

371.7  
Camp 15

**NUEVO COMPROMISO DOCENTE  
ANTE LA SALUD  
(en los tiempos del SIDA)**



*Josefina Campero - Ana Escandel - Alberto Onna*

**Ministro de Cultura y Educación**

*Prof. Antonio Francisco Salonia*

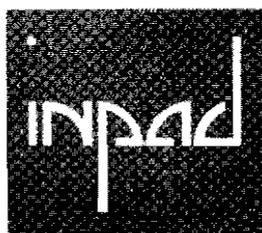
**Subsecretario de Educación**

*Dr. Luis A. Barry*

**Rector del Instituto Nacional  
de perfeccionamiento y**

**Actualización Docente**

*Prof. Enrique Manson*



371.7  
Camp. 15

Div. de DOCUMENTACION	
Entró	05/20/93
Remitente	Aug.
Intervino	ef

INV	000683
SIG	371.7
LIP	Camp 15

**NUEVO COMPROMISO DOCENTE  
ANTE LA SALUD  
(en los tiempos del SIDA)**

03782

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION EDUCATIVA  
Paraguay 1657 - 1er. Piso  
1062 Capital Federal - República Argentina



**STAFF:**

*Jorge A. Alicata: Diseñador Gráfico  
y Coordinador General*

*Marcelo Firpo: Ilustrador*

*Silvia Ruesja: Composición  
tipográfica*

*Gabriela Abellán: Corrección*

*Impresión: Dalbos*

**Realizamos este módulo:**

*Josefina Campero  
Ana Escandel  
Alberto Onna*

**Con la colaboración de:**

*Norma Faillace y Clara Bendersky  
(organización y coordinación de talleres)  
Marta Passut y Mónica Perazzo  
(procesamiento didáctico y del I.N.P.A.D.)*

**Y también de muchos otros que se encontrarán aquí.  
A todos ellos un agradecimiento especial.**

# **Contenido**

**Introducción** 9

**En qué consiste este módulo** 10

**Estimado docente** 11

**Objetivos generales y objetivos  
específicos** 14

## **Primera parte: El taller**

Nuestro lugar de trabajo 15

Cómo empezar nuestro taller 15

Nos preguntamos: cómo tendría que ser un  
coordinador de taller? 17

Cómo invitamos al taller? 18

## **Segunda parte: Reflexiones acerca de salud y enfermedad**

Recreamos la concepción de salud 21

Enunciamos nuestra definición 23

Otra forma de trabajar estos conceptos 23

Material de lectura 23

¿Por nuestra salud, qué hacemos? 25

### **Tercera parte: Indagando algunos aspectos de la salud de los niños y jóvenes**

Nuestras preguntas sobre demografía, morbilidad y mortalidad 26

Material de lectura 35

Resumiendo 37

### **Cuarta parte: El docente como agente de salud**

Reencontrando sentimientos 38

Material de lectura 42

Nuestra reflexión/acción 43

Otras propuestas 46

### **Quinta parte: Cómo aplicar nuestro modelo de trabajo a una problemática específica.**

Asociando libremente 47

Enfermedades de transmisión sexual y SIDA 49

Una manera de trabajar el impacto: nosotros y el SIDA 51

Relevamiento de la Opinión Pública 55

Resultado de otra experiencia 60

Dimensiones sociales del SIDA	61
El trabajo en el aula, para SIDA u otras temáticas	62
Propuesta de trabajo	64
Hacia una metodología que propicia cambios	66
Una técnica: la simulación	67
Información básica sobre ETS y SIDA	70
<b>Producción específica de los talleres de prevención de SIDA</b>	81
<b>A manera de cierre</b>	90
<b>Bibliografía</b>	92

# Introducción

La Subsecretaría de Salud y la Subsecretaría de Educación llevan adelante diversos proyectos de investigación-acción con el propósito de reforzar acciones de prevención de la salud en la población.

Dentro de ese marco y como resultado del intercambio de un grupo de profesionales de ambas áreas, se ha elaborado este Módulo, que contó con el asesoramiento y colaboración del Dr. Bernardo Noguero y de Daniel Cecchini, cuando se desempeñaban en el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.

El objetivo central de este material es acrecentar en los docentes las actitudes reflexivas que les permitan operar como *agentes facilitadores de la integración de los jóvenes en la realidad socio-cultural* entendiendo que EDUCAR EN SALUD implica algo más que transmitir un conocimiento cerrado o repetir "verdades".

EDUCAR EN SALUD tiene que ver con la coherencia entre contenido del discurso, carga emocional, vínculos, intereses del grupo, en fin, educar en salud es abrir preguntas, cuestionar actitudes, y encontrar un equilibrio de modo tal que los roles de "emisores" y "receptores" sean jugados alternativamente, logrando la construcción de un saber en salud que permita acercarnos a un nivel de vida pleno.

## En qué consiste este módulo?

Este Módulo consta de una serie de reflexiones, cuestionamientos, actividades, conceptualizaciones teóricas, datos estadísticos, etc. destinados a aquellos que estén dispuestos a "aprehender haciendo" con otros.

En cada propuesta usted encontrará el material necesario para lograr el objetivo buscado, siempre a través del intercambio grupal. En algunos casos quedarán "tareas para el hogar" que, de acuerdo con la disponibilidad de horarios, conocimientos, intereses, el grupo resolverá cómo llevarlas a cabo.

Es importante que todos los integrantes tengan claras las consignas antes de comenzar la actividad, como así también que, al concluirla cada grupo pueda leer y comentar a los otros su experiencia tanto en lo referido a los contenidos como a la dinámica grupal, recordando que los "errores" cuando son analizados implican el comienzo de la búsqueda de soluciones.

Y así empezamos a escribir en un torbellino de papeles, borradores, libros de educación y salud, prevención y asistencia, estadísticas, y material de talleres, esto que está armado como... si usted llegara al teatro y en lugar de ubicarlo en la butaca lo hicieran subir al escenario para representar el papel principal en:

**NUEVO COMPROMISO  
DOCENTE ANTE  
LA SALUD  
(EN LOS TIEMPOS DEL  
SIDA)**



Recordemos que sin momentos de confusión no hay aprendizaje, sin movilización, el grupo no aprehende, y sin placer el aprendizaje no tiene vida, anímese a vivenciar un rol comprometido.

## Estimado docente:

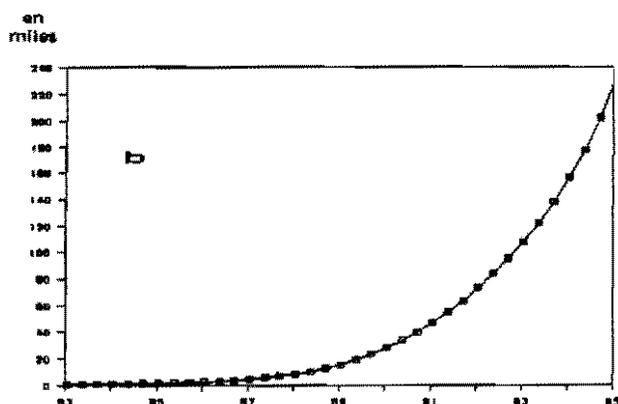
Queremos compartir algunas vivencias que nos permitieron comenzar a gestar y dar a luz este módulo. . .

Una docente integrante de un equipo interdisciplinario en un Hospital escuchó decir a su jefe, el Dr. Marcelo Beltrán: "Tienen que empezar a pensar en la prevención del SIDA. . ." la sugerencia quedó allí. . . Un día apareció el primer ex-alumno portador. . ., esta es una de las puntas del trabajo; la otra es una escena familiar: un profesor adulto escuchaba a su madre cantar "Gracias a la vida, que me ha dado tanto. . ." y con aire de adolescente le cuestionaba. . . ¿Gracias por qué? y ella respondía: "sanos, vivos y juntos". Entre el deber y el saber, entre el querer y el poder, entre el afecto y la ley con un montón de otros que nos ayudaron a crecer compartimos con Ud. las siguientes afirmaciones que identifican el sentir de esta propuesta, y que ya, son nuestras.

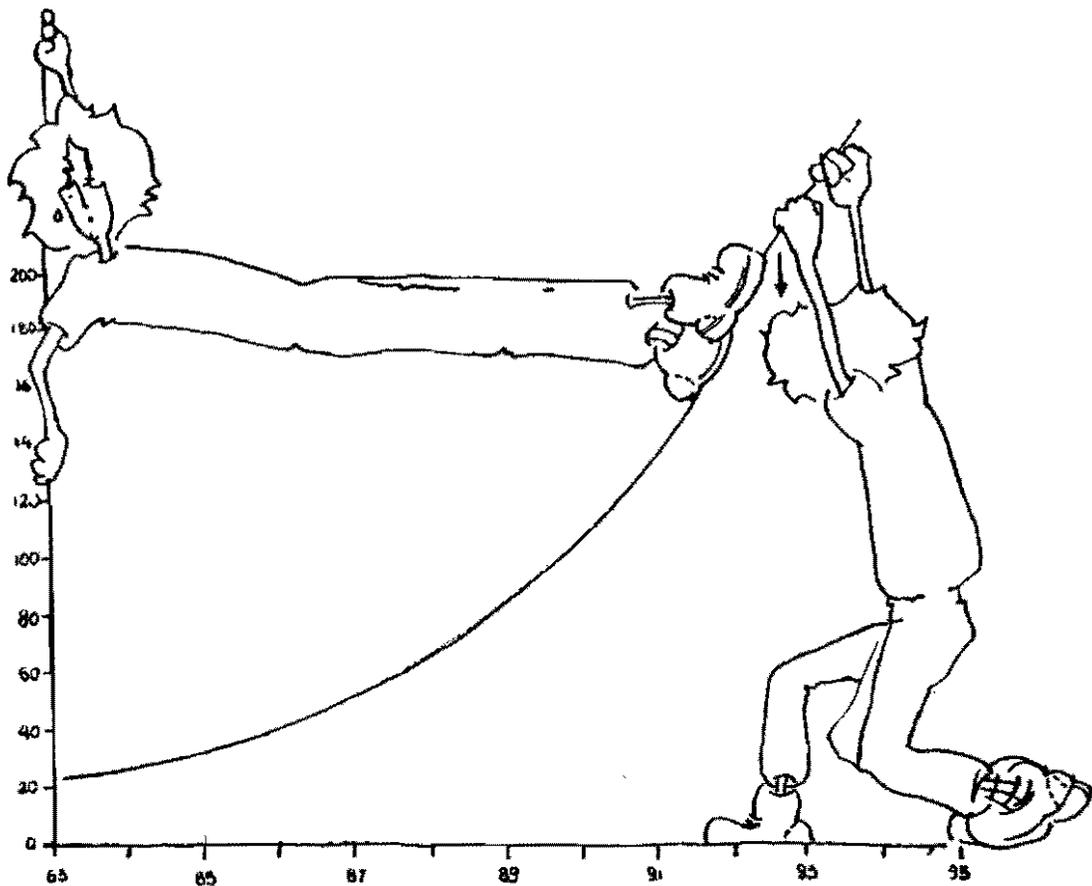
### Fundamentación teórica:

- # *"Un hombre sabio dijo: ve con el pueblo, vive con él, aprende de él, empieza por lo que sabe, construye con lo que tiene y prosigue. . . si el grupo dice: "lo hemos hecho nosotros", habrás cumplido tu misión".*
- # *"Somos un cuerpo en el seno de un grupo, punto de partida para todo aprendizaje".* Nacemos cuerpo y morimos cuerpo en el seno de un grupo punto de partida para todo aprendizaje, el SIDA nos da la oportunidad de recuperar aspectos olvidados de solidaridad, necesidad de aprendizaje permanente y construcción grupal de soluciones ante los problemas que se nos presentan.
- # *"El contenido está en el método",* consideramos que la trasvasación de contenidos con modalidades tradicionales donde "uno supuestamente sabe y el otro no, no es válida para la modificación de conductas, ni actitudes, por eso consideramos "El Taller" como el espacio apropiado, para la elaboración de miedos y fantasías

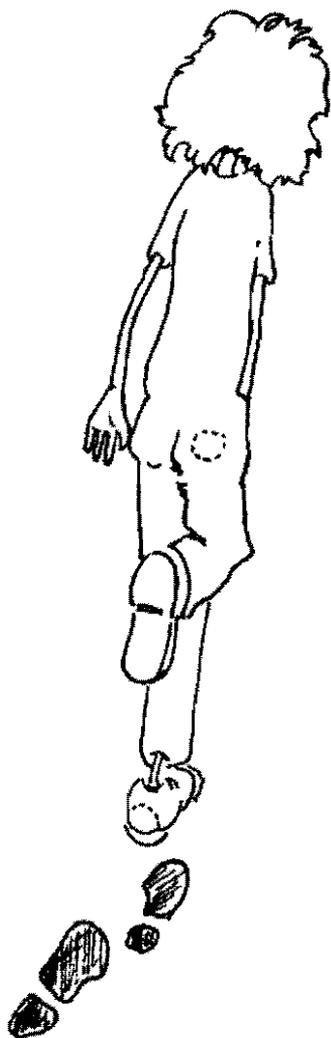
y allí con disparadores específicos facilitar al grupo que "escriba esta situación compleja: el SIDA".



Estimaciones predictivas de la evolución del número de infectados por el VIH sin acciones preventivas (O)



# *"El hombre ser social por naturaleza, se compromete como hacedor de historia"*, destacamos así que nos toca vivir esta epidemia, somos responsables de la evolución de la misma, nuestra indiferencia permite que en esta carrera contra reloj... gane el virus, nuestro compromiso quizá pueda transformar lo "siniestro en algo maravilloso", como decía Pichón Rivière. Esta situación crítica y difícil reaviva en todos antiguos miedos y fantasías reforzando la asociación sexualidad-castigo-muerte. Entonces comprendimos que "EL SIDA" refuerza la tendencia a separar lo ya marginado, no asistir, no educar, hacer a pocos responsables de los males y entonces dejar que la "historia de mi tiempo y de mi vida" la escriban otros y en mí sólo impere un profundo terror y miedo que quizá me impida un desempeño adulto.



Nuestro último principio:

# *"Caminante no hay camino, se hace camino al andar"*, porque si bien tenemos claros los objetivos y la metodología, en cada encuentro el grupo elabora un producto que siempre se diferencia de los otros y **asume** particularidades propias... si el grupo lo siente como propio hemos cumplido la misión.

## Entonces

Juntos, vivos y en proceso de sanar... buscaremos el equilibrio que nos permita desarrollar nuestras posibilidades y lograr una adaptación activa en nuestra realidad con mutuo enriquecimiento... ¿Será posible?

Sócrates le contestó a Glauco: "No sé si existe esa ciudad ideal, el hombre sabio vivirá en su búsqueda y allí encontrará la felicidad".

Nosotros decimos:

Sabemos que no existe un estado permanente de completo bienestar... pero si afirmamos: El hombre "sano" encontrará la salud en su búsqueda.

0  
Aporte de R. Raggi, G. Blanco,  
"Modelo epidemiológico de la  
infección VIH y SIDA en  
Argentina, situación presente y  
estimaciones predictivas".

## Objetivos generales

Le proponemos:

- # Re-encontrar modalidades de acercamiento a la realidad de la salud de los alumnos y de la nuestra.
- # Construir grupalmente abordajes operativos para la prevención.
- # Tender a la integración de emociones –conocimiento– acciones en el ámbito interdisciplinario.
- # Transformar la actitud de depositarios de un “supuesto SABER” para convertirnos con otros en constructores del mismo.
- # Analizar las dificultades para aprender en la búsqueda de las soluciones a través del intercambio grupal.



