.

Kornblit, A.L. y Mendes Diz, A.M., 1993, *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*, CEDES/CENEP Buenos Aires.

Méndez Ribas, J.M.; Necchi, S. y Schufer, M., 1995, *Sexualidad en Adolescentes escolarizados de la CBA*, (mimeo), Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1994, *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques*.

Palma, I., 1991 *El embarazo adolescente desde una perspectiva de género* (mimeo). Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile.

Pantelides, A.E. y Cerruti, M.S., 1992, *Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia, Cuadernos del CENEP 4*, CENEP, Buenos Aires.

Pantelides, A.E.; Geldstein, G.N. e Infesta Domínguez, G., 1995, *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia, Cuadernos del CENEP 51*, CENEP, Buenos Aires.

Reis, 1998, Análise metafórico-metonímica do processo de constiuição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. *Cad. Saúde Publ.* 14 (Supl. 1):115-123, Rio de Janeiro.

Torrado, S., 1993, *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*, Ediciones La Flor/CEM, Buenos Aires.

Viladrich, A., 1991, *Madres Solteras Adolescentes*, Biblioteca Política Nro. 321, CEAL, Buenos Aires.

Voto, L.; Lapidus, A. y Margulies, M., 1994, El embarazo en la adolescencia. Inconvenientes en el parto. Prevención y tratamiento, *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, vol. 1, N° 2, 50:57. Buenos Aires.

Weller, S. y Orellana, L., 1999, Desigualdad social, sensatez y sentimientos - Identificación

de cuatro grupos vulnerables para la prevención del HIV/SIDA en población juvenil, *Actualizaciones en SIDA* 7 (25) : 175:186., Buenos Aires.

Weller, 1999 Salud Reproductiva de los/as adolescentes . Argentina, 1990 – 1998. En: Oliveira (org.) *Cultura, Adolescencia Saúde* . 9:43 Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES / COLMEX/ NEPO-UNICAMP), Campinas.

■ Ser diferentes*

Martha Weis y María Beatriz Greco

¿Por qué discriminamos?

Las personas creemos reconocernos diferentes. "Sabemos" que algunos somos varones y otras, mujeres; algunos de raza blanca y otros de raza negra, cristianos, judíos o musulmanes, algunos heterosexuales y otros homosexuales, unos discapacitados y otros sin discapacidad aparente.

Así, podríamos seguir describiendo diferencias que van desde las más evidentes o marcadas hasta las diferencias sutiles que siempre existen entre una persona y otra, entre un grupo y otro.

Cuando discriminamos es porque esas diferencias nos molestan... ¿Podríamos decir que nunca discriminamos a otros o que nunca fuimos discriminados por otros?

¿Somos capaces de reconocer las diversas situaciones donde se pone en juego la discriminación? ¿Qué hacemos frente a ellas?

Propuesta N° 1

Repártanse en grupos para ver las siguientes películas: *Filadelfia*, *Mi pie izquierdo*, *The Wall*, *El hombre sin rostro*, *Mentes que brillan*, o cualquier otra que conozcan que trate el tema de la discriminación.

Analicen en cada grupo:

- cómo es tratado el tema de la discriminación,
- de qué tipo de discriminación se trata,
- cómo se plantea la situación,

* Extraído de *Charlando sobre nuestra sexualidad*. Editorial Troquel. Buenos Aires, 1995. Ficha N° 9.

- cuáles son las actitudes del que discrimina y del discriminado,
- cómo se resuelve la situación.

Elaboren un informe. Busquen la manera de relatar a los demás grupos lo esencial de la película en relación al tema discriminación; si es posible, seleccionen fragmentos y armen un video para mostrar a sus compañeros. Transmitan las conclusiones a las que llegaron en su informe.

Propuesta N° 2

Cada uno trabajará, en un primer momento, individualmente. Escribirán en forma anónima, en dos hojas diferentes, completando las siguientes ideas:

- a- Me siento o me sentí discriminado...
- b- Lo que más me molesta en los demás es que...

Reúnan las hojas en dos grupos, las que responden a la consigna a-, por un lado, y a la consigna b-, por otro.

Lean entre todos el contenido de cada hoja y analicen:

- ¿Por qué discriminamos?
- ¿Por qué nos sentimos discriminados?
- ¿Cuáles son las causas que aparecen con mayor frecuencia?

Reúnanse en grupos de cinco o seis chicos. A partir de lo conversado anteriormente, recreen una situación de discriminación por la causa que elijan y dramatícenla ante el grupo. Comenten luego cómo se sintió cada uno en el papel de discriminador o discriminado y cómo resolverían la situación, si es que encuentran una forma de resolverla o varias.

Propuesta N° 3

¿Podrían reconocer de qué tipo de discriminación se trata en las siguientes situaciones? Lean cada una reunidos en el grupo grande y discutan: por qué se discrimina, a quién y cómo transformarían la situación.

Situación 1:

Una mujer llega a una oficina:

- Buen día, vengo por el aviso del diario que pide una secretaria.
- Sí, adelante. ¿Podría contestar este cuestionario?

La mujer lo contesta por escrito, deja su currículum y sus datos personales: María C. 32 años - divorciada - dos hijos (3 y 5 años).

En la reunión para decidir cuál de los postulantes elegir el director de la empresa y su asesora comentan:

D- María C. tiene buenas referencias, ha estudiado, se ha perfeccionado...

A- Sí, veamos los datos personales, tiene dos hijos chiquitos... ¿no será complicado?

M- Sí, mejor busquemos una chica soltera, sin obligaciones familiares, con chicos siempre tienen algún problema.

Situación 2:

Marcelo, Juan y Aníbal charlan sentados en la vereda.

M- ¿Vieron el chico nuevo que vino al colegio?

J- Sí, es repiolo. Me prestó unos compactos buenísimos. Sabe mucho de música. Creo que está estudiando.

A- Yo no me acercaría tanto...

J- ¿Por qué?

M- No se le nota, pero mi primo que es vecino de él dice que es medio "rarito", que le gustan los hombres.

J- ¿Por qué no me avisaron antes? Yo a esos tipos no los puedo ver ni de lejos...

Situación 3:

En la puerta del jardín de infantes las madres conversan mientras esperan la salida de sus hijos.

Mamá 1- Hoy me llevo a Manuel a pasar la tarde a casa. Mi nene me viene pidiendo que lo invite desde la semana pasada.

Mamá 2- Sí, es bueno invitarles un compañero. Se integran mejor, se van haciendo amigos...

Mamá 3: Yo ya los invité a todos. (Baja la voz) Menos a ese nene... Pedro... es terrible.

Mamá 4: (En el mismo tono de voz) Y que querés, ¿vos sabías, no? No se puede pretender otra cosa, si es hijo de madre soltera...

¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN?

La discriminación es la acción de separar, de dividir, de mantener aislado a quien se considera diferente. Es privar a alguien, debido a su diferencia, de gozar de los mismos derechos que el resto de las personas.

Discriminar es no aceptar las diferencias, pretender que todos sean iguales a uno, acercarse sólo a aquellos idénticos a uno y cerrar espacios de intercambio social, entre personas o entre grupos.

Existen diversos aspectos para "clasificar" a los otros: la raza, la religión, la nacionalidad, la ideología, la opinión política, el sexo, la posición económica, la condición social, algunas características físicas, la discapacidad, una enfermedad, etc.

Existen formas muy evidentes de discriminación, cuya intolerancia llega a la violencia, a la búsqueda de la destrucción física del otro. Por ejemplo, las diferencias raciales o religiosas han producido, y producen aún hoy, guerras entre los pueblos. Y también hay formas de discriminación sutiles, donde toda característica que no responda a los modelos llamados "normales" y aceptados en la sociedad, es motivo de segregación, incluso la apariencia física.

Los jóvenes viven muchas veces la discriminación en los lugares bailables porque su vestimenta no es la "adecuada", o cuando buscan trabajo porque son, justamente, jóvenes, o porque tienen ideas innovadoras y se animan a pensar diferente de la gran mayoría.

Se dice entonces de alguien que es "anormal" porque no se ajusta a las "normas" fijadas socialmente. Sin embargo, las normas no son pautas fijas, "naturales", inamovibles. Se construyen en cada cultura históri-

camente, dentro de contextos determinados y responden a modelos sociales, hábitos, costumbres, modas, sistemas de creencias. Muchos grandes pensadores o políticos que transformaron el mundo de las ideas e hicieron importantes aportes a la humanidad fueron "anormales", crearon formas nuevas, y por eso fueron discriminados, segregados de su entorno social.

EL SEXO, ¿UN MOTIVO DE DISCRIMINACIÓN?