## Objetivos específicos

Intentaremos juntos:

- # Promover en las instituciones escolares la creación de espacios de reflexión tendientes a mejorar la prevención de la salud del alumnado, del personal y de la comunidad.
- # Fortalecer el cuestionamiento del rol del docente como Agente de Salud.
- # Flexibilizar las estructuras de las instituciones educativas para que puedan repensar su compromiso con la salud de la comunidad educativa ante el SIDA y otros problemas locales de salud.
- # Acercar propuestas creativas e información precisa.
- # Lograr que el impacto psicosocial de la epidemia sea abordado de modo tal que:
  - \* Se reafirme el compromiso con la salud y la vida.
  - \* La escuela sea un centro real de prevención.
  - \* Los portadores y enfermos no sean marginados.
- # Fortalecer las alianzas entre las instituciones de educación y salud a través de la elaboración y puesta en marcha de proyectos conjuntos.

**NOTA:** Es importante destacar que la tarea preventiva descubre una demanda asistencial, por lo que resulta imprescindible el contacto con los centros de salud del área de la institución educativa y canales fluidos de comunicación para el mutuo apoyo.



## Primera parte: El taller

1

Del latín *participare*, compuesto de *pars*, "parte", y *capere*, "tomar". Como indica la etimología del término, *participar* significa "tener parte" en una cosa. De ordinario se entiende como participación activa (en contraposición a pasiva), pues no se trata sólo de estar en algo, sino de decidir sobre algo.

Las formas de participación son múltiples: personal o institucional, idílica o conflictiva, consultiva, deliberativa, decisoria o ejecutiva. En cuanto al alcance de la participación, siguiendo a Espinoza Vergara, podemos distinguir: la participación como consulta (se pide a la gente que exprese sus puntos de vista, pero los responsables actúan de acuerdo con su propio criterio); como delegación (un grupo amplio delega su derecho de participar en un grupo reducido o bien se transfiere a otro una parte del poder de decisión); como influencia (se participa prestando o condicionando la toma de decisiones); como control (la participación consiste en un proceso de vigilancia o de seguimiento respecto de la ejecución decidida en otro nivel); como intervención en las decisiones (en este caso la participación consiste en tomar parte directamente en el proceso de decisiones). Sólo en el último de los casos existe una auténtica participación, puesto que las personas no son consideradas como destinatarias de las decisiones adoptadas desde arriba, sino que tienen la posibilidad efectiva de intervenir en todas las cuestiones que les afectan y conciernen, ya sea como individuos, grupos, ciudadanos de un estado o miembros de una sociedad. Ver Ezequiel Ander-Egg, "Diccionario de Política"

(Córdoba, República Argentina, 1984), pág. 230-231. El Cid Editor.

2

Término que engloba en una totalidad la enseñanza y el aprendizaje, procesos a cumplirse en todos los participantes.

3

Bleger, José. Temas de psicología. (Buenos Aires, República Argentina, 1978). Ediciones Nueva Visión.

### **Cómo empezar nuestro taller?**

## Nuestro lugar de trabajo

Al buscar en el diccionario el significado de la palabra Taller, encontramos: ASTELLARIUM, astillero, astilla, lugar donde acuden muchos para la enseñanza, lugar donde acuden muchos para realizar un trabajo artesanal, sacar una astilla. Artesano: aquel que produce objetos por su cuenta y le imprime su sello personal.

Participativo: que forma parte de, elemento que interactúa con otras partes conformando un todo, modificándolo y modificándose en un devenir histórico. . . (1)

Y así conformamos un deseo: la realización de este taller participativo donde ustedes se han reunido en torno de este material para re-crear un plan de trabajo concreto y artesanal que permita sacar la espina al tema SIDA, sacar la astilla a los temas de salud en los tiempos del SIDA.

Para ello insistimos una vez más que las reuniones de trabajo se realizarán en lugares donde los participantes puedan "movilizarse" con comodidad en un clima cordial que permita la operatividad grupal.

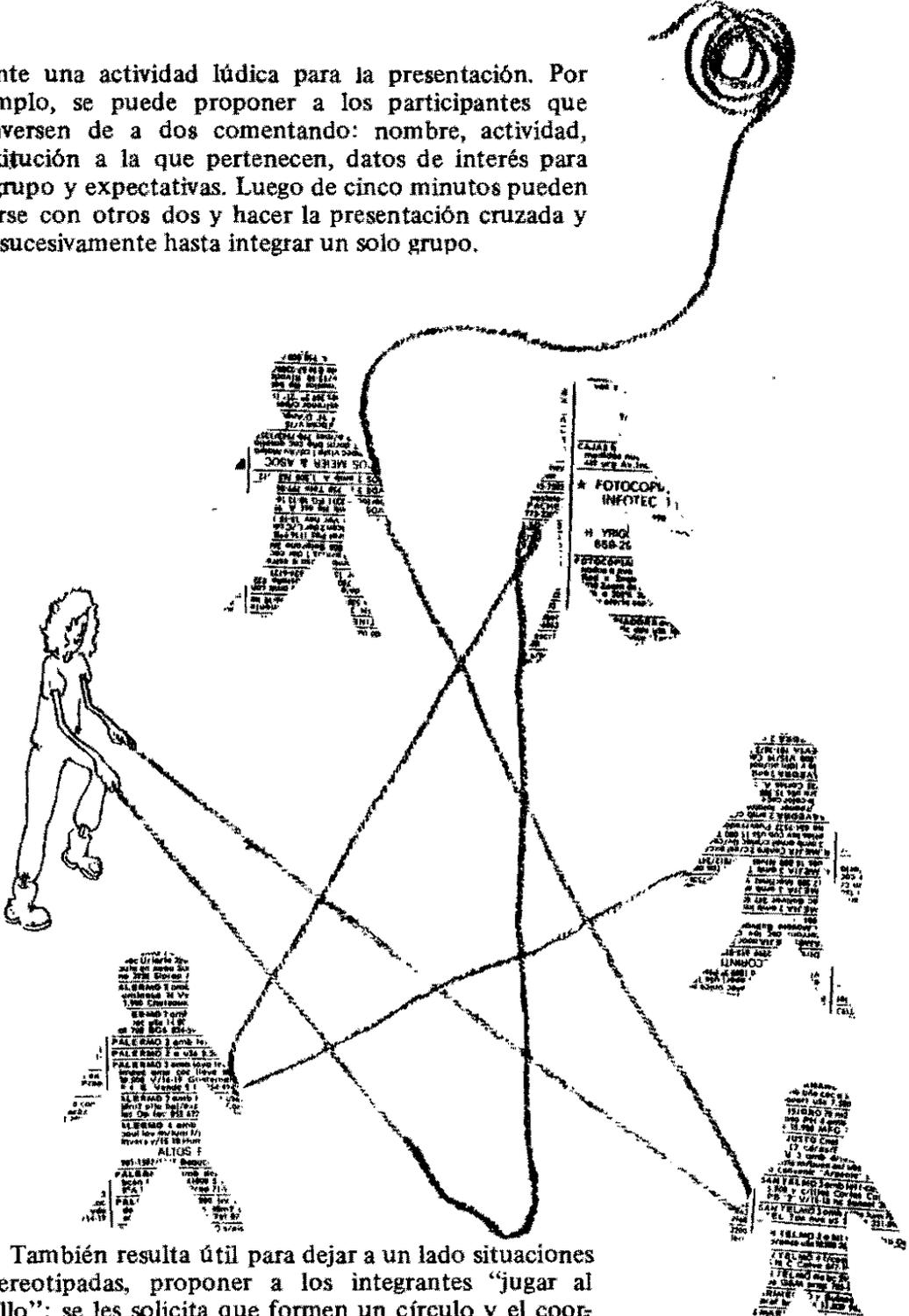
Conviene utilizar técnicas de dinámica grupal, quizá ya conocidas por ustedes y aplicadas a esta situación de "enseñaje" (2) específica, poniendo en juego la creatividad.

Al propiciar el trabajo grupal estamos adhiriendo a las palabras de José Bleger (3).

*"... En el interjuego de roles cada uno aprende que lo que él hace de una manera, otro lo puede hacer en forma distinta y, en función de eso, aprecia lo que tiene y lo que tienen los demás. El trabajo en grupo operativo valora el aporte de cada uno y de todos, pero es un aprendizaje de modestia y humildad en el conocimiento, y de las limitaciones humanas frente a lo desconocido y a lo conocido."*

En el primer encuentro, si los participantes no tienen una interacción fluida, es decir no se conocen, es conve-

niente una actividad lúdica para la presentación. Por ejemplo, se puede proponer a los participantes que conversen de a dos comentando: nombre, actividad, institución a la que pertenecen, datos de interés para el grupo y expectativas. Luego de cinco minutos pueden unirse con otros dos y hacer la presentación cruzada y así sucesivamente hasta integrar un solo grupo.



También resulta útil para dejar a un lado situaciones estereotipadas, proponer a los integrantes "jugar al ovillo": se les solicita que formen un círculo y el coordinador tomando el extremo del hilo, dice: "voy a empezar el juego", se presenta y arroja el ovillo a otro participante solicitándole que haga lo mismo a la vez que indica que el ovillo debe pasar por todos los integrantes y que cada uno debe retener un trocito del hilo en el momento en que se presenta. Queda así formada una "red comunicacional" que une a los integrantes.

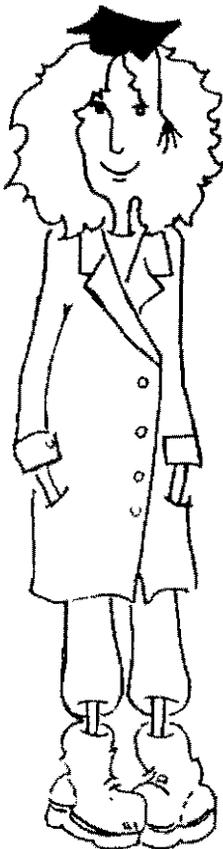
**Fig. 1. Técnica del Ovillo.**  
**¿Para qué sirve?**  
**Para: Romper el hielo, Facilitar la integración de los participantes y establecer canales de comunicación.**  
**Producción: Vilma Regules. INSP. 1990**

Se puede utilizar este momento para hacer observar cómo la interacción genera una relación que va posibilitando la construcción de un grupo a partir de lo que era sólo un agregado de personas.

Se puede deshacer la red haciendo retroceder el camino que siguió el ovillo y en este segundo tiempo, pedir que digan qué expectativas tienen con respecto a los encuentros.

Y ya están ustedes formando parte de un taller; si desean ampliar sus conocimientos, al terminar el módulo, encontrarán una lista de textos donde podrán consultar y quizá también en sus bibliotecas encuentren algunos.

## Nos preguntamos cómo tendría que ser un coordinador de taller



Para comenzar le sugerimos que responda en forma individual el interrogante. Luego comente con sus compañeros y construya un listado con las características que debería reunir el coordinador ideal.

A continuación le presentamos algunas características, compare con las enunciadas por el grupo y señale aquellas que dificultarían el buen desempeño del rol. Analice el porqué de las respuestas.

- # *Modelo comunicacional democrático.*
- # *Actitud autoritaria cerrada.*
- # *Desaliento permanente, subrayando las dificultades del sistema.*
- # *Actitud solidaria frente a los problemas humanos.*
- # *Placer en demostrar su nivel de conocimientos.*
- # *Capacidad para analizar causas que motivan las conductas.*
- # *Tendencia a emitir juicios valorativos.*
- # *Disfrutar al asumir responsabilidades y llevar adelante planes originales.*
- # *Capacidad para encausar chistes, bromas u otros emergentes grupales.*
- # *Tendencia a involucrarse en discusiones competitivas.*
- # *Capacidad de escucha y comprensión real de los mensajes.*

### **Actividad**

Como práctica del rol le proponemos que se organicen en dos grupos y dramaticen una situación en un taller con las particularidades acordadas entre los integrantes, luego presentarán al otro grupo

y a partir de allí se cuestionarán las actitudes intentando sistematizar la problemática. Sugerimos recordar los tres modelos vinculares básicos: autoritario, democrático, laissez-faire.



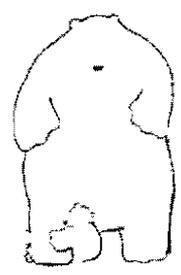
*Cómo invitar al taller?*

*Algunos Modelos*

Desarrollen su creatividad generando nuevos modelos

**PENSEMOS JUNTOS:**  
*¿ cómo seguir creciendo con nuestros chicos?*

**"soy más pequeño que tú y cuento contigo. Me basta tocarte para sentirme seguro."**



**y producirles este efecto aunque algún día sean tan grandes como nosotros?**

**TALLER DE PREVENCIÓN EN SALUD**  
 Día ..... Hora .....  
 Lugar .....  
 Coordinador .....

*Fig. 2 y 3. Ilustraciones tomadas de: Kathleen Keating, ABRAZAME 2, Javier Vergara Editor. Bs. As. Madrid-México y Santiago de Chile. Junio 1989.*

¿ En el taller  
¿ No se trata?  
de dar respuestas  
sino de fomentar  
las preguntas?  
e intentar  
responderlas  
?? ?  
en equipo  
te esperamos

DÍA:  
HORA:  
LUGAR:

En el Centenario de  
la Escuela "C. Pellegrini"  
Talleres Participati-  
vos para Docentes y  
Docentes Auxiliares:

13-20 y 27 de JUNIO  
de 14 a 16hs.  
"La Salud de los Jo-  
venes en los tiempos  
del SIDA"



INSCRIPCIÓN / SECRETARÍA GRAL  
INFORMES / ANA ESCANDEL - TV.  
VICERRECTORÍA

El compromiso y la respon-  
sabilidad de los Docentes  
como agentes de salud no  
nos permite estar  
**ausentes con aviso**

**Porque la salud vale oro...  
Ante un enigma de difícil solución no  
tenemos la pieza exacta para resolver  
el**



**TALLER DE PREVENCIÓN EN SALUD**  
Día ..... Hora .....  
Lugar .....  
Coordinador .....

**ó... Reflexionar juntos**

## Segunda parte: Reflexiones acerca de salud y enfermedad

### Recreamos la concepción de salud?

Cada uno de los integrantes deberá escribir "su" definición de salud y colocarla en "un buzón", a cambio de la misma recibirá un papel de color que será utilizado para integrar grupos de 4 a 6 personas.

Una vez formado los grupos recibirán un sobre con frases referentes a la temática que nos convoca con la consigna: ANALICE EL CONTENIDO DE LAS FRASES, ARME PARES, ORGANICE LOS MISMOS EN DOS COLUMNAS, TITULE CADA UNA E INTEGRE CON UNA PROPUESTA CREATIVA.

**Les sugerimos utilizar las siguientes frases:**

- # *La salud es ausencia de enfermedad.*
- # *El médico es responsable de la salud de su comunidad.*
- # *La medicina se fundamenta en la enfermedad.*
- # *El médico es de la comunidad.*
- # *Los servicios de salud deben concentrarse en el Hospital.*
- # *La tecnología resuelve los problemas de salud.*
- # *La atención médica es fragmentaria, ocasional, individual.*
- # *El médico autoritario logra la cura real del paciente.*
- # *La salud es un proceso que tiende al bienestar bio-psico-social.*
- # *La medicina se fundamenta en la prevención de la enfermedad.*
- # *El médico es del hospital.*
- # *El equipo de salud es quien responde a los problemas sanitarios.*
- # *Los servicios de salud deben estar coordinados con otros programas de bienestar y desarrollo.*
- # *La atención médica es continua en el tiempo y espacio y programada.*
- # *El equipo de salud facilita el real acercamiento al bienestar.*
- # *Todos los sectores son responsables de la salud de una comunidad.*

Es aconsejable fotocopiar y recortar para obtener el juego de frases para cada grupo.

***Así trabajaron alumnas  
del profesorado de Ciencias  
Biológicas (4) INSP/90***

El día y la noche se complementan  
Estos enfoques también



4

Las alumnas son: *María Gabriela Bardieri y Patricia Granieri*

## **Enunciamos nuestra definición**

## **Otra forma de trabajar estos conceptos**

Cada grupo recibirá un número de definiciones del buzón igual al número de participantes, analizará los conceptos y construirá "una nueva definición" aceptada como propia por todos los integrantes (5).