Una de las pautas, de las normas que generalmente se consideran fijas y establecidas, son las características relacionadas con el sexo, es decir cómo debe ser un varón y cómo debe ser una mujer, las cosas que pueden hacer y las que no pueden hacer de acuerdo con su sexo, los roles que deben cumplir en la familia, en el trabajo, en la sociedad. A veces, ser varón o ser mujer funcionan como estereotipos, es decir, como formas rígidas que se presentan de una sola manera y para siempre. Con frecuencia, cuando varones y mujeres salen de esos estereotipos y se proponen ocupar otros roles, realizar trabajos o actividades que generalmente realiza el otro sexo, son discriminados.

Por ejemplo, el hecho de ser mujer puede ser motivo de discriminación para ocupar cargos jerárquicos en una empresa, o el tener hijos para trabajar, tal como se planteó en una de las situaciones de las propuestas. Por su parte, un varón puede ser discriminado sexualmente si pretende ser maestro en un jardín de infantes.

Esos estereotipos o modelos rígidos se van transmitiendo de una generación a otra, se enseñan y se aprenden, se incorporan desde los primeros años de vida a través de formas de vida, de actitudes, de aquello que se dice.

Todavía hoy escuchamos:

- "No tenés que llorar. ¿No sabés que los hombres no lloran?"
- "¿Cómo te vas a trepar a un árbol?, las nenas no hacen esas cosas."
- "Para una mujer no es tan importante estudiar, total después se casa, se dedica a los hijos..."
- "Los varones son inteligentes, pueden estudiar algo que les dé una buena posición económica y después encontrar una esposa, tener hijos..."

Y muchas otras frases que dan cuenta de modelos tradicionales: el varón activo, fuerte, tomando decisiones, dedicado al trabajo, independiente, inteligente. La mujer pasiva, dependiente, dedicada a la casa y los hijos, ajena a tareas intelectuales o sólo interesada en su aspecto físico.

Si miramos a nuestro alrededor veremos que estos modelos hoy han cambiado. Muchos hombres y mujeres comparten diversas tareas, sostienen juntos económicamente el hogar, ambos se ocupan de los hijos, una y otro pueden dedicarse a trabajos intelectuales, manuales o artísticos.

Varones y mujeres sienten, se emocionan, lloran, necesitan afecto y el acompañamiento de un otro. Ambos pueden ser por momentos activos y pasivos, dependientes e independientes.

Antes de pensar que pertenecemos a sexos opuestos y discriminamos unos a otros, podríamos pensar como seres humanos diferentes, que compartimos muchas cosas y nos complementamos en algunos aspectos, que podemos convivir sin enfrentarnos por ocupar el mismo

lugar, respetándonos en nuestras diferencias.

Existe también, como apareció en las situaciones de las propuestas, la discriminación de las personas homosexuales. Creemos que nadie puede ser juzgado, señalado, marginado, por la forma en que vive su sexualidad. Antes que definir a una persona como homosexual o heterosexual, sería importante valorar su condición de ser humano, su capacidad para vincularse con los demás, su habilidad para desempeñarse en un trabajo.

Nadie es cuestionado, al ingresar en un trabajo, o al incluirse en un grupo de amigos, por su forma de desarrollar la sexualidad. ¿Por qué sucede esto en el caso de las personas homosexuales?

Creemos que ninguna persona puede ser definida por uno solo de sus rasgos o aspectos. Cada uno de nosotros somos seres que incluimos diversas facetas y que, ante todo, somos personas.

¿QUÉ HACER FRENTE A LA DISCRIMINACIÓN?

Ante todo es indispensable comprender que la discriminación es un hecho muy difundido, que sucede con mucha frecuencia y que no es ajeno a nosotros mismos. Aunque no nos demos cuenta, no es difícil que protagonicemos situaciones de discriminación, siendo discriminados o discriminando.

Por ejemplo, ¿qué hacemos si alguien nuevo entra en el colegio y quiere integrarse a nuestro grupo? ¿Ponemos apodosos y llamamos a las personas por sus características físicas aunque eso las haga sentirse agredidas? ¿Intentamos conocer a todos nuestros compañeros o sólo a aquellos que creemos parecidos a nosotros? ¿Dejamos de lado a los que tienen algunas dificultades?

Es importante reconocer que también se discrimina a través del olvido, de la indiferencia, del desconocimiento.

El primer paso es tomar conciencia de que esto sucede con frecuencia. Es importante que podamos reflexionar a solas o en grupo acerca de nuestras actitudes y las de los demás frente a las diferencias. ¿Las aceptamos, respetamos que otros tengan otras características o formas de vida, nos produce rechazo, odio, competencia o las miramos con desprecio?

Luego, sería importante construir entre todas formas de pensar no discriminatorias:

- Ante cada situación podemos hablar, escuchar a los otros, respetar los diversos puntos de vista. Crear espacios para pensar juntos en libertad, en la escuela, en los grupos de amigas, en nuestra propia familia.
- Si los seres humanos tenemos tendencia a rechazar todo lo diferente de nosotros mismos, intentemos acercarnos a quienes son distintos y comprender sus formas de vida, preferencias, sus sistemas de valores. ¿Por qué pensar que sólo mi forma de ver las cosas es la verdadera?
- Si presenciamos o nos enteramos de cualquier acto de discriminación podemos desarrollar acciones para que ese hecho deje de producirse. Podemos unirnos y buscar formas creativas de mostrar que la discriminación nos afecta a todos.

Entre esas acciones existe la posibilidad de acudir a la ley. La Ley 23.592 contra los actos discriminatorios dice en su Artículo 1ro:

"Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo me-

nos cabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados.

A los efectos del presente artículo se consideran particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos."

■ Bloque 3

Prevención del VIH-sida

- ¿Qué quiero que comprendan?
- ¿Para qué quiero que comprendan?
- ¿Qué desempeños de comprensión espero lograr?
- Algunos recursos

Prevención del VIH-sida

¿QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

El sida:
¿es un problema de responsabilidad individual? ¿social? ¿institucional?

RED CONCEPTUAL:

Sida: entre el miedo y la información.
Placer, vida, salud, enfermedad, muerte.
Mitos que dificultan la adopción de conductas de cuidado.
Prevención del VIH-sida: en las relaciones sexuales; en la transmisión por vía sanguínea; en la transmisión madre-hijo.
¿Contagio o transmisión? ¿Es lo mismo?
Las campañas de prevención: ¿todo vale?
¿todo sirve?
Nosotros/as y el preservativo.

¿PARA QUÉ QUIERO QUE COMPRENDAN?

Para que:

Adopten conductas de cuidado hacia sí mismos y los otros, sin depositar el saber o el cuidado en "la autoridad" o el que tiene poder: el médico (para el paciente), el hombre (para la mujer), etc.
Sepan defender el derecho al placer de la vida y las relaciones humanas, disminuyendo el miedo pero con conciencia de riesgo.
Descubran el atravesamiento cultural que obstaculiza las acciones preventivas en relación con el VIH-sida.
Descubran algunos "mitos" que operan dentro de cada uno a la hora de desplegar conductas de cuidado.
Reconozcan que el sida es un problema de todos y no de "los diferentes", o de "los otros".

¿QUÉ DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN ESPERO LOGRAR?

Incluir conductas de cuidado hacia sí mismo y el otro en situaciones de satisfacción del placer.

Ser capaces de argumentar y defender su derecho a ser cuidado o cuidar.

Tomar anticipadamente iniciativas de cuidado ante posibles relaciones sexuales.

Ser capaces de analizar y/o intervenir en situaciones de riesgo o falta de cuidado hacia sí mismos o hacia otros.

Utilizar pertinentemente la información médica y/o legal en situaciones concretas.

Conocer y utilizar los servicios que brinda la comunidad, tanto en situaciones de prevención o ante la necesidad de asistencia u orientación.

Ser capaces de analizar críticamente los mensajes y/o campañas de prevención del sida.

Ser capaces de producir mensajes de carácter preventivo para sus pares.

ALGUNOS RECURSOS

Bloch, C. Weller, S. Cahn, P. El sida en la Argentina. Ediciones ARKETHYPO. Buenos Aires. 1999.

Fundación RED. Sida: Primer Manual de prevención. Editorial Colihue. Buenos Aires. 1992.

Informe ONUSIDA 2002.

InfoSida. Publicación de la Coordinación Sida. Secretaría de Salud. GCBA

Ver: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/index.asp>

LUSIDA. Educarnos para la vida. Propuestas de dinámicas participativas. Cuadernillos 1 y 2. 1998.

Videos: Con el SIDA en los 90. SUTERH. 1992.

Selección de videos: Campaña médicos del mundo. 1996.

Lusida: Sida-da. 1997.

Selección de videos: Programa Zoo. 1999.



Prevención del VIH

■ **Bloque 3/ Dinámicas**

Dinámicas

La sexualidad en los tiempos del sida*

Hablamos hasta aquí de sexualidad, de la vida, de la adolescencia, del amor, del deseo, del encuentro con otro. Hablamos del cuerpo, del placer, de la pareja, de tener hijos, de no tenerlos. También hablamos acerca de lo que se habla sobre sexualidad, de lo que se expresa y se crea, de los sueños, del arte...