Se solicita a los participantes que escriban "su" definición de salud. A posteriori integren grupos de cuatro a seis participantes para cumplir la tarea de: Organizar un cuadro comparativo entre una persona y una máquina.

Luego deberán leer lo registrado mientras el coordinador arma un cuadro integrativo en el pizarrón.

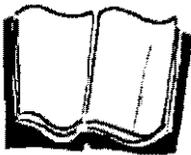
A continuación se analizan las definiciones de salud y se compara con los datos del cuadro, destacando aquellas conductas posibles de modificar para mejorar el nivel de vida.

## **FRAGMENTOS:**

¿Qué es un hospital dentro de la doctrina de la Salud Pública?" (6)

de Ramón Carrillo

## **Material de lectura**



5  
Si trabajaron varios grupos es enriquecedor que cada uno comente a los otros, logros, dificultades, vivencias, etc. en la realización de esta tarea, en cuya planificación participó Ana María Bastos.

6  
Fuente: Introducción a la teoría del Hospital. Obras completas. Eudeba, 1974.

...Las cuestiones vinculadas con la madre y el niño, por ejemplo, prueban que se trata de problemas que deben ser resueltos más con un sentido médico-social que técnico-profesional. A los fines de la salud pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que, una vez que tenga el hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien proporcionar al padre, junto con el sentido de la responsabilidad, los medios materiales para atender al nuevo hijo. Todo ello vale más que rodear al parto de lujos sanatoriales, que de hecho y biológicamente, son menos indispensables

...La salud, repito, no constituye un fin en sí misma, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador

...Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean sólo **casas de enfermedad**, sino **casas de salud**, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable. En

otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales —que actualmente son centro de cura, en “centros de medicina preventiva”— y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, para que sean verdaderos centros de salud

... Cuando se piensa demasiado en la enfermedad, se subestima al enfermo, se trata a la primera y se descuida al segundo. Los médicos nos aferramos a la historia clínica, somos demasiado técnicos, enfrascados en la investigación de alteraciones anatómicas o funcio-

nales, olvidando a menudo que el enfermo es un complejo no sólo somático, sino también psicológico y social

... Los médicos, si sólo vemos la enfermedad, si sólo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de ensueños y esperanzas. Mientras los médicos seguimos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicosocial, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana



## Un modo de re-pensar las tareas

dónde?	con quién?	para qué?	cómo?	con qué?
<b>i n s t i t u c i o n</b>	<b>P e r s o n a l</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender la salud del personal</li> <li>• Promover a la capacitación</li> <li>• Mejorar la calidad de las prestaciones (de educación y/o salud)</li> <li>• Internalizar normas de bio-psico-socio seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generando espacios de reflexión que posibiliten el análisis de la tarea la discusión de los errores permitiendo la reparación de los mismos a través del intercambio</li> <li>• Promoviendo a la lectura amplia de la realidad desde el aporte interdisciplinario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción adecuada</li> <li>• Continuidad en la presencia</li> <li>• Coherencia en los enunciados y actitudes</li> <li>• Técnicas específicas acordes al logro de los objetivos y metodología</li> </ul>
	<b>O T R O S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar a través de un equipo interdisciplinario el tránsito sano por la institución con el enriquecimiento que posibilita un encuadre claro en la realización de un proceso educativo y/o curativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizando reuniones semanales del equipo con modalidad de grupo de aprendizaje operativo (tarea, lugar, hora, objetivos)</li> <li>• Explicitando las normas, esclareciendo las dificultades de contenido y/o dinámica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de tiempo y espacio</li> <li>• Acercamiento de información precisa</li> <li>• Facilitación de la expresión de las emociones mediante técnicas participantes/participativas, role playing, simulación de situaciones, apertura a la creatividad</li> </ul>
<b>P R O G R A M A T I C A  Á R E A</b>	<b>P o b l i c i ó n</b> <small>Otras instituciones</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprometer a los integrantes de la comunidad para que ocupen su lugar no delegando un poder absoluto a la Institución</li> <li>• Difundir información precisa</li> <li>• Capacitar recursos</li> <li>• Fluidificar los canales de comunicación intra e interinstitucionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizando el código del otro para lograr una alianza básica para emprender actividades en común ESCUCHANDO las propuestas, necesidades y brindando el espacio y los medios para llevar adelante los proyectos comunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos de enseñanza temas solicitados por los grupos</li> <li>• Promoción de actividades no convencionales, obras de teatro, talleres de cocina, costura, arte, etc.</li> <li>• Si es necesario "Conferencias" para luego inscribir en el taller</li> </ul>

**Por nuestra salud:  
¿Qué hacemos?**

Es conveniente que cada grupo responda a esta pregunta, para luego, analizar aquellas actitudes y conductas que operan en contra.

Propongamos acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud en el ámbito personal, grupal e institucional.

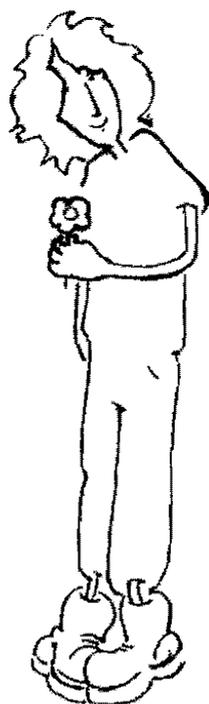
CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

Paraguay 1657 - Montevideo

## **Tercera parte: indagando algunos aspectos de la salud de los niños y de los jóvenes**

Con algunos datos acerca del tema que nos preocupa y nuestra experiencia asistencial y/o docente comenzamos a formularnos preguntas... buscamos algunas respuestas y... quedan y surgirán muchos interrogantes más... Posiblemente ustedes también se hayan formulado interrogantes, es importante que los registren antes de continuar leyendo.

Nosotros organizamos las preguntas y buscamos las respuestas en fuentes como publicaciones de organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF) y publicaciones nacionales (Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Programas Nacionales y Provinciales de Control y Prevención de distintas enfermedades, datos aportados por Instituciones de la zona, etc.)



### ***Nuestras preguntas sobre demografía, morbilidad y mortalidad***

¿CUANTOS NIÑOS Y JOVENES HAY EN EL PAÍS Y EN NUESTRA ZONA?

¿QUE PORCENTAJE DE POBLACION REPRESENTAN?

¿Qué significa esperanza de vida? ¿Por qué disminuye a mayor número de años?

¿Cuántos años tiene probabilidad de vivir una persona que hoy tiene 0 años, 15 años, 25 años? ¿por qué varía la cifra?

Algunos datos que permiten responder a las preguntas:

### ***Demografía***

CUADRO 1  
**Población del país por sexo y grupo de edad**  
 (Argentina 1990)\*

Grupos de edad	Total		Varones		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4	3.556	10,8	1.806	11,1	1.749	10,5
5 - 9	3.456	10,5	1.755	10,8	1.701	10,3
10 - 14	3.217	9,8	1.632	10,0	1.584	9,6
15 - 64	19.707	59,9	9.844	60,4	9.864	59,4
65 y más	2.944	9,0	1.248	7,7	1.696	10,2
<b>Total</b>	<b>32.880</b>	<b>100,0</b>	<b>16.285</b>	<b>100,0</b>	<b>16.594</b>	<b>100,0</b>

\* Estimaciones

Fuente: INDEC - Proyección de población 1970-2025, Estudios N° 4 - Bs. As. 1984

El grupo de niños de 0 a 4 años. Tres millones y medio de niños deberían estar incorporados prioritariamente a programas regulares de vigilancia del crecimiento y desarrollo que permitieran prevenir alteraciones mediante acciones de promoción nutricional, muy especialmente en lactancia materna y alimentos adecuados al destete, protección del vínculo temprano madre-hijo, estimulación oportuna, inmunizaciones completas, educación para la salud, prevención de accidentes, reforzamiento de la competencia familiar para el cuidado de la salud, participación de la comunidad.

El control periódico permite detectar precozmente alteraciones, efectuar tratamiento oportuno de las patologías que se presenten y derivar al nivel de resolución que sea necesario, según el problema de que se trate. Iniciar la rehabilitación precozmente y facilitar la inserción social del discapacitado. Evitar la pérdida de oportunidades de vacunación y de evaluación del crecimiento y desarrollo es un objetivo estratégico. Considerar que cada contacto del niño con el personal de salud debe poner en juego todas las potencialidades preventivas, reparativas y de rehabilitación que sean pertinentes.

Cuadro 1: UNICEF, Sociedad Argentina de Pediatría

CUADRO 2  
**Población del país por sexo y grupo de edad**  
 (Argentina 1990)

Grupo de edad	Total (en miles)		Varones (en miles)		Mujeres (en miles)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	10-14	3.217	9.8	1.632	10	1.584
15-19	2.768	8.4	1.403	8.6	1.365	8.2
20-24	2.435	7.4	1.232	7.6	1.203	7.2
25 y más	24.460	74.4	12.018	73.8	12.442	75
<b>TOTAL</b>	<b>32.880</b>		<b>16.285</b>		<b>16.594</b>	

CUADRO 2: Instituto Nacional de Estadística y Censos - Centro Latinoamericano de Demografía. Estimaciones y proyecciones de Población. 1950-2023. Buenos Aires, noviembre de 1982.

**CUADRO 3**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LAS EDADES DE 10, 15, 20 Y 25 AÑOS, SEGUN SEXO, POR JURISDICCION**  
**REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1960/1981**

JURISDICCION	VARONES					MUJERES				
	Al nacer	10 años	15 años	20 años	25 años	Al nacer	10 años	15 años	20 años	25 años
REPUBLICA ARGENTINA	65,48	58,83	54,00	49,29	44,65	72,70	65,70	60,84	56,03	51,26
Jujuy	61,45	57,48	52,68	48,05	43,55	66,52	62,13	57,32	52,44	48,02
Salta	61,75	57,32	52,54	48,91	47,91	67,08	62,34	57,54	53,87	48,25
Chaco	62,18	57,45	52,64	48,01	43,42	67,34	62,41	57,61	52,93	48,23
Santa Cruz	62,40	56,57	51,62	47,84	42,59	69,84	63,53	58,72	53,94	49,31
Tierra del Fuego, Antárt. e Islas del Atlántico Sur										
Misiones	63,01	58,86	53,32	48,64	44,14	68,03	62,85	58,04	53,31	48,42
Corrientes	62,58	57,87	52,27	47,57	42,96	68,62	62,95	58,11	53,34	48,42
Santiago del Estero	62,74	57,11	52,31	47,68	43,14	68,94	62,93	58,07	53,35	48,49
Formosa	63,32	58,04	53,26	48,55	44,04	69,43	63,67	58,82	54,06	49,42
Chubut	62,62	58,40	51,64	47,88	42,40	71,25	64,53	59,47	54,90	50,20
Catamarca	63,72	58,14	53,32	48,63	44,03	70,17	64,29	59,45	54,64	49,94
La Rioja	63,82	58,04	53,22	48,53	43,92	70,37	64,24	59,39	54,61	49,89
Tucumán	64,26	58,19	53,37	48,68	44,03	70,29	63,92	59,08	54,26	49,57
Río Negro	64,14	57,82	53,03	48,37	43,74	71,28	64,61	59,77	54,97	50,22
San Juan	64,19	57,65	52,89	48,21	43,59	71,15	64,23	59,41	54,63	49,85
Neuquén	64,12	57,44	52,64	47,99	43,44	72,34	65,11	60,27	55,49	50,74
San Luis	64,81	58,50	53,67	48,94	44,34	71,62	64,64	59,78	59,78	54,98
La Pampa	65,09	58,53	53,71	49,02	44,42	71,69	64,67	59,82	55,04	50,30
Entre Ríos	64,46	57,77	52,94	48,24	43,67	72,14	65,09	60,23	60,23	55,44
Buenos Aires	65,97	58,67	54,03	49,52	44,63	73,54	66,01	61,12	56,31	51,53
Santa Fe	66,48	59,40	54,57	49,86	45,21	74,04	66,68	61,79	56,96	52,14
Mendoza	67,22	59,97	55,10	50,38	45,71	73,31	65,72	60,85	60,85	56,81
Córdoba	67,47	59,77	54,89	50,13	45,44	74,55	66,57	61,67	56,81	51,98
Capital Federal	68,50	60,18	55,31	50,48	45,70	75,76	67,22	62,33	57,45	52,58

Cuadro 3: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Tablas de mortalidad 1960-1981. Total y jurisdicciones. 10 Estudios. Buenos Aires 1988



CUADRO 5  
MORBILIDAD POR E.T.S. NOTIFICADA EN LA REPUBLICA ARGENTINA (a) 1986, SEGUN EDAD Y FORMA CLINICA  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE E.T.S. Y SIDA

E D A D	SIFILIS (primaria y secundaria)		SUPURACIONES GENITALES								CANCRO BLANCO		HERPES GENITAL		CONDILOMA ACUTINADO		
			Gonocóccicos		No Gonocóccicos		Sin especificar		Total.								
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
< 10	7	0,3	3	0,1	1	0,04	34	1,3	33	0,5	1	0,2	3	0,9	6	1,4	
10 - 14	201	8,6	32	1,8	34	1,3	45	1,8	131	1,6	6	1,3	32	3,7	10	2,3	
15 - 19	372	16,0	522	18,4	372	14,3	358	21,9	1432	18,2	95	21,0	67	11,9	42	10,7	
20 - 24	584	25,3	834	29,3	599	23,0	688	27,0	2121	26,5	143	31,6	112	20,0	101	23,0	
25 - 29	429	18,4	604	21,3	504	19,3	436	17,1	544	19,3	93	20,6	86	15,3	103	23,4	
30 - 34	243	10,4	326	11,5	369	14,2	303	11,9	998	12,5	48	10,6	81	14,4	71	16,1	
35 - 39	155	5,8	211	7,4	284	10,9	146	5,7	641	8,0	19	4,2	61	10,9	51	11,6	
40 - 44	79	3,4	135	4,8	192	7,4	99	3,9	426	5,3	21	4,6	58	10,3	26	5,9	
45 - 49	53	2,3	83	2,9	140	5,4	47	1,8	270	3,4	8	1,8	52	9,3	17	3,9	
≥ 50	97	4,3	66	2,3	108	4,1	127	5,0	301	3,8	7	1,5	7	1,2	7	1,6	
5/Inv.	22	0,9	6	0,2	2	0,08	61	2,4	69	0,9	11	2,4	-	-	-	-	
Total	Nº	2227	100,0	2842	100,0	2605	100,02	2544	100,0	799 <sup>(b)</sup>	100,0	452	100,0	561	100,0	440	100,0
	%			31,6		32,6		31,8		100,0							

(a) Pcos. de Catamarca, Córdoba, Chubut, Entre Ríos, La Rioja, Mendoza, Salta, San Luis, Sgo. del Estero y Tucumán

(b) 79,8% del sexo masculino. Autor: Dr. Urruzano

# Mortalidad

Nos preguntamos también:

¿Cuántos niños y jóvenes mueren? y...  
¿De qué mueren?

Y encontramos parte de la pregunta y la respuesta desde una publicación de UNICEF, así:

## INFANCIA Y SALUD\*

¿Por qué mueren los niños en la Argentina?, ¿en qué edad se localiza la mayor franja de riesgo?, ¿son evitables algunas de estas muertes? El cuadro e informe estadístico que continúa, intenta una aproximación que nos ayude a descubrir por qué mueren 18.000 niños menores de un año en nuestro país, cada doce meses.