Es el momento de incluir el tema del sida, relacionado con la sexualidad, aunque no siempre juntos. Sexualidad y sida se tocan en algunos puntos, pero no se confunden.

Como todo lo que afecta al ser humano, el sida tiene que ver con la vida y con la muerte, nos hace hablar del miedo, del cuidado, de las actitudes, de la pareja, de los hábitos, de la convivencia.

Creemos que para comenzar a comprender, se hace indispensable conocer la información básica sobre el tema.

Propuesta N°1

Existe una serie de preguntas que es importante que puedan responder. Dos o tres chicos escriban cada una de las siguientes preguntas en una tarjeta:

- ¿Qué es el sida? Explicar cada palabra que forma la sigla SIDA.
- ¿Qué es el VIH?
- ¿Por qué se produce la enfermedad?
- ¿Que diferencia hay entre una persona infectada con el virus VIH y un enfermo con sida?
- ¿Cuál de ellos puede transmitir el virus?
- ¿Qué significa "persona que vive con VIH" (lo que antes se denominaba portador asintomático)?
- Explicá la expresión del Dr. Luc Montagner: "El sida no es contagioso. Lo que es transmisible es el virus del VIH que es el responsable de que las personas puedan desarrollar sida".
- Mencioná las tres vías de transmisión.
- De acuerdo con esta información científica, mencioná situaciones de la vida cotidiana que no exponen a riesgo de transmisión.
- Mencioná medidas preventivas para cada una de las vías de transmisión del VIH.
- ¿Qué situaciones de riesgo se pueden presentar en la escuela?
- ¿Qué medidas de prevención se deben tomaren la escuela?
- Mencioná normas de bioseguridad.
- ¿Quiénes pueden verse expuestos a contraer VIH?
- ¿Qué significa "conductas o comportamientos de riesgo"?
- ¿Por qué se dice que la información y la educación son las principales maneras de prevenir tanto la transmisión del VIH como el desarrollo del sida (en la persona que ya vive con VIH)?

(sigue atrás)

* Weis, Martha y Greco, María Beatriz, en Charlando sobre nuestra sexualidad. Editorial Troquel. Buenos Aires, 1995. Ficha N° 12.

Tendrán así catorce tarjetas que, una vez mezcladas y dadas vuelta (para no reconocer las preguntas), se repartirán entre los grupos.

En un primer momento, respóndanlas desde los conocimientos que tienen, sin consultar otras fuentes de datos, a partir de lo que escucharon, de lo que leyeron o suponen. Una vez respondida cada pregunta en la misma tarjeta, hagan rotar las tarjetas entre los grupos de manera que no se queden con las mismas que respondieron.

En este segundo momento tendrán que rever las respuestas dadas por sus compañeros a partir de consultar fuentes de información, que pueden ser:

- Ley 23.798 sobre sida y su reglamentación (Decreto 1244/90).
- Documentos, notas, comunicaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Sida.
- Documentos, notas, comunicaciones emitidas por la Secretaría de Educación y por la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud, GCBA.
- Revista Infosida, publicación de la Coordinación Sida, en www.buenosaires.gov.ar (Salud/Sida).
- Documentos emitidos por los Programas Provinciales de Sida o por las Secretarías de Salud de cada provincia o municipio.
- "Declaración consensual sobre el sida en las escuelas" elaborada en conjunto por confederaciones internacionales de docentes junto con la OMS, Unesco y OIT.
- Publicaciones contables de organismos no gubernamentales que trabajan el tema y de medios científicos serios que publican con regularidad.

Finalmente se leerán en el grupo grande las preguntas y las respuestas dadas en el primero y en el segundo momento, se corregirán los errores de información y se discutirá sobre las diferencias aparecidas. Es conveniente que sigan el orden de las preguntas.

Propuesta N° 2

Una vez conocida y comprendida la información básica, les proponemos jugar.

Imaginen que cada uno de los grupos que ustedes forman es la Comisión de Sida de su escuela. Dentro de cada comisión, algunos serán representantes de los docentes, otros de los alumnos, otros de los padres y otros del personal auxiliar. Cada comisión deberá elaborar un plan para prevenir la transmisión del VIH en la escuela. ¿Qué piensa cada uno de los representantes, qué les preocupa más? ¿Qué acciones concretas proponen para proteger a toda la comunidad de la transmisión del VIH y del contagio del "virus de la discriminación"? Elaboren un informe con las ideas que fueron surgiendo en la comisión y un plan de acción con las propuestas.

Finalmente, compartan cada informe con las demás "comisiones". Evalúen diferencias y puntos en común. Si es posible, construyan un solo informe y plan de acción. Pidan ayuda para ello a profesores o profesionales que conozcan el tema.

También resulta de mucho valor conectarse con los distintos nucleamientos de organismos no gubernamentales que trabajan en el tema. El Directorio actualizado de ONGs de todo el país lo pueden solicitar a la sede de la Oficina Panamericana de la Salud en Argentina, Marcelo T. de Alvear 651, 4to piso. Buenos Aires.

La prevención

OBJETIVO

Aclarar dudas sobre la infección y prevención del VIH-sida.

DESARROLLO

Paso 1

Formar 2 grupos.

El grupo 1 trabaja sobre los siguientes ítems:

- ¿Qué es el sida?
- ¿Qué lo causa?
- Diferencia entre persona que vive con VIH y persona enferma
- Prueba de detección del VIH
- Período ventana

El grupo 2 trabaja:

- Mecanismo de transmisión del VIH
- Prevención
- El mito de los grupos de riesgo. Efecto/consecuencia del mito
- Las tres epidemias

Paso 2

Puesta en común de lo producido por el grupo 1 y por el grupo 2.

Se aclaran las dudas.

Esta actividad puede realizarse también entre adultos; docentes y/o padres.

La sexualidad

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre el derecho a la salud, valorando la autonomía.
- Prevenir el VIH-sida.

DESARROLLO

Paso 1

En pequeños grupos elaborar dos listados:

a) Lista de cuidados relacionados con su salud respecto de los cuales son autónomos y responsables. Por ejemplo: higiene personal, alimentación sana, no abusar del consumo de bebidas alcohólicas, consultar al médico (ginecólogo), no fumar, etc.

b) Lista de aquellos aspectos relacionados con su salud que dependan fundamentalmente de otras personas o del ambiente. Por ejemplo: contaminación del agua, fumadores en el ambiente en el que uno se desempeña, a veces: consulta al médico (ginecólogo), etc.

Paso 2

Puesta en común. Se exponen y comentan las listas. Se da lugar a un intercambio de ideas.

- *Valorar positivamente y/o estimular las decisiones autónomas respecto del cuidado de la propia salud.*
- *Reflexionar y/o proponer acciones posibles referidas al cuidado de bienes comunes (agua potable, higiene en los hogares, en el trabajo, en el lugar de estudio, etc.).*



Prevención del VIH

■ **Bloque 3/Anexo bibliográfico**

Anexo bibliográfico

■ Algunas consideraciones generales sobre la prevención del VIH-sida y la educación

Graciela Lombardi y Martha Weiss

La siguiente pretende ser una reflexión acerca de la tarea de prevención del VIH-sida desarrollada en ámbitos educativos. Partimos de la presunción de que la salud es un problema de todos, y, en este caso con más razón, ya que la experiencia de nuestro país y del mundo ha dado claras muestras de que, aunque no estemos todos *infectados*, estamos todos *afectados* pues nuestras acciones u omisiones tienen efectos sobre nosotros mismos y sobre los otros.

Desde esta perspectiva, la educación adquiere un valor preponderante para la prevención, pero es, a la vez, un desafío muy complejo de abordar. La posibilidad de incidir para se produzca la más mínima modificación en las prácticas convivenciales de quienes comparten el espacio escolar depende de qué paradigma educativoelijamos; en general, la suerte de la prevención queda echada a lo que podría darse en llamar "multiplicación asistemática" a cargo de quienes tienen la oportunidad de transitar proyectos o programas destinados al "darse cuenta" de la seriedad de la problemática. Nuestro planteo adhiere a la idea de que hace falta una verdadera "toma de conciencia" de la complejidad de la problemática del VIH-sida y que a esta "toma de conciencia" no se arriba sino desde varias experiencias de "darse cuenta".

Por lo tanto, este material intenta hacer un aporte a todas las personas comprometidas con su propia vida, con su tarea, y con la convicción de que puede aspirarse a un mundo más vivible y que tenemos posibilidades de usar nuestras potencialidades para lograrlo.