CUADRO 6  
Defunciones infantiles, neonatales y postneonatales, porcentajes según grupo de causas. 1980 y 1986

Grupos de causas	1980 (en %)			1986 (en %)		
	Neonatal menores de 28 días	Postneonatal 28 días a 11 meses	Total	Neonatal menores de 28 días	Postneonatal 28 días a 11 meses	Total
Evitables	73,5	64,1	69,3	74,2	59,3	69,0
No evitables	13,3	14,9	14,0	13,2	22,1	16,3
Mal definidas	11,4	11,5	11,5	10,0	12,3	10,8
Demás causas	1,8	9,5	5,2	2,6	6,3	3,9
Total	13,016	10,151	23,167	11,434	6,246	17,680

CUADRO 7  
Seis principales causas de muerte entre 1 y 4 años (1986)

Causa	%	Orden
Accidentes y violencias	22,7	1
Corazón	10,3	2
Bronconeumonías	8,0	3
Anomalías congénitas	6,8	4
Infecciones intestinales	5,9	5
Deficiencias nutricionales	5,4	6

**CUADRO 8**  
**Defunciones anuales y tasas de natalidad en niños menores de 1 año**  
**y en niños de 1 a 4 años. Serie, década del 80**  
**(Argentina)**

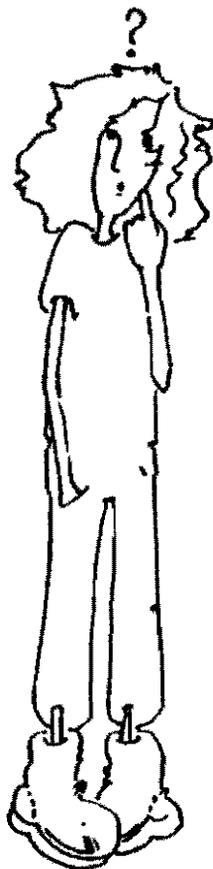
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
<b>Menores de 1 año</b>									
Defunciones	23.167	22.881	20.207	19.478	19.307	17.034	18.163	17.248*	16.824
Tasa % NV	33,2	33,6	30,5	29,7	30,4	26,2	26,9	26,0*	25,7*
Niños de 1 a 4 años	3.971	4.023	3.391	3.468	3.560	2.768	2.985	—	—
Tasa por %	1,5	1,5	1,3	1,3	1,3	1,0	1,1	—	—

\* Datos Provisorios

Fuente: Elaborado sobre la base de datos de OPS - OMS - HST - Junio 1990

Cuadros 6, 7 y 8. Fuente UNICEF,\* Sociedad Argentina de Pediatría.

Nos parece esclarecedor analizar las tasas de mortalidad y discutir las diferencias en cuanto a las variables sexo, edad, jurisdicción, causa.



**CUADRO 9**  
**TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS Y ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO, CADA 1.000 HABITANTES, POR JURISDICCION**  
**REPUBLICA ARGENTINA - PERIODO 1983-1985**

JURISDICCION	TODAS LAS EDADES			SUBTOTAL 18 - 24			10 - 14			15 - 19			20 - 24		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
REPUBLICA ARGENTINA	8,3	9,4	7,2	0,7	0,9	0,5	0,4	0,5	0,3	0,7	1,0	0,5	1,0	1,3	0,7
Jujuy	6,9	7,9	6,0	0,9	1,0	0,8	0,5	0,5	0,4	1,1	1,1	1,0	1,4	1,7	1,1
Salta	7,8	7,9	6,1	0,9	1,1	0,8	0,4	0,5	0,4	1,1	1,2	1,0	1,5	1,8	1,2
Chaco	7,2	8,5	5,9	0,9	1,0	0,8	0,5	0,6	0,5	1,0	1,1	0,8	1,3	1,5	1,0
Santa Cruz	6,8	7,4	4,2	0,8	0,9	0,6	0,4	0,6	0,2	0,8	0,7	0,9	1,2	1,4	0,9
Tierra del Fuego, A. e Islas del Atl. Sur	4,2	4,8	3,3	0,9	1,1	0,4	0,4	1,0	-	0,6	0,9	-	1,3	1,3	1,3
Misiones	6,7	7,6	5,7	0,9	1,2	0,7	0,5	0,6	0,4	1,0	1,2	0,9	1,4	1,9	1,0
Corrientes	7,9	8,6	7,3	0,9	1,1	0,6	0,5	0,7	0,4	0,9	1,2	0,7	1,2	1,6	0,8
Santiago del Estero	7,0	7,9	6,2	0,7	0,9	0,5	0,4	0,5	0,3	0,8	1,0	0,7	1,1	1,6	0,7
Formosa	6,3	7,0	5,6	1,0	1,1	1,0	0,6	0,6	0,6	1,1	1,3	0,8	1,7	1,6	1,7
Chubut	6,2	7,4	4,8	0,9	1,1	0,8	0,4	0,4	0,4	1,0	1,1	0,8	1,6	1,7	1,1
Catamarca	6,8	7,4	6,1	0,7	0,8	0,7	0,3	0,5	0,5	0,8	0,9	0,7	1,0	1,2	0,9
La Rioja	7,2	8,0	6,3	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	1,0	0,7
Tucumán	7,2	8,1	6,3	0,6	0,8	0,5	0,4	0,5	0,3	0,7	0,8	0,6	0,9	1,1	0,7
Río Negro	5,8	7,3	4,5	0,8	1,1	0,5	0,4	0,6	0,2	0,8	1,1	0,5	1,3	1,8	0,8
San Juan	6,7	7,7	5,8	0,7	0,9	0,5	0,5	0,6	0,4	0,6	0,9	0,4	0,9	1,2	0,6
Neuquén	4,8	5,7	3,7	0,8	1,1	1,5	0,3	0,8	0,3	0,5	0,7	0,4	1,3	2,0	0,7
San Luis	8,2	9,2	7,2	0,7	0,8	0,6	0,4	0,2	0,6	0,6	0,7	0,6	1,1	1,3	0,8
La Pampa	7,7	9,2	6,1	0,4	0,8	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,9	0,3	0,8	1,0	0,7
Entre Ríos	8,4	9,7	7,1	0,7	1,0	0,4	0,5	0,6	0,3	0,7	0,9	0,4	1,0	1,3	0,5
Buenos Aires	8,1	9,2	7,0	0,7	0,9	0,5	0,4	0,5	0,3	0,7	1,0	0,3	1,0	1,3	0,6
Santa Fe	8,7	10,1	7,3	0,7	0,9	0,4	0,4	0,5	0,3	0,7	1,0	0,4	0,9	1,2	0,6
Rendoza	6,9	7,8	6,0	0,6	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,6	0,9	0,4	0,8	1,0	0,7
Córdoba	8,1	9,3	6,9	0,6	0,8	0,4	0,4	0,4	0,3	0,7	0,9	0,4	0,9	1,2	0,6
Capital Federal	12,7	13,7	11,7	0,0	0,7	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,4	0,7	0,9	0,5

Cuadro 9: Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Salud - Dirección de Estadísticas de Salud. Tabulaciones inéditas.

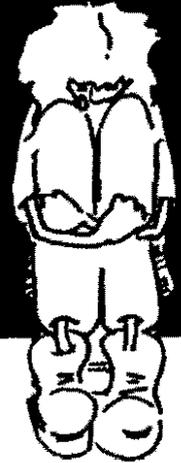
**CUADRO 10**  
**NUMERO DE DEFUNCIONES, TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD (POR 100.000 HABITANTES) POR TRAUMATISMOS<sup>1</sup>**  
**Y ENVENENAMIENTOS (a) SEGUN SEXO, POR CAUSA - REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 1980**

CAUSA DE MUERTE	V A R O N E S									M U J E R E S								
	10 - 14			15 - 19			20 - 24			10 - 14			15 - 19			20 - 24		
	Nro.	Tasa	X	Nro.	Tasa	X	Nro.	Tasa	X	Nro.	Tasa	X	Nro.	Tasa	X	Nro.	Tasa	X
<b>TOTAL</b>	<b>311</b>	<b>25,0</b>	<b>100,0</b>	<b>750</b>	<b>63,4</b>	<b>100,0</b>	<b>1006</b>	<b>87,4</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>12,7</b>	<b>100,0</b>	<b>293</b>	<b>25,4</b>	<b>100,0</b>	<b>287</b>	<b>25,6</b>	<b>100,0</b>
Accidentes de tráfico de vehículos (E810-E819)	70	5,6	22,5	196	16,6	26,2	271	23,5	27,0	49	4,0	31,8	72	6,3	24,6	70	6,2	24,5
Envenenamiento accidental (E850-E869)	18	0,8	3,2	16	13,5	2,1	14	1,2	1,4	10	0,8	6,5	17	1,5	5,8	15	1,3	5,2
Caidas accidentales (E880-E888)	7	0,6M	2,3	25	2,1	3,3	52	4,5	5,2	2	0,2M	1,3	8	0,7M	2,7	5	0,4M	1,7
Ahorcamiento y sumersión accidentales (E910)	72	5,8	23,2	120	10,1	16,0	95	8,3	9,4	12	1,0	7,8	15	1,3	5,1	6	0,5M	2,1
Acc.causado por proyectil de arma de fuego (E922)	5	0,4M	1,6	28	2,4	3,7	33	2,9	3,3	2	0,2M	1,3	2	0,2M	0,7	3	0,3M	1,0
Suicidios y lesiones auto-infligidas (E950-E959)	5	0,4M	1,6	52	4,4	6,9	86	7,5	8,5	18	1,5	11,7	57	4,9	19,5	54	4,8	18,8
Homicidios (E960-E969)	9	0,7	2,9	35	3,0	4,7	89	7,7	8,8	4	0,3M	2,6	17	1,5	5,8	31	2,8	10,8
Otras violencias (E980-989)	25	2,0	8,0	82	6,9	10,9	104	9,0	10,3	13	1,1	8,4	35	3,0	11,9	27	2,4	9,4
Demás causas externas	108	-	34,7	196	-	26,2	262	-	26,1	44	-	28,6	70	-	23,9	74	6,8	26,5

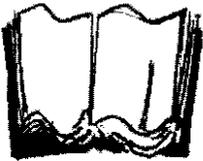
(a) Causa externa

Cuadro 10: Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Dirección de Estadísticas de Salud. Tabulados inéditos.

quizás el número sea chico,  
pero todas las muertes  
hubieran sido evitables...



## Material de lectura



Aquí presentamos las conclusiones y recomendaciones del trabajo: "Algunos aspectos de la salud de los jóvenes"<sup>7</sup> del Curso de Epidemiología Clínica en los Servicios de Salud.

### Aspectos Demográficos

En el Partido de San Isidro, Pcia. de Bs. As., en el año 1980, los jóvenes de 10 a 24 años representaban el 24% de la población. La proporción de jóvenes de 15 a 24 años era del 12,4%.

En 1986 había en San Isidro, 78.846 jóvenes representando el 23,75% del total de la población. En los últimos 20 años el incremento de la población joven fue del 53,6%.

### Mortalidad

La tasa de mortalidad promedio de los últimos cuatro años en la población de 10 a 24

años fue de 53 por cien mil habitantes, considerándose baja. La mayoría de los muertos fueron varones (87%).

La causa más frecuente de muertes es por accidentes (61,80%).

De los fallecidos el 54% residía en el Partido.

Según área de residencia el mayor número de fallecidos corresponden a las localidades de Boulogne y Béccar (61%).

### Morbilidad

El mayor porcentaje de prestaciones por internación en jóvenes de 10 a 24 años corresponde a procesos ligados con el aparato reproductor.

Tenemos así que de las internaciones en la Maternidad de San Isidro, años 84/85, el 48% corresponde a menores de 24 años, siendo el 19,2% de menores de 19 años. Del total de partos atendidos en el Parti-

<sup>7</sup>  
Lic. Josefina Campero,  
Dra. N. Sanga, OPS-OMS  
Municipio de San Isidro,  
Provincia de Bs. As., 1987

do, el 20% corresponde a menores de 20 años.

Con respecto a consultas en ETS en el HSI (Hospital de Adultos de San Isidro) Servicio de Medicina Preventiva, años jóvenes menores de 24 años.

En una entrevista epidemiológica que se está efectuando en dicho Servicio se destaca que la información llega a los jóvenes a través de los medios de comunicación y no por las instituciones (familia, escuela, centros asistenciales).

Solo un bajo porcentaje conoce cómo prevenir ETS y evitar la concepción, apareciendo en la mayoría soluciones de tipo mágico y erróneas.

#### Accidentes

El grupo de jóvenes de 10 a 24 años, representa la mayor cantidad de los traumatismos craneoencefálicos, fracturas de cráneo y cara, tanto en registros de internaciones como prestaciones en guardia del HSI.

#### RECOMENDACIONES

- Programar y coordinar las acciones dirigidas a los jóvenes del Partido de San Isidro, tanto en el área de prevención primaria como secundaria y terciaria.

- Promover programas específicos de Prevención de Accidentes ETS, drogadicción y Educación para la Salud que

incluyan educación sexual.

- Considerar que para el desarrollo de las actividades se deben utilizar técnicas de participación "hombro a hombro" (valga el error), es decir, actividades grupales y de participación activa teniendo en cuenta no sólo a los jóvenes, sino también a los padres, docentes y profesionales de la salud.

- En cuanto a los contenidos de los programas se deben considerar las recomendaciones de la OPS/OMS y las recomendaciones surgidas de los análisis de situaciones de salud del Partido.

- Cabe por último, destacar que en la Educación para la Salud (EPSA), podemos enunciar también que el contenido está en el método, es decir, sólo la participación activa, llevará a todos a un mayor compromiso con la salud individual y comunitaria.

Para facilitar el trabajo de recolección y análisis de datos se deberá insistir en que se registren con mayor precisión las causas de defunción.

Sería conveniente una mayor discriminación en los períodos de edad de las planillas de consulta por consultorio externo para poder evaluar las prestaciones del grupo de jóvenes.



**No cree interesante hacer una investigación similar en su localidad y comparar con otras realidades sanitarias?**



*Resumiendo*

**Acciones de salud**



sobre el individuo

sobre el ambiente

**promoción o fomento**

Acciones multisectoriales para mejorar o elevar la calidad de vida.

**protección o prevención primaria**

Acciones dirigidas a la población sana, tendientes a evitar la enfermedad.

**Protección o prevención secundaria**

Acciones para lograr el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

**recuperación (prevención terciaria)**

Acciones tendientes al tratamiento adecuado de la enfermedad.

**rehabilitación**

Acciones dirigidas a superar las secuelas de la enfermedad

## Cuarta parte: el docente como agente de salud

Luego de haber trabajado intensamente colocando el acento en el plano racional de la abstracción matemática, estadística, lo invitamos a conectarse con el mismo o aún mayor nivel de compromiso, en el plano de las emociones, sentimientos, para lograr un enfoque monista, integral, del ser humano con sus distintas dimensiones: biológicas, psicosociales, culturales, morales.

Nosotros recordamos experiencias en las que muchas veces los alumnos en contacto con la naturaleza dicen: Profe!!! el poroto germina igual que el del libro. Frente a esto les decimos: “¿Qué fue primero, el poroto o el libro? ¿Cómo se escribe el libro? ¿qué es primero la vida? ¿los sentimientos? o lo que se dice de ellos, qué son, qué deben ser en el hombre???

Ciencia y experiencia, teoría y realidad. Entonces nos preguntamos: ¿qué pasa con los sentimientos, emociones y su posibilidad de registrarlos y expresarlos? ¿Dejamos a un lado lo sentido y vivido para *ser lo que debemos según lo pensado por otros?* ¿Sentir lo que se debe sentir? ¿o lo que se siente? ¿Pensar lo que debemos pensar? ¿o lo que podemos según el modelo del “hombre perfecto” del momento histórico-cultural?

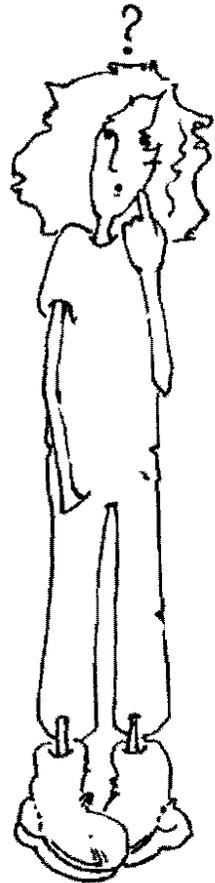
Lo invitamos a analizar la siguiente historieta y enunciar un párrafo que resuma las ideas principales que le suscitó ese material. A partir de sus conocimientos sobre “el taller” y el “aula tradicional”, constituya un cuadro de doble entrada que resuma los dos enfoques de la enseñanza que en realidad representan dos estilos de vida.

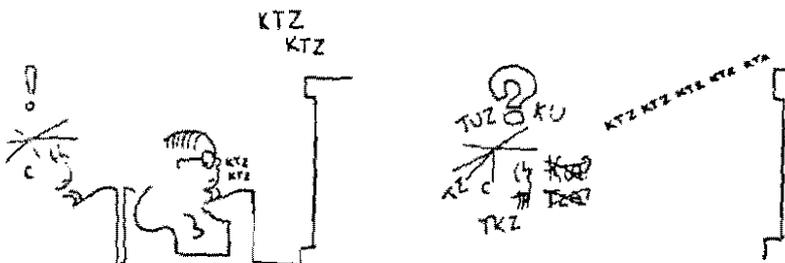
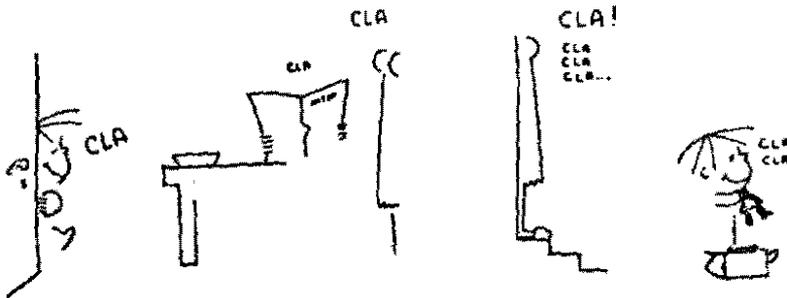
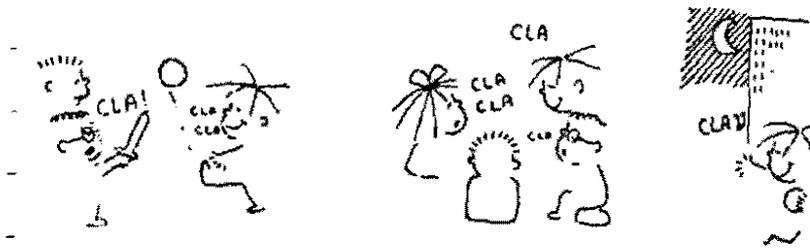
**¿La institución educativa  
aumentará su compromiso con la salud?**

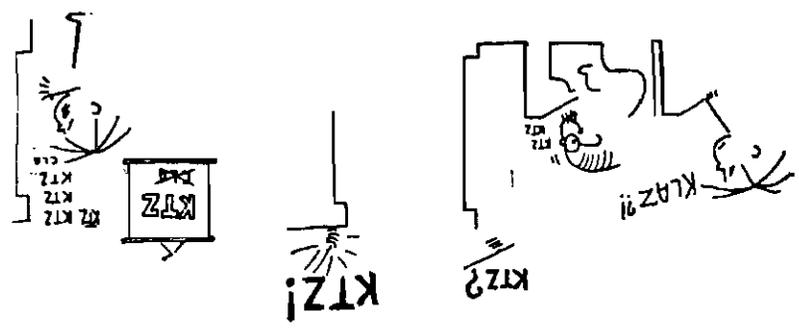
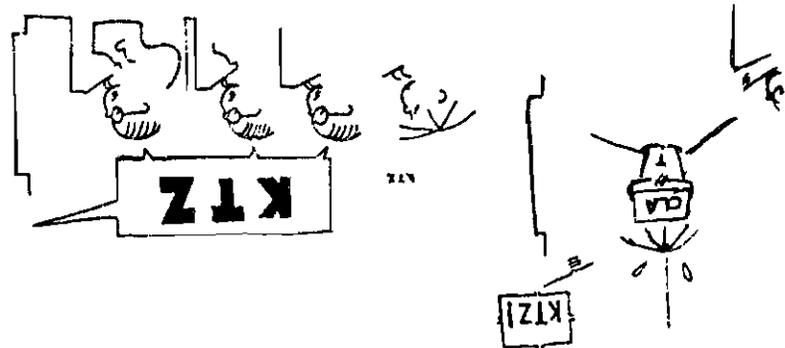
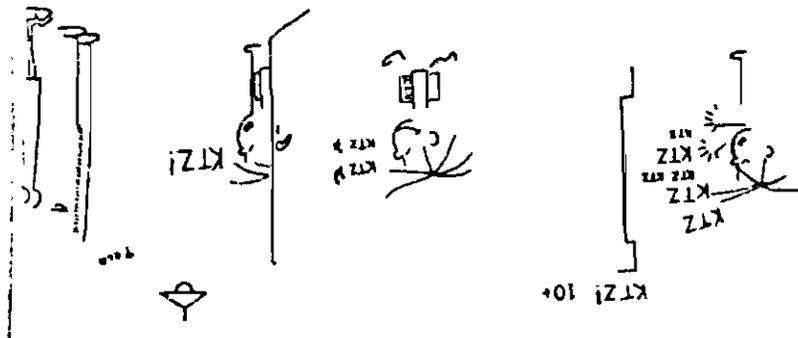
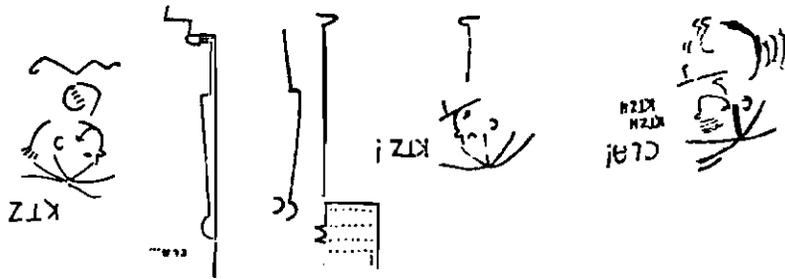
**¿Qué haremos nosotros?**

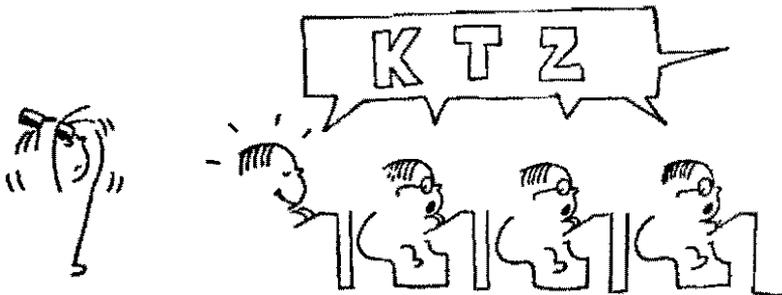
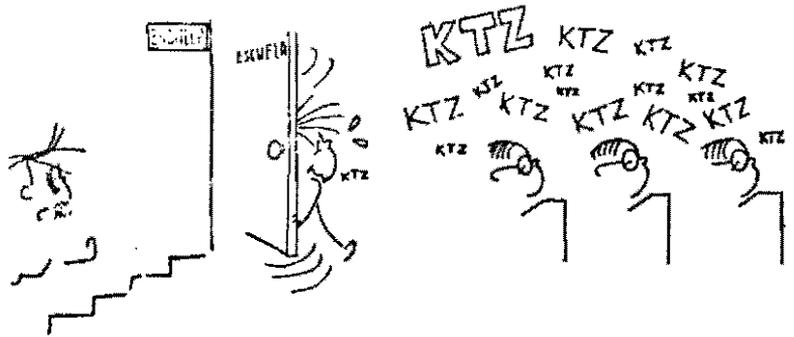
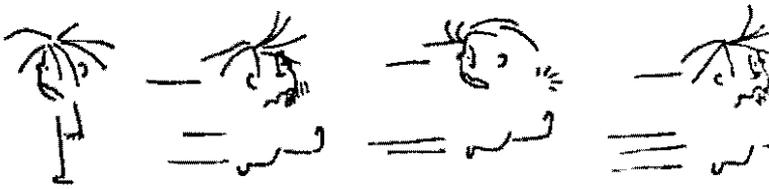
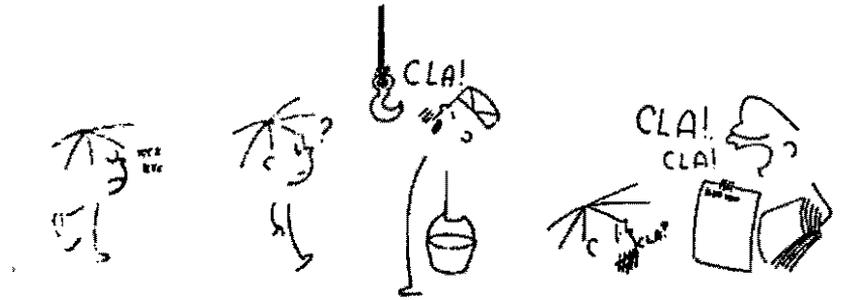
**¿Qué pasa con nuestros sentimientos?**

**reencontrando  
sentimientos**









8  
 Fuente: Tonucci Francesco:  
 "La escuela como investigación",  
 Muñiz y Dávila Editores (1989)

“Ese cuerpo no tiene su lugar en la escuela y a menudo tampoco en su casa. Se expresa y cada vez menos, solamente en el recreo. . . y en los momentos de ocio.

Este famoso dominio del cuerpo, a través de todas las disciplinas corporales, deportivas u otras empezado en la infancia, se proseguirá, por otro lado, en la edad adulta. Ese rechazo del cuerpo pulsional es una de las características de nuestra civilización occidental y alcanzó su paroxismo a principios del siglo XX. La impassibilidad corporal, considerada como dominio de sí, era la regla del “saber vivir”; cualquier manifestación era incongruente, ordinaria. La hipocresía de un lenguaje, asimismo muy “descorporeificado”, mantenía la comunicación en un nivel muy superficial, el de la “decencia y el decoro”, condenando toda espontaneidad. Dominio del cuerpo y del lenguaje eran el símbolo de la “buena sociedad”, haciéndose instrumentos de segregación social.

Los comportamientos corporales espontáneos, que expresan la afectividad o la emoción eran considerados como “debilidades”. La clase dominante no podía dejarlas traslucir, esforzándose en adoptar una actitud deshumanizada, refugio de un poder que sólo puede expresarse a través de la fuerza.

Si bien la sociedad actual, especialmente después de mayo del 68, empieza a desprenderse de ese conformismo “burgués”, la escuela continúa aún visiblemente impregnada.

Luego apareció *La Psicomotricidad*, bajo su forma y concepción pedagógicas iniciales.

Presentaba al cuerpo y a la actividad motriz bajo un aspecto muy segurizante; un cuerpo

racionalmente organizado en torno a su eje, sirviendo de referencia a toda la organización espaciotemporal que permite estructurar el mundo. Una actividad motriz exploradora e inteligente, muy en la línea de la epistemología piagetiana.

Una psicomotricidad que, al organizar sistemáticamente el espacio y el tiempo, debía permitir la estructuración del espacio gráfico, desembocando así directamente en unas aplicaciones pedagógicas evidentes, tales como la lectura, la escritura y el cálculo.

Esta concepción debía conducir a una renovación del interés por la actividad motriz en la escuela. Aunque fue una actividad motriz muy estructurada siempre y a partir de parámetros no ya físicos, sino intelectuales. *El cuerpo se convertía en instrumento, instrumento de conocimiento, un instrumento que hay que conocer para conocer mejor. . .*

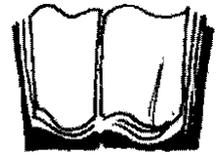
El cuerpo no es solamente ese instrumento racional al servicio de un pensamiento consciente. El cuerpo es también, y ante todo, lugar de placer y de displacer, reservorio de pulsiones, medio de expresión de los fantasmas individuales y colectivos de nuestra sociedad, al servicio del inconsciente, tanto o más que del consciente.

*La actividad motriz espontánea está en contacto directo con el inconsciente. Bajo este enfoque el “hacer cualquier cosa” toma un sentido, una significación, que es más una finalidad.*

Pero ¿y la escuela? . . . Pretender introducir en la escuela ese cuerpo vivenciado, permitirle expresarse, es algo subversivo, ya que tiende, en efecto, a destruir la institucionalidad de las relaciones maestro-alumno enseñante-enseñado.

Esa institucionalidad está

## Material de lectura<sup>9</sup>



9

Lapière André: “El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia”

basada, como decíamos al iniciar este capítulo, en la transmisión de un saber. Es esa "función docente" la que justifica el poder del maestro y mantiene su autoridad.

El "cuerpo instrumento", tanto si es instrumento de acción, en educación física y deportiva, como instrumento de conocimiento en la psicomotricidad racional, no cuestiona la autoridad del maestro. Este sabe lo que el niño debe hacer y cómo debe hacerlo, incluso como en el caso de una pedagogía abierta, él deja buscar o más bien hace buscar al niño lo que él sabe que sabe el niño.

Ese saber es el escudo tras el que se refugia el docente. Ello le permite mantenerse en una posición de poder. Situación segura y gratificante que le autoriza a situarse, más o menos conscientemente, como modelo de identificación para el niño.

La cosa cambia cuando el maestro permite al niño vivenciar su cuerpo en el plano pulsional, afectivo y fantasmático,

tal como lo hará espontáneamente en la ausencia de consignas y prohibiciones. En este plano el maestro no tiene nada que enseñar al niño (y sí quizás aprender bastante de él). Su autoridad institucional desaparece, su relación con los niños se troca en una relación de persona a persona. Y no podrá volver a situarse en su papel de docente hasta que haya logrado restaurar una autoridad, no ya institucionalmente impuesta, sino conferida por el grupo.

Obvio es decir que la calidad de su relación pedagógica será totalmente diferente.

Entonces será vivenciado como auténtico.

Esta es una prueba de fuego que pocos docentes están dispuestos a sufrir. . . cosa que por otra parte tampoco les permitirán las autoridades académicas.

Esto podría crear un peligro precedente en nuestra sociedad hiperjerarquizada en la que la función crea la autoridad".



Creemos interesante registrar qué sentimientos y reflexiones se elaboraron hasta aquí, qué respuestas produjo el grupo ante las situaciones que le presentamos.

Nosotros pensamos que todos los seres vivos respondemos a estímulos del medio. . . la ameba, organismo unicelular, presenta una superficie de recepción de estímulos tenue y delgada. . . la membrana celular. . . los organismos superiores, el hombre entre ellos, tiene una alta y compleja especialización en la recuperación de los estímulos. . . el ojo, el oído, la piel. . . pero ¿cómo son nuestras respuestas? ¿Permiten realmente una adaptación activa a la realidad? . . . Quizá en el plano biológico sí, si vemos u olemos un alimento que nos agrada. . . se nos hace agua la boca. . . pero ya ese alimento que nos agrada pasa a ser un producto cultural. . . quizá por eso como el personaje de la historieta de Tonucci se nos confunda con el KTZ. . . y

## *Nuestra reflexión*

así aparecen disociaciones entre el sentir, hacer y pensar, y por lo tanto nuestra conducta muestre fracturas que dificultan la interacción con los alumnos, con la realidad con la vida y qué pasa allí con la salud y su promoción en el ámbito educacional?

Todo este planteo lo hacemos en función de nuestro convencimiento de que no podemos abordar temas como las ETS y menos el SIDA, si primero no nos aclaramos ¿qué nos pasa con nuestra propia afectividad, sexualidad, prejuicios, miedos, fantasías y temores... y podemos hacer también un re-acercamiento al conocimiento de los temas indagando qué dicen "los que saben" acerca de los instintos, las emociones, la afectividad, la sexualidad.

Por eso le recomendamos repasar estos temas en algún texto de los que leyó durante su formación docente o solicitar a algún integrante del equipo que aporte a estos temas. Pero básicamente indagando en los propios sentimientos y emociones.