El sida, -como otras enfermedades- tiene su propia construcción social de la que todos participamos, con conciencia o sin ella. Entendemos por construcción social aquella estructura producida en parte por el

imaginario individual y en parte por el imaginario colectivo que desarrollamos todos alrededor de sucesos, enfermedades u otros eventos. Para dicha construcción contribuyen tanto nuestros sistemas de creencias y valores, mitos e historia personal, como los medios de comunicación, el cine, la política, etc.

No intentamos universalizar criterios (sería una contradicción) ni prescribir cuál es el mejor modo de hacer prevención, sino aproximar algunos elementos para que, desde el propio terreno, las personas sigan ensayando y corrigiendo sobre sus propios quehaceres.

Lo que sí podemos afirmar desde nuestra experiencia, junto a numerosos colegas de nuestro país y del mundo, es que la información en sí misma no es capaz de generar cambios de conducta. A lo sumo, puede aportar una mirada innovadora o creativa que se va a articular con esa construcción social que las personas tienen y que no sólo no cierra respuestas, sino que abre preguntas.

Los aportes que proponemos se relacionan con:

- Cuestiones relacionadas a la información específica del VIH-sida desde la perspectiva de las tres epidemias.
- Cuestiones relacionadas a las "condiciones" que favorecen que las personas se cuiden.

Cuestiones relacionadas a la información específica del VIH-sida desde la perspectiva de las tres epidemias.

La experiencia desarrollada en el ámbito de la prevención ha demostrado que la transmisión de información no alcanza para modificar pautas de conducta; es necesario promover conocimiento, el cual se construye con las herramientas personales de cada uno (que no son sólo las intelectuales). Aun el conocimiento elaborado o académico, si se transmite como nueva información, deberá incorporarse en la red conceptual que cada uno ha logrado construir a lo largo de su vida y, sólo desde ahí puede intentar producir modificaciones en las prácticas de la gente.

Está comprobado que sólo se previene el que se siente en riesgo. Esto no se resuelve brindando más información. En los casos en que los chicos ya la tienen, hay que promover la clarificación.

- Se hace necesario que la información sea **precisa, pertinente y actualizada.**

Precisa, con el grado de certeza/incertidumbre que la ciencia maneja hasta el momento, pero identificando claramente la fuente de información de la que se nutre.

Pertinente, en función del destinatario de esa información, su edad, contexto sociocultural, respeto por su sistema de creencias y valores.

Actualizada, pues si consideramos que la historia biológica de la enfermedad y la problemática social que suscita se están escribiendo, conviene mantener una actualización razonable, tanto para hacer aclaraciones en lo que la gente ha construido en torno a ella como para introducir nueva información (proveniente de una fuente "creíble") que permita a las personas posicionarse de otro modo frente a esta compleja problemática, sobre

todo desde lo social.

Algunos saberes que resultan indispensables para hacer prevención:

1. Reconocer el valor de las palabras en tanto representan fuertes significaciones internas que, muchas veces son las que guían las acciones. En el caso singular de la Prevención del VIH-sida, resultan cuestiones importantes, por ejemplo:

- La aclaración de que el sida no es *contagioso*, sino que lo que *se transmite* es el virus (VIH) que puede hacer que una persona desarrolle sida (Dr. Luc Montagner).

- Saber el porqué del valor de reemplazar las expresiones "*portador*", "*enfermo de sida*", etc., por las de "*persona viviendo con vih*" o "*persona viviendo con sida*", en tanto ello supone un reubicarse frente a la epidemia y a las personas que padecen la infección.

- Saber el porqué, para qué y cómo informar acerca de las vías de transmisión, dado que ésta es la información que más ayuda en el proceso de "darse cuenta", a arbitrar medidas de prevención reales ante el riesgo de infección. Debemos promover interrogantes tales como ¿Por qué las vías de transmisión son las tres que se mencionan y no otras? La respuesta científica es: porque los únicos líquidos con poder infectante son la sangre, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna, debido a la alta concentración de virus que tienen. Esto significa que muy poca cantidad de tales líquidos entrando en el torrente sanguíneo de una persona sana (a través de mucosa, una herida abierta, o transfusión) pueden producir la infección o sea la transmisión del virus.

2. Es importante seguir difundiendo el concepto de tres epidemias de Sida, que la OMS reconoce, a partir de la actuación de su primer Director de Programa de Sida, el Dr. Jonathan Mann:

- La primera epidemia, la más extendida y también llamada "epidemia silenciosa" es la de las personas que viven con VIH; epidemia silenciosa pues en muchos casos la propia persona puede no saberlo y al no presentar síntomas, su infección pasa desapercibida.

- La segunda, la más conocida, es la de las personas que viven con sida, es decir las que desarrollaron la enfermedad.

- La tercera, de cuya existencia no hay suficiente divulgación y, por lo tanto tampoco conocimiento, es la de las consecuencias sociales que trae aparejada la presencia del sida en una comunidad. Por primera vez un organismo de salud como la OMS reconoce como epidemia algo que es del orden de lo social. Se ha constatado que cualquiera sea la cultura en la que aparece esta enfermedad, la primera reacción de los humanos es más o menos la misma, es decir, de gran temor frente a lo desconocido, por lo que apelan al recurso del "aislamiento" de los "infectados" (con el consecuente resultado de discriminación hacia ellos y aumento de su vulnerabilidad); esto conlleva también al aumento del propio riesgo de infección de los no infectados, por aferrarse a la falsa creencia de que sólo debo prevenirme si sé que hay alguien que vive con VIH o sida en mi entorno. La discriminación nos hace más vulnerables; esta ter-

cera epidemia afecta absolutamente a todos. Los que ya tienen el virus en su cuerpo y los que, sin tenerlo, adoptan una conducta que restringe las pautas de cuidado y que arroja un resultado paradójico: creyendo estar cuidándose, en realidad se están exponiendo a mayor riesgo.

En palabras de Luc Montagner, "(...) *el sida, por afectar a los aspectos más profundos del ser humano, los menos controlados y los menos controlables por imposiciones obligatorias, ha venido a poner a la humanidad en la disyuntiva de volver a pensar el derecho individual y el derecho colectivo*".

Cuestiones relacionadas a las "condiciones" que favorecen que las personas se cuiden.

En relación con esta cuestión -qué condiciones favorecen que las personas se cuiden-, acordamos con lo expresado en uno de los documentos del proyecto LUSIDA, que recoge parte de la conferencia del Lic R. Martiñá:

"Cuidar y cuidarse requiere, por lo menos, la creencia básica de que:

- es bueno que las cosas (o la vida) perduren;
- es posible que lo malo cambie y lo bueno mejore;
- hay algún referente relativamente seguro que pueda oponerse a una fatalidad aplastante;"

Si nos preguntamos: *¿Por qué no se cuidan los que no se cuidan?* las distintas respuestas obtenidas a la pregunta, podrían agruparse de la siguiente manera:

- Porque no saben cómo (problema de información).
- Porque saben cómo pero no pueden acceder a aquello que facilita el cuidado (problema de condiciones externas).
- Porque aunque saben y podrían, no quieren (problema de condiciones internas). Es la actitud de jugar a la "ruleta rusa", en la que muchas veces se privilegia la intensidad del instante en lugar de la duración de una vida placentera.
- Porque creen -equivocadamente- estar cuidándose y no es así (actitud negadora/discriminatoria). Son los que creen que a ellos no les va a pasar porque no pertenecen a ningún "grupo de riesgo".

Frente a la complejidad del desafío de la prevención, la propuesta educativa debería partir de lo que sí comprenden los jóvenes acerca de la epidemia; si alguien no cree importante usar el preservativo, aún cuando sepa que es la mejor protección en una relación sexual, sería importante que el docente no crea que el joven NO COMPRENDE el valor de esa práctica de cuidado y le reitere información que ya le ha dado. Sería importante, en cambio, que trate de identificar qué es lo que sí comprende ese/a joven. Puede que descubra que él/ella comprende que "*por una vez, total, no pasa nada*", que "*con esta chico/a no, si lo/a conozco*"; o que sienta "*qué va a pensar de mí si se lo propongo...*" Y entonces descubramos que el o la joven comprenden la resonancia social y cultural de esta epidemia, y se comportan de acuerdo con su contexto, es decir pretendiendo diferenciarse de "los otros/as", negando que el riesgo sea para TODOS por su condición humana, creyendo

que es posible estar fuera de la situación de riesgo.

Intervenir identificando lo que sí comprenden requiere que el docente anticipe, por ejemplo, que una información dada una vez no modifica pautas de conducta socialmente compartidas, ni transforma creencias de una vez y para siempre. Educar para el cuidado requiere intervenciones sostenidas en el tiempo, propuestas que faciliten desempeños concretos ante situaciones de la vida diaria; dar la oportunidad para que cada joven vaya transformando lo que "creía" a partir de su propia comprensión del riesgo y del valor de su propia vida, y lo haga en "su tiempo" individual que no necesariamente es el tiempo escolar.