Nosotros utilizamos como disparador del análisis de las actitudes el audiovisual "El punto", mosaico de actitudes de Ediciones Don Bosco, en el que se observan una serie de respuestas distintas ante el mismo estímulo. En este caso podemos tomar un punto como el sexo —el cuerpo u otros— analizar uno a uno los personajes que aparecen, identificar la modalidad de respuesta y pensar ¿cuál es modelo habitual de respuesta? ¿existe una modalidad sana "normal"? ¿cuál es nuestra actitud hasta hoy? y si podemos modificarla, ¿de qué manera?

Puede resultar interesante armar en forma individual un cuerpo mediante el recortado y pegado utilizando diarios y/o revistas y luego hacer circular la producción anónima para que otros digan "lo que ven de mí" y luego proponer para la reflexión personal los siguientes interrogantes:



*¿Quién soy yo?  
¿Qué es lo que más me gusta de mí?  
¿Qué es lo que "no soporto"?  
¿Qué actitudes tengo para cuidarme?  
¿Qué actitudes realizo contrarias  
a mi bienestar?*

# CONSIGNA:

Armar un cuerpo, recortando y pegando.  
¿Para qué?

... Para ver al cuerpo en acción,  
de una manera diferente,  
más allá del fémur y los  
dientes  
del cerebro y del corazón.



... algunos chicos se descomponen en los viajes. Esto no significa que estén enfermos. Simplemente se trata de un desequilibrio, que puede ser enriquecedor para los niños que aprenden a sentir solamente.

... Mama de Bebe. Los niños durante el desayuno o al momento de dormir, tiene fuertes dolores de oídos. El problema aparece cuando los niños se despiertan. En este caso es conveniente la consulta con el médico para el viaje. Que el niño hable mucho con el bebé durante el viaje. En todos los casos se recomienda con juegos o canciones.

**ACCIDENTES**

... Mama dame plat. el sistema pedico esp cuando el chico comienza de ausentarse algunas horas. Las juegos electronicos de Dalm y de...

Fig. 4. Producción de María Barderi y Patricia Granieri, del INSP/1990

## OTRAS PROPUESTAS

Creemos que entre las noticias de actualidad aparecen situaciones que merecen ser debatidas en grupo, por eso sugerimos buscar artículos periodísticos y dialogar sobre la actitud de los docentes-padres frente a los temas que preocupan a la juventud.

También pueden llevarse al seno del grupo, películas de video que planteen distintas perspectivas de la realidad de los jóvenes en el mundo actual, tales como el citado audiovisual "El punto", "The Wall", "La Sociedad de los poetas muertos".

**“Nosotros quisimos producir en Ud. el efecto inverso de la historieta de Tonucci ¿lo logramos?”**



## Quinta parte: ¿Cómo aplicar nuestro modelo de trabajo a una problemática específica?

### Asociando libremente

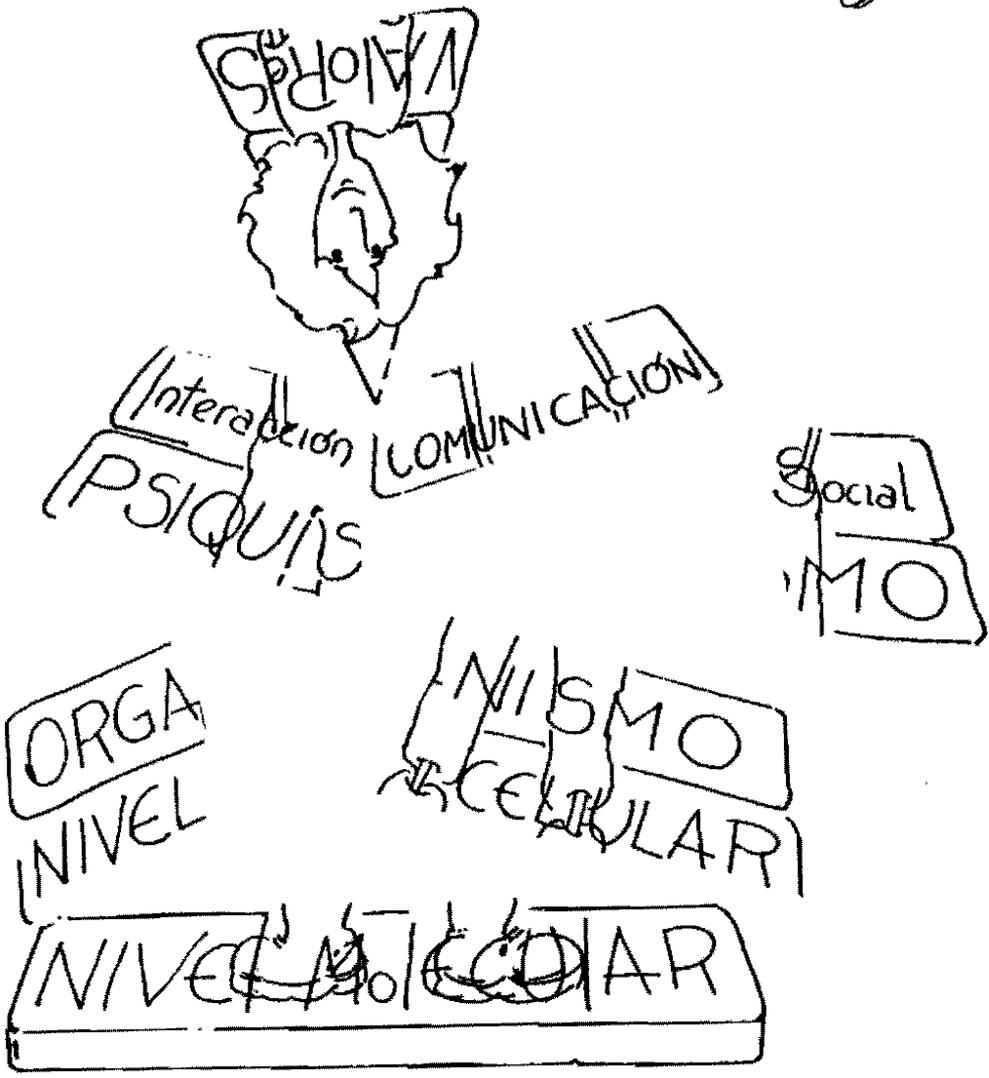


El hombre del "siglo XX cambalache" se sentía muy bien parado, dominando todos los niveles del saber, del "SUPUESTO SABER": En los niveles moleculares. . . está la fisiología celular, las crestas mitocondriales con las reacciones específicas para la obtención de la energía, la composición de los virus, un conocimiento posible con herramientas específicas como el microscopio electrónico.

Así pudimos conocer y enseñar el metabolismo celular, la organización de los seres vivos cada vez en niveles de mayor complejidad, células, tejidos, órganos, aparatos, sistemas, transmisión de caracteres hereditarios, genes. . . en fin y además entender algunos aspectos de la conducta. ¿Qué pasaba entre el estímulo y la respuesta?, cómo el organismo modificaba el medio y cómo el medio determinaba al organismo, qué valor tiene el inconsciente en todo esto, cómo nos comunicamos, desde dónde somos o actuamos, quiénes somos, qué sentimos, por qué sentimos. . . así la capacidad de recibir y acumular información y reproducir, rearmar y reprogramar datos comunicándolos a través de todo el planeta y así sorprendernos cada vez más de la capacidad de desarrollo de la inteligencia humana.



Entonces apareció el HIV. Si pudiéramos tener todos los planos nombrados armados en una pirámide de cubos de madera veríamos al patear la base, cómo se desmoronó el conocimiento... El virus que justo actúa en el nivel básico molecular, celular, desmorona todo el "supuesto saber" de los profesionales de las distintas áreas y los (nos) obliga a replantear nuestro accionar, aislado, individualista, de contenidos cerrados, hacia una tarea interdisciplinaria, multisectorial, donde la escuela deberá comunicarse seriamente con el hospital, los docentes con sus alumnos, los padres con sus hijos, para encontrar una respuesta que nos permita rearmar una pirámide de saber más adulto, menos omnipotente, más participativo, menos directivo. Para que esta epidemia que nos toca enfrentar, deje un enriquecimiento como resultado positivo ante el dolor enorme que produce la enfermedad y la muerte en un grupo etéreo caracterizado por la salud, la energía y la vida.



## ***Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA***

“Comprender el problema, quizá nos permita reducir drásticamente la alta incidencia de estas patologías”.

En la sección anterior analizamos conceptos, cuadros de registro de edades y notificaciones, también sentimientos y emociones. Cabe aquí subrayar que la OMS destaca que hay mayor incidencia de las ETS, tanto en el número de enfermos como en la diversidad de microorganismos causantes de los cuadros. Hasta la fecha se han aislado cerca de 25 gérmenes diferentes. El número total de ETS denunciadas en el mundo, sólo es superado por la gripe y dichas notificaciones corresponden: el 80% a personas entre 15 a 30 años, y el 60% a personas entre 15 a 19 años. Esto puede ser explicado tanto por los cambios operados en la conducta sexual, tanto a métodos anticonceptivos como elección de pareja. Es común escuchar: “Las ETS, son como la bomba atómica, nadie las espera y todos la pagan”...

Veamos por ejemplo: ¿cuál es el costo?

Daños en la mujer: esterilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, aborto, muerte.

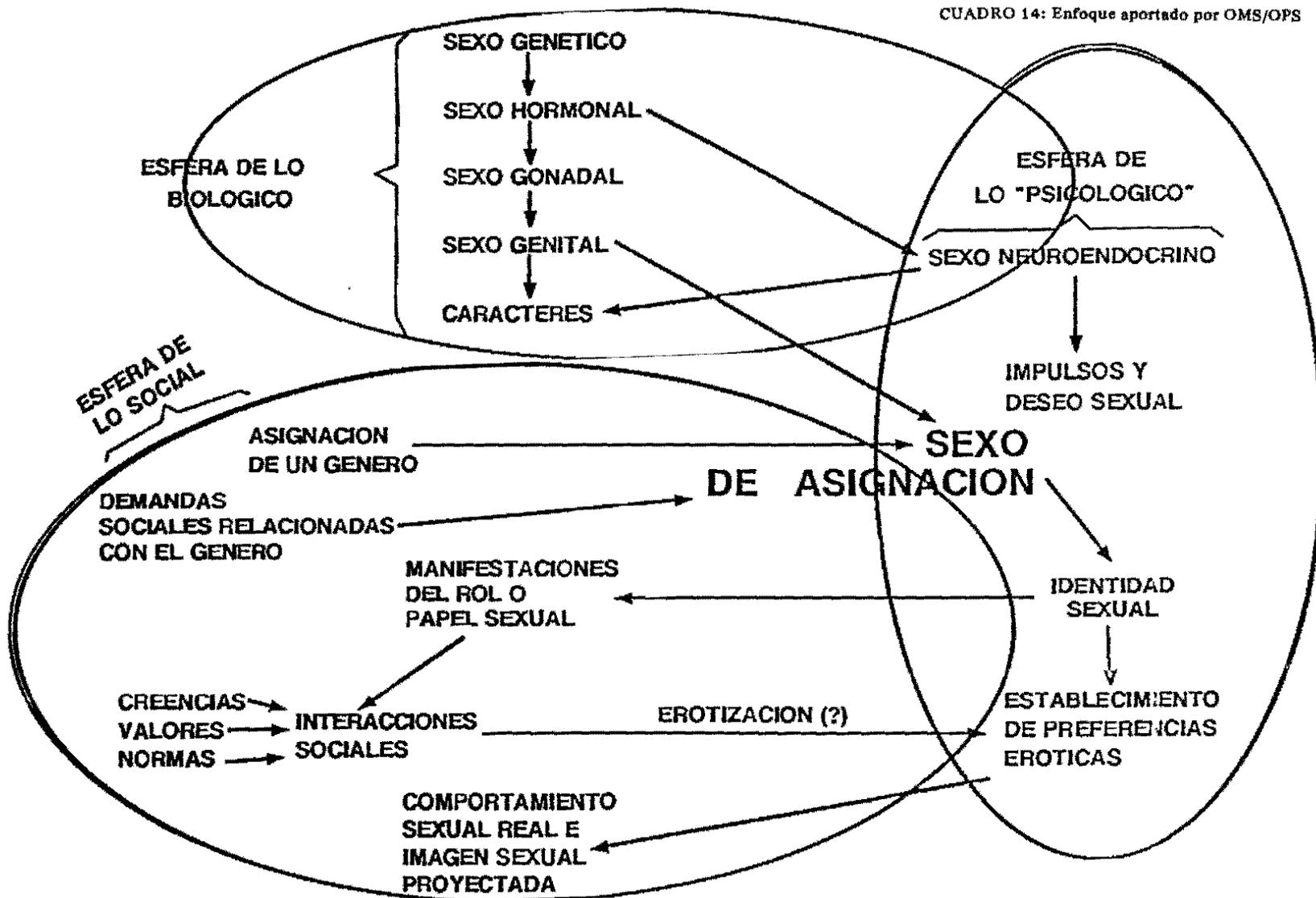
Daños en el niño: muerte, neuropatías, sífilis congénita, etc.

Costo económico: gasto de atención y tratamiento médico, pérdida de la productividad, diseminación de los gérmenes, discriminación.

Todo esto nos obliga a repensar, preguntarnos como docentes: ¿podemos o no repensar nuestro rol? ¿debemos o no interactuar de manera diferente? ¿queremos o no un mundo distinto para nosotros y nuestros alumnos? ¿Podemos preguntarnos por el comportamiento sexual?

# DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL :

CUADRO 14: Enfoque aportado por OMS/OPS



Consideramos que el conocimiento específico de las patologías puede ser ilustrado por algún médico o docente en Ciencias Biológicas y/o Educación para la Salud (EPSA), pero el abordaje con una actitud distinta frente a los jóvenes o con ellos, desde una modalidad que permita mayor interacción, más profunda, es una responsabilidad de todos.

## **Una manera de trabajar el impacto.**

### ***Nosotros y el SIDA***

La problemática del SIDA, se refiere tanto a:

- 1 - Problemas planteados por las personas infectadas:
  - a) como fuente de transmisión,
  - b) como potenciales enfermos
- 2 - Problemas planteados por los enfermos propiamente dichos.
- 3 - Problemas creados por el conjunto de reacciones y repercusiones sociales, culturales, económicas y políticas que provocan la difusión de la infección (Tercera epidemia).

Los invitamos a analizar cómo resuena en ustedes esta temática a través de la siguiente actividad, armada sobre una propuesta de Daniel Cecchini.

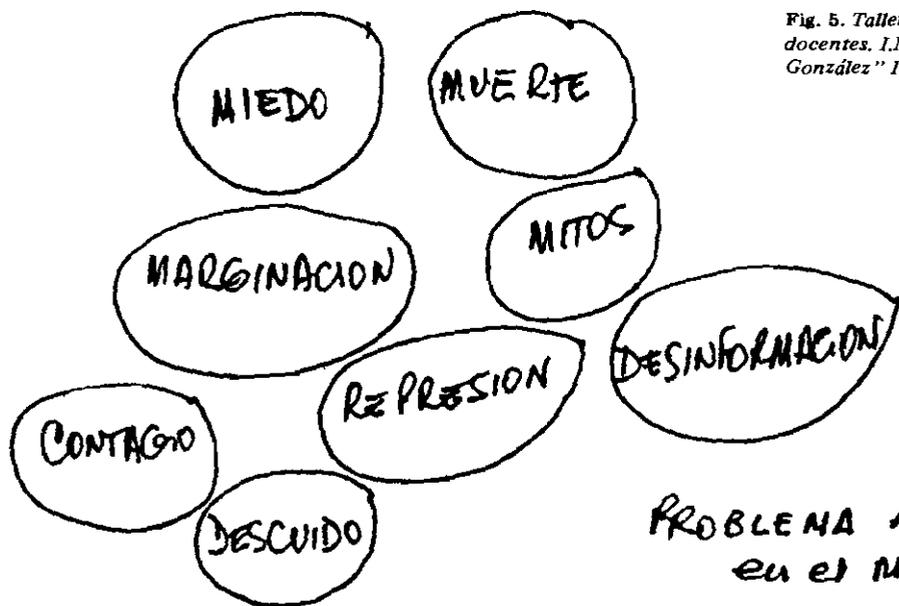
*Materiales:* 5 tarjetas por participante.

*Desarrollo:* Cada participante tendrá que asociar cinco palabras a SIDA y anotar cada una de ellas en una tarjeta.

El coordinador retira las tarjetas y propone una técnica para agrupar a los participantes. Una vez armados los grupos de 4 a 6 personas, se les entrega un conjunto de 20 a 30 tarjetas que podría armarse distribuyendo equitativamente los conceptos vertidos.

Se propone a los integrantes que lean las palabras, analicen el significado que tienen para ese grupo y luego acuerden una modalidad de construcción compartida que tendrán que explicitar en forma entretenida a todos los participantes del taller.

Fig. 5. Taller con alumnos y docentes. I.N.S.P. "Joaquín V. González" 1990.



PROBLEMA ACTUAL  
en el MUNDO

PREUENCION  
IN FORMACION



Grupo El Encapuchado

## SIDA

"No nos une el amor sino el espanto  
Será por eso que te teme tanto."

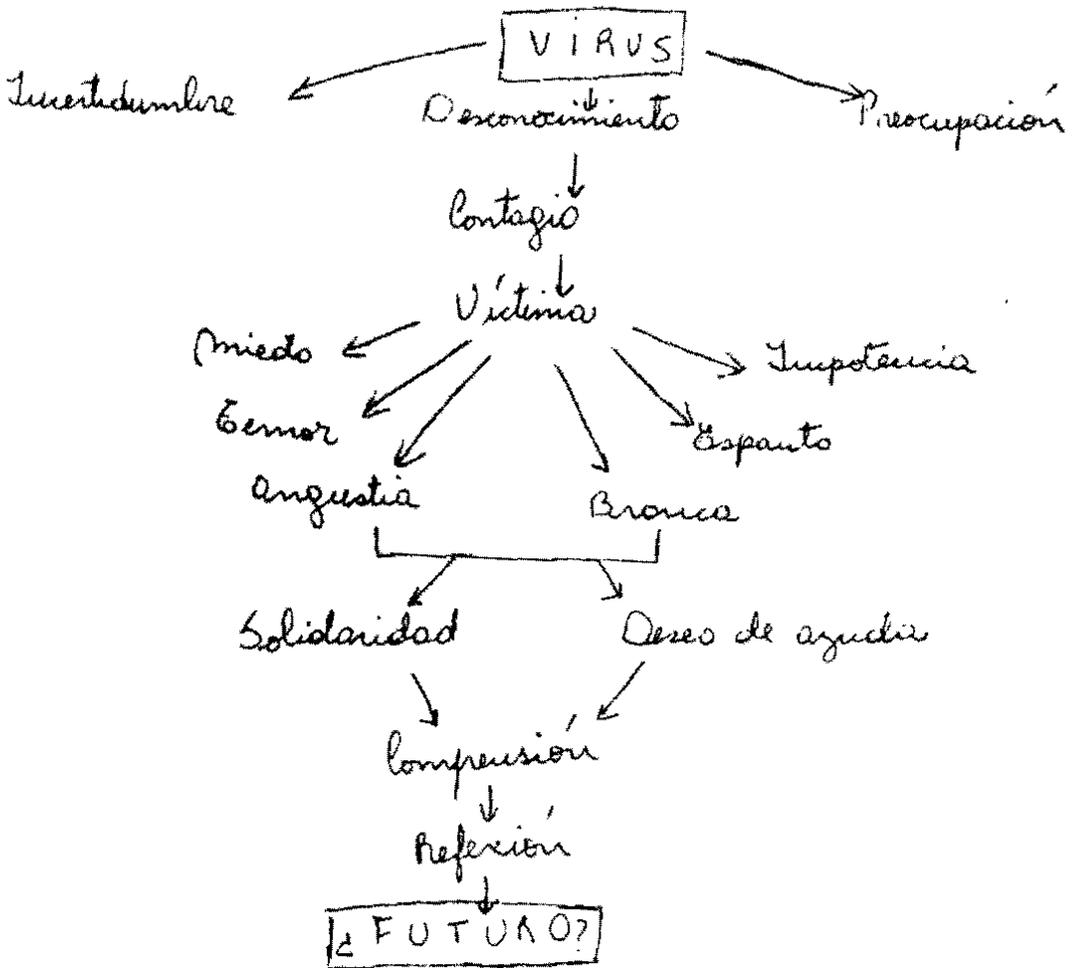


Fig. 8. Taller del Liceo N° 1  
Capital - 7/11/90

Equipo  
AYUDA

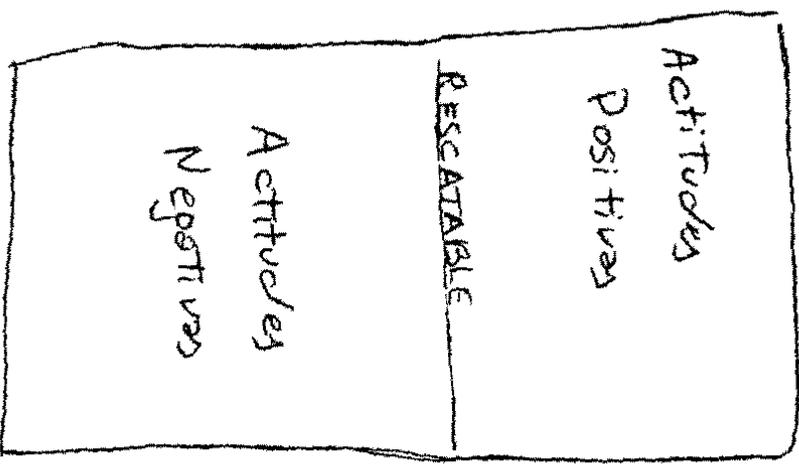
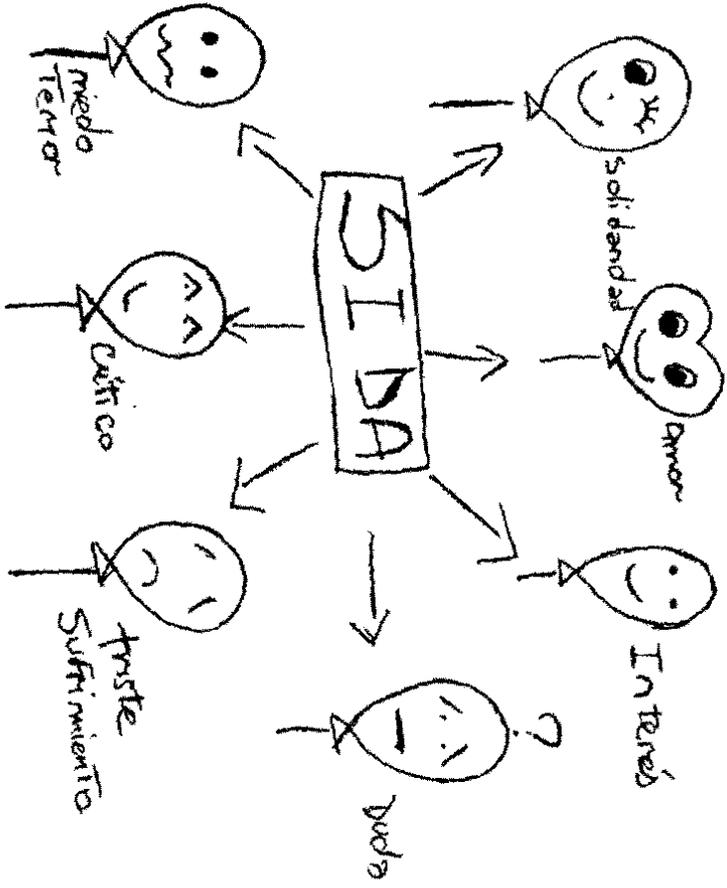


Fig. 7. Producción de taller organizado con I.N.P.A.D. San Rafael, Mendoza, Argentina.

## Relevamiento de la opinión pública

10

El equipo estuvo integrado por:  
*Lic. Susana Beretta, Lic. Severo López, Lic. Silvia Moscovich.*  
 Colaboró *Lic. Josefina Campero*

He aquí un modelo de encuesta de opinión que fue trabajado por un equipo (10) que efectuó talleres y conferencias en escuelas de Capital Federal y gran Buenos Aires durante 1988/89.

Analice el texto, responda y luego lea los gráficos y conclusiones y compare con las suyas y de su grupo.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

YO TENGO \_\_\_\_\_ años PROFESION \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Ha tenido Ud. una Clase o Conferencia sobre SIDA SI \_\_\_ NO \_\_\_

Señale si los siguientes conceptos son VERDADEROS o FALSOS

	V	F
1. El SIDA es fácil de contraer	___	___
2. La sangre y el semen transmiten la infección de una persona a otra	___	___
3. Se puede contagiar el virus por tener contacto social con alguien que lo tiene	___	___
4. Alguien que tiene el Virus puede no presentar síntomas o signos de estar enfermo	___	___
5. Utilizar preservativos puede ayudar a prevenir la transmisión del SIDA	___	___
6. Beber alcohol o consumir drogas facilita el contraer SIDA, aun sin inyectarse	___	___
7. Un hombre puede infectarse por tener relaciones sexuales con una mujer	___	___
8. La gente contrae SIDA por ser homosexual	___	___
9. Un bebé puede nacer con SIDA	___	___
10. Si una persona comparte agujas para inyectarse fácilmente se infectará	___	___
11. El virus del SIDA se detectará mediante un análisis de sangre a los pocos días de haber sido infectado	___	___
12. El usar lavandina hace más seguras las agujas	___	___
13. Nuestro sistema inmunológico nos protege habitualmente de las enfermedades	___	___
14. Cuántas más parejas sexuales tenga, más expuesto se está al SIDA	___	___
15. "Sexo Seguro" es evitar que las mujeres queden embarazadas	___	___
16. Aun teniendo "Sexo Seguro" se puede contraer SIDA	___	___
17. Hombres, Mujeres y Niños contraen SIDA igual que Adictos y Homosexuales	___	___
18. Ganglios inflamados en el cuello y axilas pueden ser síntomas de SIDA	___	___
19. Todos los infectados por el virus del SIDA enfermarán	___	___
20. Recibir sangre implica riesgo de infectarse	___	___

**IMPORTANTE:** Sugerimos fotocopiar y relevar las opiniones de los integrantes del taller y analizar actitudes frente a la tarea y enunciados como disparador de un debate

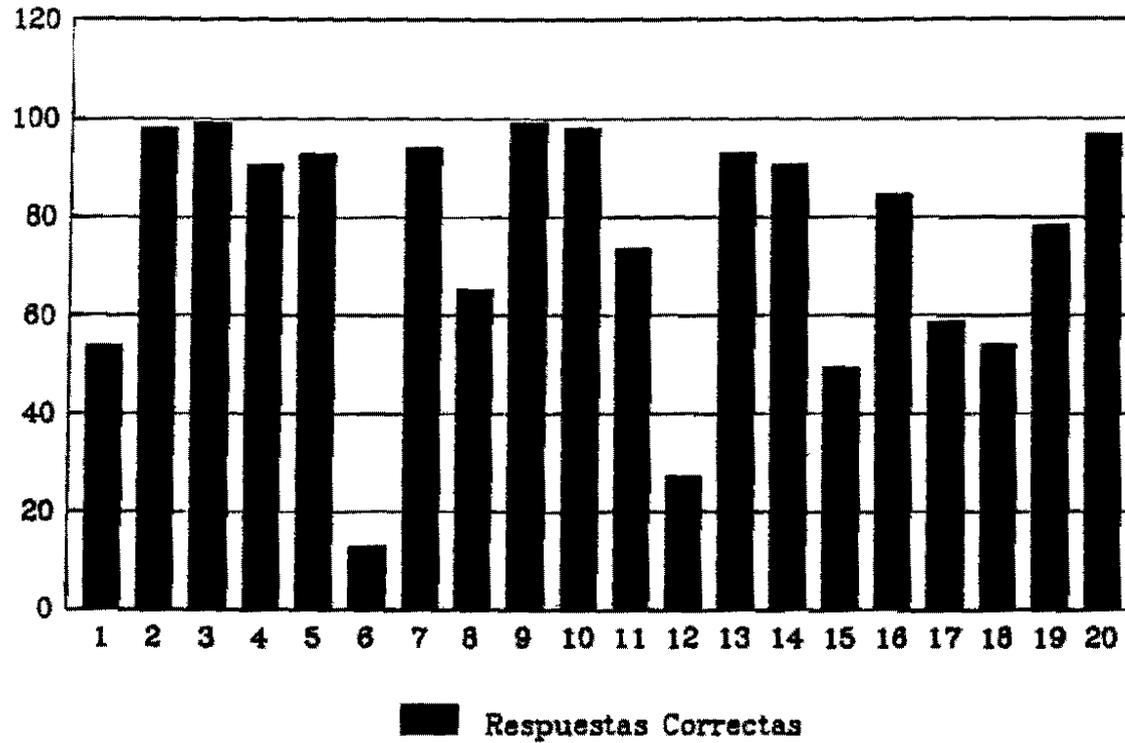
CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN EDUCATIVA