Entendemos por comprender un proceso continuo, es decir, que más que "comprendió o no comprendió"; "comprendo o no comprendo", las personas estamos comprendiendo; esto implica que nadie tiene certezas plenas siempre, como nadie tiene dudas absolutas siempre. Si sólo dudamos de todo, nos quedamos paralizados y con miedo; si suponemos que sabemos todo, no tendremos la flexibilidad de entender los cambios o entender al otro. Si dudamos del valor de nuestra vida, no podremos escuchar la importancia de cuidarla, pero si estamos seguros de todo, no advertiremos las circunstancias que pueden tornarnos vulnerables. Entre ambas polaridades -dudas permanentes y certezas absolutas-, se abre un abanico muy amplio de actitudes-, cuyo punto de equilibrio sería deseable instalar en lo que damos en llamar **conciencia de riesgo**.

Llamamos conciencia de riesgo a la capacidad de darse cuenta o advertir que algunas condiciones internas o externas a mí mismo, pueden ponerme en peligro de algo, y ese darme cuenta me moviliza a actuar para transformar algunas de esas condiciones, o para disminuir las consecuencias.

Esa capacidad se asienta en emociones (miedo); requiere conocimientos que permitan identificar las condiciones que producen miedo, diferenciar luego, si tales condiciones son externas a mí, o son subjetivas o hay un poco de ambas; y permite desplegar acciones en la búsqueda de transformar el miedo en cuidado.

¿Cuál es la diferencia entre tener información sobre condiciones de riesgo o prácticas de riesgo, y tener comprensión de riesgo? Si alguien es capaz de nombrar las vías de transmisión, saber la importancia de tener relaciones sexuales con protección, saber que existen medidas de bioseguridad, diremos que tiene información sobre cuestiones vinculadas al sida. Pero sólo diremos que comprendió, si es capaz de argumentar por qué esas son las vías de transmisión y no otras, por que el sida no se contagia y sólo se transmite el virus (VIH) y puede fundamentarlo. Diremos también que ha comprendido, si es capaz de transformar su conocimiento de las medidas de bioseguridad en medidas concretas y visualizables, y es capaz de actuar ante lo imprevisto y lo incierto, teniendo en cuenta tales conocimientos.

La escuela y el sida

¿Podría la escuela no abordar la problemática del sida? Creemos que no, porque es una problemática social que nos afecta y nos toca a todos. Por acción u omisión, esta problemática está siempre presente, aunque deberíamos preguntarnos cómo está presente en la escuela. Debiera preocupar a docentes y adultos en general, que lo que más circula es abundante información sin que necesariamente sea la perti-

nente o la indispensable, ni que tal información favorezca el desarrollo de conductas concretas de cuidado. La acción de la escuela no debería concluir con la distribución de información sino que debería avanzar hacia la promoción de tomas de conciencia que favorezcan la emergencia de desempeños concretos y prácticas de cuidado efectivo en los jóvenes.

¿Qué desempeños sería deseable promover desde la escuela? Mencionaremos sólo algunos ejemplos:

Nuestro/a alumno/a:

- Diferencia opiniones, creencias de información validada. Identifica qué información posee y cuál haría falta tener para comprender situaciones concretas y, consecuentemente, operar en ellas.
- Es capaz de reconocer sus limitaciones y/o posicionamiento frente a distintas situaciones, y reconocer las del/os otro/s.
- Es capaz de identificar sus propios límites de tolerancia y considerar sus orígenes.
- Fundamenta sus propuestas, a partir de información y conceptos validados y pertinentes a cada situación.
- Es capaz de "ponerse en situación" e interrogarse a partir de la información con que cuenta, identificando qué le faltaría conocer y qué podría hacerse con lo que se tiene/ se sabe.
- Es capaz de cambiar, afianzar y/o promover conductas en sí mismo y en los otros que aporten un aumento del bienestar personal y colectivo, y/o disminuyan el malestar personal y colectivo.
- Tiene capacidad de actuar ante la emergencia concreta de situaciones problemáticas en su entorno, anticipando y promoviendo situaciones saludables aún en momentos de crisis o conflicto personal, grupal o comunitario.

En síntesis, diremos que la prevención ha sido efectiva cuando nuestro destinatario demuestra grados de comprensión progresivos, es decir cuando el conocimiento o la información recibida se traducen en una comprensión expresada a través de desempeños de acción visualizables para la propia persona o para las/os otras/os.

Tener conciencia de riesgo nos pone en mejores condiciones para adoptar conductas de cuidado o generar alternativas que disminuyan la vulnerabilidad.

Cabe preguntarse si las conductas de cuidado son parte de una responsabilidad individual de cada uno, o si son parte de una construcción grupal o comunitaria. Creemos que en particular en este tema, las conductas de cuidado comprometen **simultáneamente** a los individuos, las parejas, los grupos y la comunidad.

■ Si saben, ¿por qué no se cuidan? o ¿qué saben cuando no se cuidan?*

Silvana Weller

*"Nosotros lo que decíamos en la escuela era que si uno tiene una pareja estable, y **sabe, más allá que uno se cuide, sabe, que con esa persona no va a contagiarse... con quien está... yo por lo menos con la gente que estoy yo, somos así, no es que va con uno o con otro. Entonces, el preservativo, esa sería la única manera, pero bueno, si uno ya sabe con quién está, con una pareja firme...***" (mujer de 19 años, escolaridad completa)

Finalizamos el capítulo anterior hipotetizando sobre la vigencia del fenómeno de *doble inscripción*, en el sentido de que la información "enviada" al sujeto cognitivo racional queda almacenada a nivel consciente, pero desvinculada de la posibilidad de "utilizarla" o articularla con otras situaciones, bien sea para cuidarse o bien para no preocuparse ante situaciones no peligrosas. Cuando la conciencia no puede acceder a ciertos contenidos, se pone de manifiesto la existencia de un conflicto. Si algo que se sabe en el sentido consciente del término (lo que relevan las encuestas de Conocimiento) no se recuerda o no puede ser utilizado como "insumo" para la acción, es posible pensar que hay elementos de otro orden que están obturando el libre desplazamiento de las representaciones.

Dice al respecto Freud en *Psicopatología de la Vida Cotidiana* en el Capítulo X titulado —justamente— "Errores":

*En *El sida en la Argentina*. Ediciones ARKETHYPO. Buenos Aires. 1999.

"Los errores de la memoria no se distinguen de los olvidos acompañados de recuerdo erróneo más que en un solo rasgo, esto es, en que el error (el recuerdo erróneo) no es reconocido como tal, sino aceptado como cierto. El uso del término 'error' parece,

sin embargo, depender todavía de otra condición. Hablamos de 'errar' y no de 'recordar erróneamente' en aquellos casos *en que el material psíquico que se trata de reproducir posee el carácter de realidad objetiva, esto es, cuando lo que se quiere recordar es algo distinto de un hecho de nuestra vida psíquica propia, algo más bien que puede ser sometido a una confirmación o una refutación por la memoria de otras personas*. Lo contrario a un error de memoria esta constituido, en este sentido, por la ignorancia (subrayado nuestro). [...] Allí donde aparece un error, yace detrás una represión, o mejor dicho una insinceridad, una desfiguración de la verdad, basada, en último término, en un material reprimido". (Freud, 1901: 892).

Proponemos este punto de partida para escuchar y conceptualizar las dificultades de los jóvenes con relación a la prevención del sida. Buscamos suspender momentáneamente las nociones de correcto e incorrecto, de lógico e ilógico, para permitir el desarrollo de escenas que pueden estar atravesadas por rastros de otras lógicas. Toleramos las "contradicciones" y buscamos el punto donde hay algo que es verdad para el sujeto, aunque sea "poco lógico" —vinculado a otra situación cercana al problema— que puede estar determinando la respuesta. ¿Qué dicen los jóvenes, cuando hablan de sida, desde esta perspectiva?

A continuación se enumeran y describen algunos organizadores subjetivos del problema que se han podido despejar a partir del análisis de entrevistas realizadas durante 1995-1996 a 31 mujeres de entre 16 y 22 años, con la técnica de entrevista abierta en una unidad de adolescencia de un hospital de colectividad de la ciudad de Buenos Aires y en un comedor comunitario de un barrio de la ciudad. Todas las jóvenes entrevistadas en el hospital de colectividad se hallaban cursando estudios secundarios correspondientes a su edad o habían finalizado los estudios secundarios y/o estaban proyectando iniciar estudios universitarios; las que además tenían algún tipo de trabajo era en vinculación a negocios familiares (ayudaban a los padres). En todos los casos por lo menos uno de los padres poseía estudios terciarios o universitarios. En el comedor comunitario, en cambio, las mujeres habían completado la escolaridad primaria y no habían continuado los estudios. Salvo dos chicas (las más jóvenes) todas tenían o habían tenido pareja y eran madres de por lo menos un hijo. Sus parejas estaban desocupadas o realizaban trabajos transitorios ("changas").

Además del miedo a estar infectado describiremos la organización de lo peligroso y lo protegido, la transmisión del virus como inespecífica e incontrolable, la superposición de los temores vinculados al sida con los temores y fantasías vinculados al inicio de relaciones sexuales, la sobreimpresión de pautas morales a los cuidados en materia de prevención de sida, los diversos usos del análisis de VIH y el preservativo como representante del sida. Nuestra propuesta consiste en afirmar que estas categorías son algunas de las que organizan subjetivamente el problema, en el sentido de constituir niveles que tienen realidad para el joven.

Organización de lo peligroso y lo protegido

Las situaciones que involucran posibilidad de transmisión se encuentran organizadas, no tanto por las vías —descriptas y conocidas por los jóvenes— de transmisión, sino por ciertos articuladores subjetivos

que organizan zonas de protección (no hay peligro) y zonas de desprotección (hay peligro). Estas zonas parecen organizarse en dos ejes: la relación que se tiene con las personas y ciertas coordenadas espaciales. Hay una categorización subjetiva de los espacios físicos donde puede haber o no peligro. Es posible trazar dos columnas de términos que parecen fuertemente asociados en el discurso alrededor de lo que "no tiene riesgo" y de lo que preocupa como posibilidad de "contagio".

Protección y peligro

Es decir que más que las situaciones de posibilidad de transmisión del virus descritas por la biomedicina, lo que parece despertar la alarma o favorecer la tranquilidad es el modo subjetivo en el cual se vive la situación en un sentido más amplio, que involucra aspectos vinculares y espaciales. Así, por ejemplo, en el estudio sobre análisis de VIH, un joven insistía, en el marco del debate grupal, que se tenía que hacer el análisis obligatorio en el servicio militar porque se realizan ejercicios físicos y puede haber sangre. A la pregunta de por qué no era necesario este análisis para los que van a jugar un partido de fútbol, el joven responde que allí no habría ningún problema porque la gente con la que él va a jugar al fútbol la elige él, y son sus *"hermanos de sangre"*. Es decir que se trataría de una situación electiva (protección) y no una situación compulsiva (peligro).

Con relación a la posibilidad de la transmisión en espacios médicos, una chica dice: *"No, nada, yo voy al dentista porque le tengo confianza y sé que no me va a pasar nada"*.

Y la contracara en una situación de peligro: *"Yo, una vez me salió un montón de sangre porque soy muy sensible, tengo la piel muy finita y cuando veo que me salió sangre... y aparte era una manicura que yo no la conocía, yo fui porque tenía una hora libre en el colegio y tenía que hacerme las manos..."*

Una chica relata con tono descalificador una clase sobre sida en la escuela. Dice que no le gustó porque explicaban todo para "nenitos". Cuando se le pregunta por qué ella sentía eso, responde:

"Un día vinieron a dar una charla y te preguntaban: ¿qué pasa si un amigo tuyo se lastima? Claro, pero si se lastimó... está al lado tuyo y se cayó, se cortó la pierna. Vos no vas a ir a pensar... lo primero que dijo cualquiera. Si es mi amigo yo no voy a pensar que tiene sida y lo voy a ayudar. El señor dijo, bueno, te ponés un par de guantes. Por eso yo decía que era muy primitiva la charla y era medio tonta."

El docente bien intencionado es descalificado por ir en contra de esta categoría: "si está al lado tuyo, si es tu amigo... yo no voy a pensar que tiene sida". Nótese que la recomendación de uso de guantes cae (aparentemente) en saco roto.

Con relación a lo conocido y desconocido, presentamos un ejemplo de las dificultades que trae aparejada la ambigüedad del término:

Ent.: "La gente cree que se va a contagiar fácil, ¿decís?"

Sí, si tienen relación con una chica conocida, ahí sí, sí o sí el profiláctico...

Ent.: "A ver, tratá de decirme mejor porque no entiendo"

Nosotros le cargamos cuando, o sea, tiene una relación y si la chica es desconocida...

Ent.: "Ah!, desconocida."

Si, ahí sí o sí tiene que usar profiláctico. Si no...

Ent.: "Y si es conocida..."

¿Eh?

Ent.: "Y si es conocida..."

*Si es **conocida**, eso depende de ella. Si quiere que lo use o no.*

Ent.: "¿Y cómo sería una chica **desconocida**?"

*Y... que venga **de otro lado**, que **la conoces en seguida**, y ya...*

El joven señala que hay que cuidarse con las chicas desconocidas. Sin embargo, se desliza la ambigüedad del término. Es habitual referirse a una chica "conocida" cuando es una chica "fácil", esto es que está rápidamente dispuesta a mantener relaciones sexuales. Con el equívoco, pone de manifiesto la labilidad de las categorías subjetivas. Un simple giro lingüístico modifica la calidad de la situación.

Con relación a la protección por la sensación subjetiva de intimidad, un joven dice:

Ent.: "¿Conoces a alguna persona que esté infectada?"

*No, por la tele sí veo que hay algunos, pero que sea amigo mío, no. No hay ninguno en Clorinda. Porque es... **chico**.*

Otra joven refiere una respuesta contradictoria con relación a su percepción personal de riesgo. Buscando esclarecer la contradicción entre que "es una enfermedad imparable" y que "no es fácil contagiarse" ella lo explica del siguiente modo: *"Es fácil y es difícil a la vez. Es fácil contagiarte para una persona que por ahí tiene relaciones con su novio y el otro también tiene relaciones y es difícil a la vez, bueno otra persona es... por ejemplo en un hospital es más fácil contagiarlo porque hay sangre de por medio, es un lugar público en cambio yo, que estoy en mi casa, con mis amigas es difícil contagiarme. Es fácil para uno y difícil para otro."*

Si bien comienza a explicar el problema a partir de la posibilidad de transmisión en una relación sexual no protegida —más bien, la vía de transmisión que parece estar queriendo ejemplificar sería la "infidelidad"— resuelve la situación rompiendo con los modos de transmisión y presentando dos escenarios: el público (hospital) es peligroso. El privado (su casa, sus amigas) es protegido.

Inespecificidad de la transmisión. Imposibilidad de controlarla

Los jóvenes, fundamentalmente los de escolaridad alta (estudiantes secundarios o con secundaria completa), manejan la información sobre cómo se transmite el virus y cómo se previene la transmisión. Sin embargo, hay un momento —esto se advierte en casi todas las entrevistas— donde aparece claramente una sensación de descontrol, de inespecificidad —de la enfermedad, de los modos de transmisión y prevención—, por ejemplo cuando aparece el problema en lo público, o la desconfianza, se manifiesta la imagen de descontrol, que también está ligada al "momento de descuido":

El miedo que todo el mundo habla... el sida, el sida... yo hablé con ella, ella también en un momento... quiero hacerme un análisis, quiero saber... no sé, la cera, cualquier cosa, los mosquitos, no sé, cualquier cosa, pero obligatorio, así, no sé... incluso

también tendrías que tener cuidado, porque no sabés si se sacó sangre alguna vez, cualquier cosa.

Yo, nunca me pasó. Todavía soy muy chica. Pero en las cosas con las que yo puedo tener contacto... jeringas... yo siempre me cuido... yo, yo me cuido. Le digo a mi mamá, te fijaste que sea descartable. La cera... al principio me depilaba con la cera descartable. Pero cuando vino la doctora al colegio, nos dio todo un folleto, yo lo tengo guardado desde primer año y nos dijo que la cera no era... por el grado de calor... yo y los demás chicos también... yo... igual siempre me queda la duda... además es mucho más cara la cera descartable...

Ent.: "¿Cómo es eso de la duda...?"

Siempre te queda la duda de que se haya depilado alguien... porque siempre que te depilás te queda sangre... siempre te queda la duda de que alguien tenga sida y se haya depilado.

Claro, que vos podés saber todo y te contagias. Vas a la manicura... te hacés las manos... queda un poquito de sangre... justo ese se olvidaron de pasarlo por el autoclave y ya fue...

*El sida es **algo muy general** y cada vez va avanzando más y tenés miedo, mal o bien tenés miedo. El sida es una enfermedad universal, en todo el mundo, entonces al ser más así, que va avanzando y vas escuchando por la radio cada vez hay más casos de sida y todo eso te va atormentando. Sí... te va dando más miedo.*

La verdad... me da mucho miedo. Porque... yo sé que esta avanzando... como dice la proporción 2... 4... que la pasó. Yo sé que hay una historia que al final de cada siglo siempre hay una epidemia que deja a la población la tercera parte de lo que era. En todos los siglos fue así. Pero en todas las epidemias que vi, siempre eran cosas que no sabían como defenderse... y si ahora que sabemos pasa lo mismo... hay algo que está funcionando mal.

Dentro de esta línea de argumentación es también muy fuerte el énfasis en la descripción de situaciones de riesgo "lógico" (posible pero prácticamente improbable) pero no epidemiológico (no se han descrito casos), que posiblemente esté basado en la percepción de la enfermedad como algo "incontrolable".

No sé, a mí me contaron de un chico que peleándose en la calle se cortó y se contagió por pelearse.

Estas situaciones son similares a lo que dimos en llamar el fenómeno de la "sangre voladora". "Qué pasa si una persona se corta, le sale sangre y cae sobre otra persona que tiene una herida abierta...". Este tipo de razonamiento era esgrimido fundamentalmente para dar basamento a la necesidad de realizar estudios de VIH para ingresar a ciertos trabajos.

Superposición de los temores vinculados al sida con los temores y fantasías vinculados al inicio de las relaciones sexuales

En varias ocasiones las entrevistadas aluden a que la dificultad para cuidarse del sida (en general) está en "un descuido", en "no pensar en nada". Cuando los jóvenes hablan de estos descuidos no aluden a las situaciones de transmisión sexual sino, por el contrario, parecen recargarse de una difusa peligrosidad situaciones más cercanas a las que se llaman "casuales", o se alude a situaciones donde hay riesgo,

pero el mismo estaría controlado por las medidas de bioseguridad.

No sé, cuando vas al médi... cuando vas al dentista. Yo tengo un miedo, a veces. Pensar que lo están tratando a mi hermanito y a mí me agarra miedo... a mi mamá también le agarra mucho miedo... sabés que en el dentista se ha contagiado bastante gente... pero no sé... cuando voy a sacarme sangre sé que la... la aguja es mía, la jeringa, pero igual tengo miedo de eso... no sé, me implantaron un pánico, no sé tal vez es mejor tener miedo y prevenirse que no saberlo y tal vez llegado el momento estás tan liberal, tan liberal que...

No, yo, miedo... no me da. Sé que si me expongo me tengo que cuidar... con la droga lo mismo... a mí me da miedo si me corto con algo en el parque. Estoy haciendo algo en el parque y me corto. Ahí puede ser que me da miedo, pero si soy consciente de lo que hago....

El tipo de expresiones utilizadas por las jóvenes parecen evocar un descuido pero de otro orden, vinculado a las relaciones sexuales. Es también notoria -como se ejemplifica en los siguientes testimonios- la visión idealizada que tienen las jóvenes sobre el inicio de las relaciones.

Yo sabía de las pastillas y de acabar afuera. Del preservativo no sabía. Pero yo no estaba pensando en eso. Creía que iba a llegar virgen al matrimonio y entonces esas cosas no me interesaban, eran para más adelante.

Un día viajé a Paraguay para ver a mis hermanos. Ahí lo conocí. Y después de un mes me pidió 'la prueba de amor'. Me dijo que él se iba a cuidar.

Primero que yo no tuve relaciones y yo pienso tenerlas el día que realmente me dé cuenta de que amo a una persona y esa persona también me ama, y bueno, pienso que ahora con 16 años no estoy preparada. Es algo muy importante para mí, me entendés. Y un novio de ahora no pienso que llene los requisitos para que yo, entendés, pueda darle eso que es muy importante. Yo quiero que la otra persona también lo sienta, me entendés...

Yo, a mí me interesa mucho y si llego a tener relaciones más adelante me voy a cuidar por mí y por todos, no solamente por mí sino por todos, y bueno...

Sí, en el secundario nos informaron sobre el sida, métodos anticonceptivos... Más o menos te explicaban. Creo que era de Johnson y Johnson... Ahí preguntar me daba vergüenza... delante de todo el mundo... En ese momento me interesaba, pero no era algo que era urgente para mí. Yo pensaba que faltaba mucho rato todavía.

Apoyados en lo dicho por las jóvenes nos preguntamos hasta qué punto interviene esta idealización de la relación para construir la distancia entre lo que se sabe y lo que no se sabe. Hay una ruptura entre el estereotipo (ser virgen para el matrimonio, tener relaciones sólo cuando se encuentre "el príncipe azul") y las situaciones de inicio concretas. ¿Será esto el "vos sabés todo pero te descuidás... en un momento que no pensás... en un momento de descuido... por más que estés alerta te puede pasar igual"?

Diversos autores han descrito un "período de latencia" entre el inicio de relaciones sexuales y el uso de un método anticonceptivo eficaz. Dice Bayés al respecto que "Las muchachas se verán presionadas hacia el coito. Esta situación supone un considerable riesgo, en especial

para las mujeres, ya que en el inicio de la actividad sexual suele ser frecuente un período de latencia que oscila entre 12 y 24 meses entre el comportamiento sexual y la puesta en práctica de métodos anticonceptivos eficaces" (Bayés, 1995: 79). El "tiempo de latencia" ¿es el tiempo de aceptar que se está haciendo lo que se está haciendo? ¿Es el tiempo subjetivo de "hacerse cargo" de que es uno el que está allí, manteniendo esas relaciones sexuales alejadas de las construidas en la infancia?

Sobreimpresión de pautas morales a los cuidados en materia de prevención de sida

Un organizador fuerte de la concepción referida a quién está "en riesgo" o con mayor vulnerabilidad, está vinculado a las definiciones de "nosotros" y "los otros" asentados en juicios morales. Esta categoría se presenta de dos modos complementarios: suponer mayor "riesgo" para los otros (que son diferentes por diversas razones, una de las cuales es el comportamiento) o descontar el "riesgo" entre los que se consideran "nosotros".

Por ejemplo. Yo soy una chica, ¿no? y yo tengo un amigo. Un chico que lo conozco de la playa. Y al otro día tengo relaciones. Me parece que eso no va. Me parece que es también responsabilidad de los dos. No lo conocés. Este... no sé...

Ent.: "¿Y por qué te parece que tus compañeras lo ven como lejano, aunque a lo mejor están de novias, o teniendo relaciones?"

(silencio) Porque uno piensa que no le va a tocar a uno. No sé, piensa en los demás pero piensa que a uno no le va a pasar.

Ent.: "¿En la escuela hablan del sida?"

Sí, sí, pero entre compañeros. Los profesores, qué sé yo, muy pocos tocan el tema. Los del área de biología, por ahí sí.

Ent.: "¿Y por qué te parece que es así?"

Tendrán miedo, no sé... o pensarán que no le va a pasar a nadie. Creo que piensan que no les va a tocar, que no nos va a tocar.

Ent.: "¿Alguna vez conociste a una persona que tuviera sida, o estuviera infectada?"

No... Sí. Un amigo de mi papá. Pero porque él se drogaba. Era taxista. Se drogaba mucho.

En las entrevistas aparecen diferentes "otros" que son visualizados por el entrevistado como los que están más expuestos a la enfermedad. Estos son: los tatuados, los que van con cualquiera, los que se acuestan enseguida, los pobres, los ignorantes, los que andan por la calle, los que andan en barra, los que se drogan en la plaza, los promiscuos. En general, y tal como lo describe Ana Domínguez Moon (1993) las mayores condenas caen sobre las mujeres, aún en boca de las propias mujeres. Hemos encontrado escasas excepciones que aluden, por ejemplo, a los riesgos asociados con "infidelidad masculina", esto es, la posibilidad (epidemiológicamente en aumento) de que una mujer monogámica con pareja estable pueda contraer el virus a partir de una relación no protegida de su pareja (Bronfman, 1995).

Usos del análisis de VIH

Con relación a este punto queremos detenernos en dos situaciones que hemos observado con frecuencia. En primer lugar, la utilización del análisis de VIH al modo de "una vacuna". El análisis hecho de modo

reiterado funcionaría como protección equiparándolo a los efectos de una vacuna. En algunos casos es dicho de modo explícito: "te descuidás, pero luego vas y te hacés el análisis". En segundo lugar, hay un juego vinculado a una especie de pasaje por la muerte en los devaneos de hacerse o no el análisis. Esto aparece con particular claridad en las chicas que no han iniciado relaciones sexuales.

Yo le dije a mi mamá que quiero hacerme un análisis. El miedo que todo el mundo habla. Quiero hacerme el análisis, quiero saber... O sea, yo tampoco tengo un miedo pánico, pero para estar tranquila, muchos tal vez lo piensan pero no lo muestran... hay muchas cosas que uno se guarda.

Otras veces, como se desprende del siguiente testimonio, hacerse el análisis "por las dudas" es el único modo de expresar que se está haciendo el análisis ante un temor con sustrato real.

Bueno, claro, cómo se llama... yo no digo que él no debe tener a nadie pero, viste, yo le digo a mi hermana que se cuide... yo no digo que sea un mujeriego pero por ahí, viste, hay oportunidades que por ahí se presentan y él como es hombre no va a decir que no... que es verdad... 'No gorda, no'. Enrique... Yo lo cargo. 'No, no'. Pero igual, siempre, casi siempre. 'Che, Enrique, viste la nota que pasan del sida'. 'Ah, sí, sí'. 'Cómo te podés cuidar'. 'Todos se pueden cuidar, hay que ponerse preservativo' Y se ríe. 'Es un molesto, eso. Es una porquería! Tu hermana me tiene cansado con esa porquería'. Se enoja, porque mi hermana se lo hace poner, se enoja. Pero igual, viste, hay que cuidarse. Mi otra hermana también. Hace poco que ella se había enterado del sida (...) Mi cuñado es muy mujeriego, entonces... cualquiera que le da un poquito de calce ya está, viste... entonces yo le digo a mi hermana... 'Cuidáte, por el tema del sida. Por ahí está infectado y te infectás vos'.

Ent.: "¿Qué dice tu hermana?"

Mi hermana dice que no, que no puede ser que mi cuñado sea así. Porque cuando estaba acá y mi hermana estaba en Santa Fe, yo cada vez que lo cruzaba andaba con una mujer distinta... entonces yo le dije. 'Mira, cuando vos no estabas acá el andaba con... así y así'. 'No, no puede ser' Le digo, cuidáte por el tema del sida, no sea cosa que estés infectada. Vos tenés chicos. Cuidáte vos, cuidá a los chicos... Ella cada dos años se lo hace. Por control se lo hace. Bah, por un control, porque el marido también es medio... pero viste, como ellos mucho no... no... tiene miedo también...

El preservativo como representante del sida¹

"¿Cómo voy a usar un forro con una mina que me quiero levantar en serio... con una mina que salgo... con mi novia...? Si le digo que me voy a poner un forro va a creer que sólo quiero encamarme con ella... Te corta, no se siente, se rompe, no sé, no se te para...", dicen ellos.

"Si le pido (a él) que se ponga un forro, va a pensar que tengo experiencia, que soy una zafada, que lo hago con cualquiera, que estoy enferma, que no me gusta tanto, que estoy buscando pretextos, me da vergüenza, no sé...", dicen ellas.

La indicación del uso del preservativo como eje de las campañas pre-

¹ Esta idea fue presentada en el artículo publicado en el diario Página/12 del 11 de Julio de 1991 bajo el título *Mejor usarlo que serlo*, de Silvana Weller, Juan Jorge Fariña y Andrea Homene.

ventivas instala una paradoja básica en la cuestión del tratamiento social y subjetivo del sida. Cuando dos personas mantienen relaciones sexuales por primera vez se enfrentan ineludiblemente con la enfermedad en su dimensión de fantasma: si no usan preservativo, la presencia virtual de la muerte aparece encarnada en el riesgo real de la transmisión; si lo utilizan, el fantasma se instala en el discurso recurrente del "si lo estamos usando es porque uno de los dos puede estar infectado". Es en esta situación donde alcanza el punto de máxima verdad la afirmación de que "el sida es un problema de todos". Cualquier estrategia preventiva trabaja, lo sepa o no, sobre la superficie de esta situación paradójica. La alianza entre la muerte y la sexualidad, tantas veces abordada por Freud como construcción privilegiada del campo de la fantasía, aparece ahora con la crudeza de sus determinaciones reales. Las vicisitudes del uso del preservativo se instalan allí. Con la llegada del sida el preservativo deja de ser un rudimentario método anticonceptivo para ingresar en una cadena discursiva que determinará su nuevo destino. Esta cadena se aleja nítidamente de las complejidades precedentes y plantea otros problemas.

"Yo creo que el uso del preservativo es algo que parte de uno, por un tema de conciencia personal, que uno elige la pauta de si uno vive o muere (subrayado nuestro) ..Yo trato de cuidarme en lo posible, los primeros meses para mí son un cuidado intensivo de mi persona, pero después pasa por un tema de confianza con respecto a esa persona. Si esa persona tiene o no, ya es otro tema, yo no voy y le pido el documento y el VIH. Porque sería un tema muy complicado... para encarar una persona... '¿vos tenés sida?'... es complicado, esa persona tal vez te rechaza por el tema..'¿Vos me estás cargando?' No encuentro la vuelta como para tratar de evitar el sida. Trato, sí. Pero no creo que haya forma de evitarlo a nivel global..."

En los generalizados argumentos contra su uso por parte de muchas personas se debe leer la fuerza con que estas personas hacen síntoma de una percepción sobre el problema y, en especial, sobre cómo introducirlo a la hora del encuentro sexual con ese semejante que devuelve la simetría de sus miedos y sus fantasmas.

"Para ponerte el preservativo tiene que ser en un momento... mi experiencia con el preservativo es que está todo bien, y para mí es un garrón usar el preservativo, porque tenés que cortar un momento que está todo bien, y empieza todo el lío de abrir el preservativo, de dónde está el preservativo, que te levantás y te quedas esperando que traigan el preservativo... Para mí es un garrón y cuando me cuido, por ahí me cuido de no quedar embarazada y no del SIDA, porque en ese momento no pienso en el SIDA... no pienso, bueno, en realidad no pienso en nada, pero bueno... Que se lo pone, que no se lo pone, que tenés que empezar todo de nuevo porque la cosa se va achicando, y como que tenés que empezar todo de nuevo, para mí no va. Hay que inventar otra cosa que te lo puedas poner desde que te bajás los pantalones."

Hemos buscado ilustrar con estas referencias la noción de sujeto activo y productor, y la insuficiencia del abordaje centrado en la información. Los jóvenes, más allá o más acá —para utilizar una metáfora tópica— de la información que tengan sobre el tema, construyen sus representaciones de seguridad y peligro apropiándose de los contenidos

en función de otras problemáticas cercanas a su vida íntima. El sida y los conocimientos sobre el problema quedan atravesados por el inicio idealizado de las relaciones, el sostenimiento de valores aún vigentes sobre el amor (la entrega, la confianza, la completud), el miedo a la muerte en cualquiera de sus presentaciones, la organización subjetiva que nos permite identificar —y organizar, estructurar— la vida cotidiana entre lo peligroso y lo protegido.

En las consideraciones sobre el uso del preservativo, fundamentalmente en las alusiones a los problemas de sostener la erección ante la presencia del adminículo, se ven con claridad el desfasaje entre los mensajes preventivos (el preservativo es barato, es regalado, es fácil de usar, te previene de muchas enfermedades y es un método anticonceptivo, etc., etc.) y el registro subjetivo del problema, que en el caso de muchos hombres significa tener relaciones sin preservativo o no tenerlas. Es allí donde se ve con más fuerza el nivel culpabilizante de algunos mensajes hechos con las mejores intenciones. Dice al respecto Bayés (1995) que muchas veces se tiene la impresión de que los jóvenes no logran cambiar su conducta sino sólo aumentar sus culpas el día después de haber mantenido relaciones sin protección. Esto, que luego el autor de fuerte formación cognitivista descalifica por irracional, es un dato que no debemos descuidar si nos centramos en lo que le pasa a la gente con la información brindada de estos modos, si consideramos que genera un plus de sufrimiento la prevención misma basada en un modelo que no tolera la complejidad de la vida humana.

■ Índice

3	PRESENTACIÓN
5	INTRODUCCIÓN
7	BLOQUE 1: SALUD
13	DINÁMICAS
21	ANEXO BIBLIOGRÁFICO
23	ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA SALUD Y LA CAPACITACIÓN EN SALUD, DESDE UN ENFOQUE DE RESILIENCIA Martha Weiss y Graciela Lombardi
26	COMPONENTES DE LA DEFINICIÓN DE SALUD Juan Peralta
33	LA ESCUELA Y LA PREVENCIÓN Componente Educación, Sida y ETS/LUSIDA
35	ÉTICA DE LA PREVENCIÓN Giovanni Berlinguer
39	BLOQUE 2: SEXUALIDAD
43	DINÁMICAS
57	ANEXO BIBLIOGRÁFICO
59	LOS MÚLTIPLES ESCENARIOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA Juan Peralta
70	CHARLANDO SOBRE NUESTRA SEXUALIDAD Martha Weiss y María Beatriz Greco
83	EL PAPEL DE LOS ADULTOS EN LOS PROBLEMAS DE LOS JÓVENES. REVISANDO EL CONCEPTO DE EMBARAZO ADOLESCENTE Silvana Weller
95	SER DIFERENTES Martha Weiss y María Beatriz Greco
101	BLOQUE 3: PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA
105	DINÁMICAS
111	ANEXO BIBLIOGRÁFICO
113	ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA Y LA EDUCACIÓN Graciela Lombardi y Martha Weiss
119	SI SABEN, ¿POR QUÉ NO SE CUIDAN? O ¿QUÉ SABEN CUANDO NO SE CUIDAN? Silvana Weller