Paraguay 1657 - Ciudad de Buenos Aires

1062 Capital Federal - Argentina

# Encuesta sobre SIDA

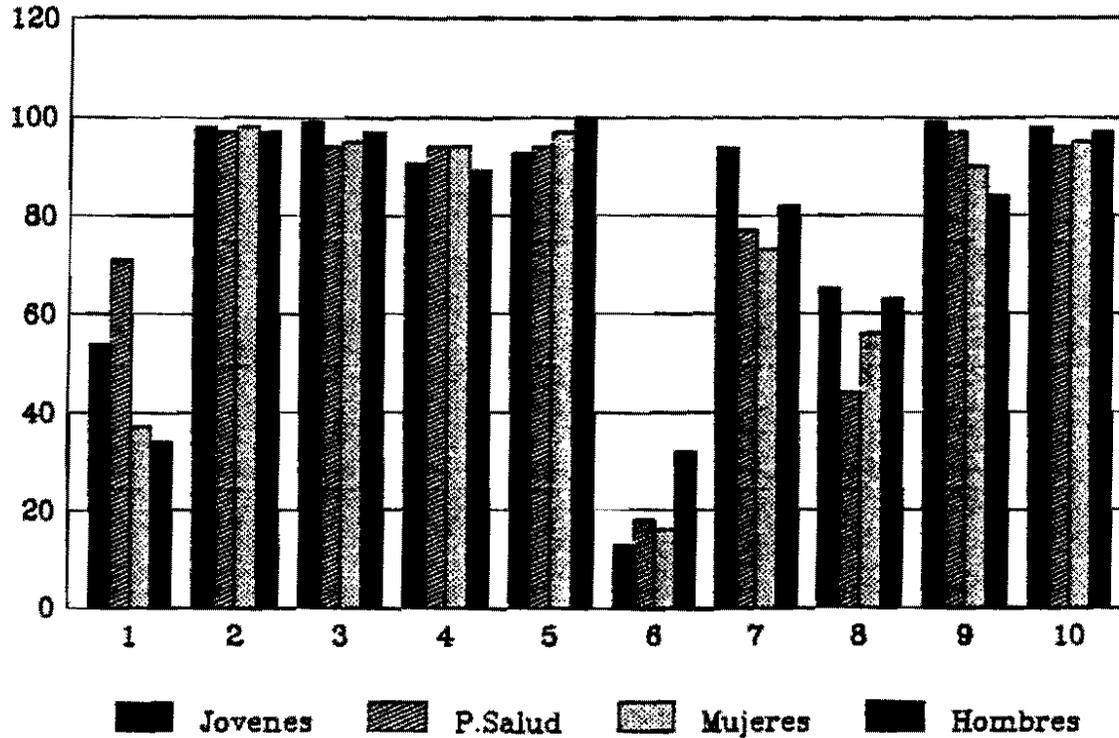
## Jovenes entre 13 y 18 anos



En porcentajes

# Encuesta sobre SIDA

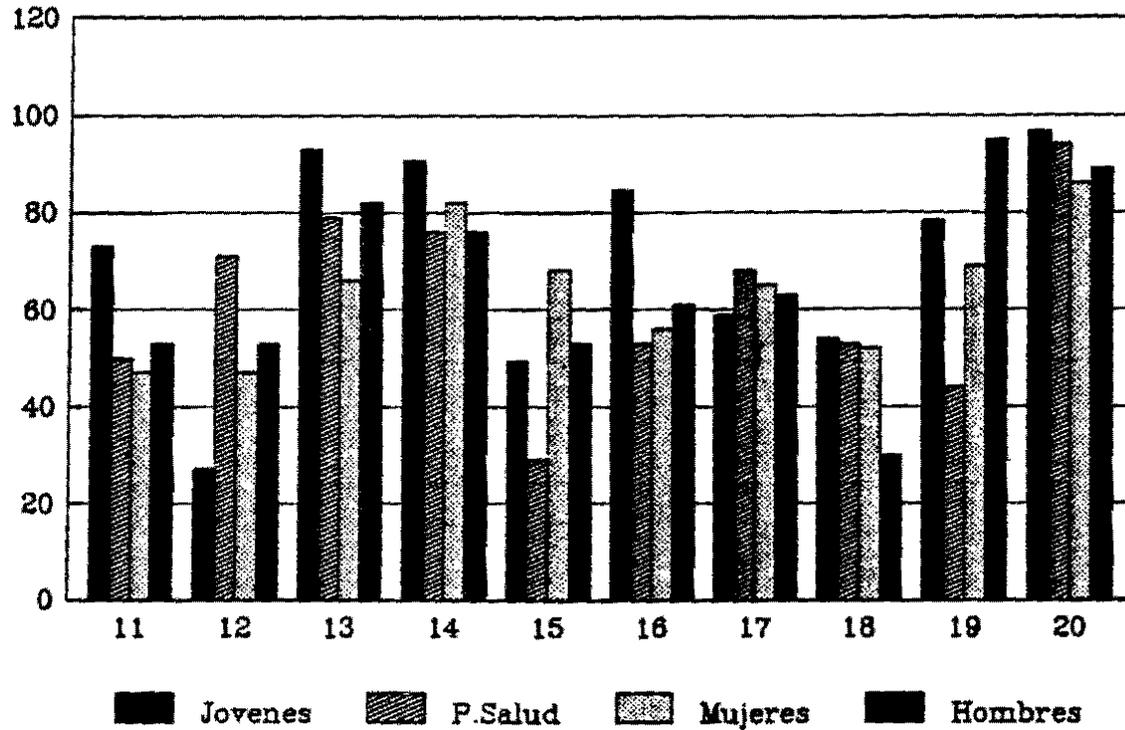
## Respuestas Correctas



En Porcentajes

# Encuesta sobre SIDA

## Respuestas Correctas



En Porcentajes

## Conclusiones

De los autores de: "SIDA y opinión pública"

– Las campañas de divulgación han sido escasas hasta el presente, como lo demuestra el hecho de que muy pocos de los encuestados (menos del 10%) habían tenido acceso a información personalizada previa a la realización de las actividades desplegadas por el equipo.

– Se recomienda continuar con programas de información a estos y otros grupos. En el caso de los Profesionales de la Salud el trabajo debe ser continuo y sostenido por su mayor implicación en los temas considerados. Así como salvar los prejuicios que pueden interferir en el buen desempeño de la tarea asistencial.

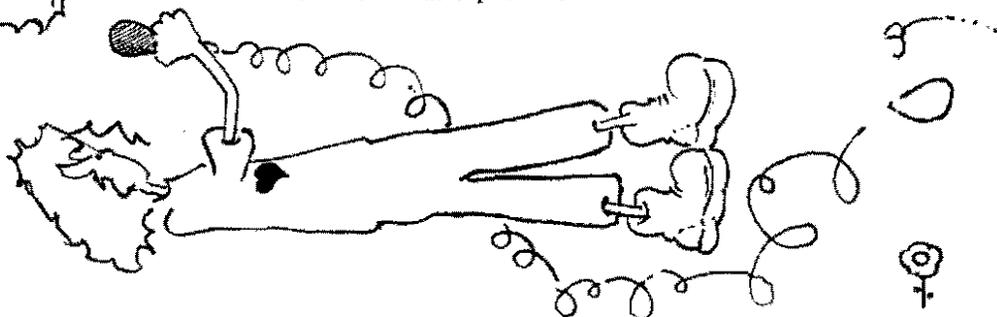
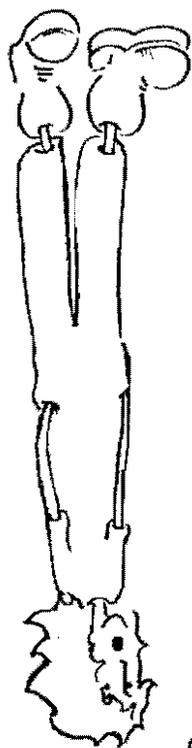
– En el caso de los Jóvenes se observa una buena disposición de la información en general, debiéndose reforzar aspectos relacionados con el uso de elementos que hace más seguras sus prácticas de riesgo.

– Especialmente en los Adultos es necesario incrementar el trabajo con cuestiones emocionales que impiden o dificultan la recepción de información objetiva.

– Creemos necesario trabajar sobre los sentimientos y actitudes asociadas a esta problemática y no sólo proporcionar información objetiva acerca de los contenidos. Con este objetivo entendemos que la metodología de talleres participativos es la más adecuada.

– Pensemos como única forma de trabajo en el área de la prevención, una estrategia que incluye la permanente retroalimentación entre los agentes a cargo de las tareas y las personas destinatarias de las mismas, para asegurar una constante eficacia tanto en el traspaso de la información como en el mutuo compromiso con la tarea preventiva.

– La información que surge de los talleres, debe servir de base para nuevas estrategias y conocimientos en los temas a prevenir.



## Resultados de otra experiencia

A continuación, presentamos los resultados de un test realizado sobre una población de 1.175 alumnos universitarios estadounidenses, luego de una campaña sobre prevención del SIDA por distintos medios de difusión. (Fuente: *The American Biology Teacher*, Vol. 50, 7:228, octubre 1988)

Porcentajes de respuestas correctas al test de conocimientos sobre el SIDA, ordenados según el grado de dificultad que presentaron.

PREGUNTAS (la respuesta correcta está entre paréntesis)	%
1. Los drogadictos pueden adquirir el SIDA a través de (agujas)	99
2. La sigla "SIDA" significa: (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)	98
3. El SIDA no puede ser transmitido de una mujer a un hombre (falso)	98
4. Una persona que tiene el virus del SIDA puede verse y sentirse bien (verdadero)	95
5. Existe un alto riesgo de contraer el SIDA en piletas de natación o duchas públicas (falso)	94
6. Ya existen vacunas disponibles contra el SIDA (falso)	94
7. ¿Qué porcentaje de pacientes de SIDA se han curado? (0%)	93
8. El semen eyaculado por un portador del virus del SIDA generalmente está libre de dicho virus (falso)	93
9. ¿Qué grupo étnico presenta mayor inmunidad contra el SIDA (ninguno, todos son igualmente susceptibles)	90
10. Al presente, es imposible destruir el virus del SIDA una vez que penetró en el cuerpo (verdadero)	87 90
11. El SIDA puede adquirirse a través del estornudo o de la tos (falso)	87
12. ¿Cuánto tiempo tarda un portador en desarrollar el SIDA? (entre dos y nueve años)	83
13. Un niño con SIDA puede diseminar el SIDA por babeo o salivación (falso)	83
14. El dispositivo que brinda gran protección contra el virus del SIDA es (el preservativo de látex)	80
15. Las mujeres son más inmunes a la infección del SIDA que los hombres (falso)	79
16. El SIDA puede transmitirse por comer o beber en vajilla usada por pacientes con SIDA (falso)	78
17. Un individuo no puede contraer SIDA (el virus) por haber donado sangre a un centro de la Cruz Roja (verdadero)	76

## IMPORTANTE

Es aconsejable aplicar un cuestionario adaptado a la población con la que se trabajará antes de abordar la temática SIDA y al cierre de la misma para verificar el aprendizaje del grupo.

### *Dimensiones sociales del SIDA*

En un artículo titulado "Dimensiones sociales del SIDA" (11), H. V. Fineberg concluye lo siguiente:

"Las autoridades sanitarias deberían plantearse tres objetivos prioritarios frente a la epidemia del SIDA: primero, proporcionar una atención humanitaria, eficaz y generosa a personas afectadas por la enfermedad; segundo, impedir que ésta siga propagándose y, tercero, promover agresivamente la investigación científica capaz de posibilitar una prevención, diagnóstico y tratamiento más eficaces. El primer objetivo requiere profesionales de la salud entregados y capacitados, una ampliación de los servicios y un sistema de financiación de la atención de salud sensible a las necesidades. El segundo obliga a un esfuerzo educativo persistente y de un alcance sin precedentes, un uso prudente de las medidas de salud pública existentes y una especial atención a las comunidades minoritarias, los consumidores de drogas por vía intravenosa y otras poblaciones con alto riesgo de infección. El tercero requiere la creación de nuevas dotaciones humanas e institucionales, un equilibrio entre los objetivos básicos y aplicados y la elaboración de planes de investigación coherentes.

La estrategia para alcanzar estos objetivos deberá apoyarse sobre cuatro puntales. El primero es una dirección políti-

ca capaz de fomentar, encauzar y organizar la lucha contra el SIDA en el plano local, estatal, nacional e internacional. El segundo son unos recursos financieros adecuados para la tarea entre manos, en su mayor parte de procedencia pública pero también con algunos de fuentes privadas. El tercero es la protección jurídica contra la discriminación, de la que dependen tantas otras cosas. Y el cuarto es un sistema de seguimiento adecuado, creado a tiempo, que permita detectar y elaborar proyecciones sobre la situación de la epidemia. La evolución futura de la epidemia del HIV es incierta y resulta indispensable adoptar una estrategia que lo tenga en cuenta.

El virus de la inmunodeficiencia humana ha convertido nuestro mundo en un lugar distinto. Y en un nivel más profundo, nuestra respuesta ante la epidemia configurará nuestra sociedad. ¿Contribuirá el SIDA a fomentar la comprensión y la tolerancia ante orientaciones sexuales diferentes, o endurecerá las normas tradicionales de conductas sexuales aceptables y desviadas? ¿Se verá en el SIDA una amenaza universal para toda la humanidad, o se considerará un problema del subproletariado, de los pobres

11  
Fineberg, H. V. Dimensiones sociales del SIDA. Investigación y Ciencia, 147, 122-129. Prensa Científica. Barcelona, 1988.

y no instruidos y de las minorías? ¿Acentuará el síndrome de la inmunodeficiencia la tensión entre las concepciones moralistas y pragmáticas en materia de conducta y de salud, o se encontrarán soluciones eficaces y moralmente aceptables a la vez? ¿Suscitará el SIDA una

entrega altruista entre los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, o rehuirán los agentes de salud a los sidosos buscando otros ámbitos donde ejercer su arte? En nuestras manos está dar respuesta a esas cuestiones y configurar la sociedad en consencuencia.”



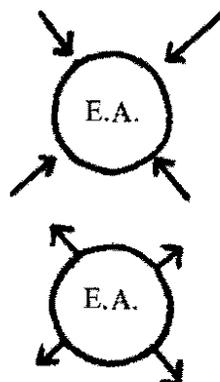
Con respecto al “esfuerzo educativo persistente y de un alcance sin precedentes” al que hace mención el texto anterior, vemos que nos involucra enteramente en tanto educadores. Si bien las campañas educativas más conspicuas parecen englobar casi exclusivamente los recursos de la educación no formal (avisos en los medios de difusión, folletos, conferencias, etc.), el trabajo cotidiano y silencioso de la educación formal impartida fundamentalmente al sector joven de la sociedad, constituye un arma nada desdeñable en la lucha contra el SIDA para contribuir al esclarecimiento correcto sobre el tema, contrarrestando la desinformación y la mala información que inconsciente o deliberadamente suele transmitirse por los mismos medios que mencionábamos como vehículos de la educación no formal.

Para el abordaje de la problemática del SIDA y dada la naturaleza compleja de la misma, parece adecuada la utilización de estrategias educativas desarrolladas por la educación ambiental y otras corrientes que acentúan la integración de distintas áreas (Ciencias integradas, combinadas, etc.).

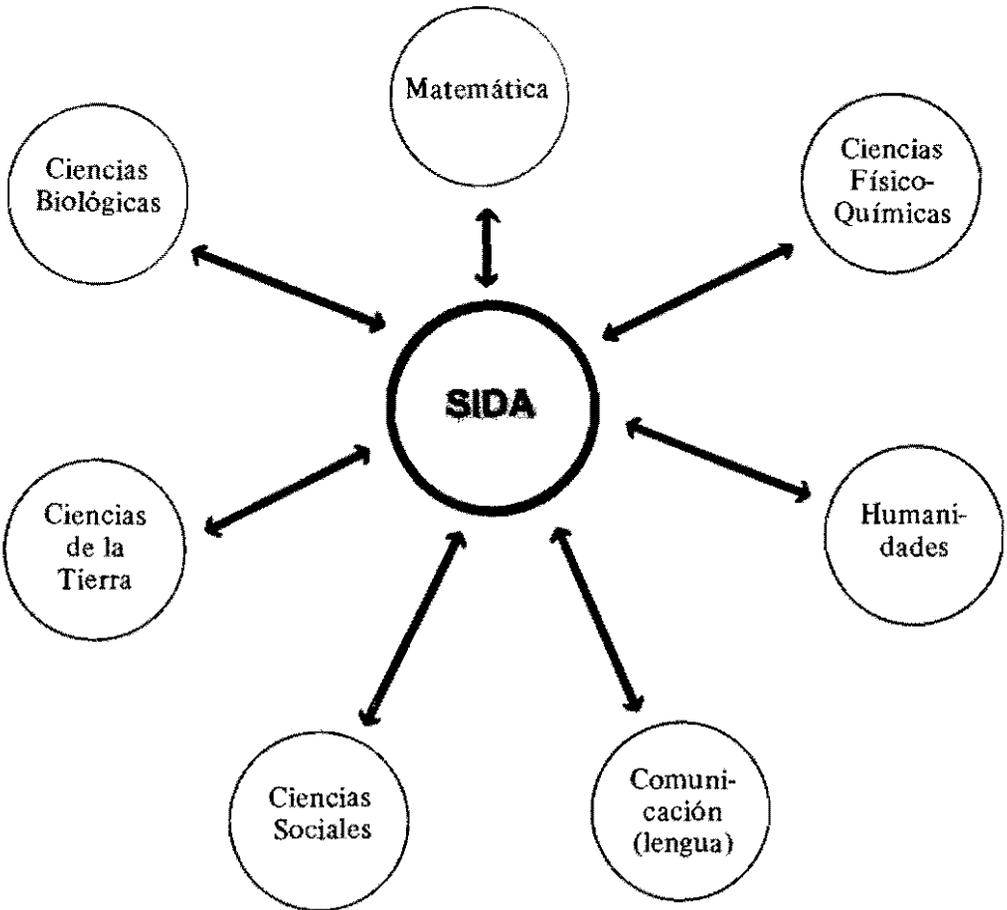
Básicamente son dos los modelos para encarar la integración de los temas ambientales a la currícula:

- **MODELO INTERDISCIPLINARIO:** diversas áreas aportan a la formación de una unidad separada de educación ambiental.
- **MODELO MULTIDISCIPLINARIO:** diversos elementos o componentes de la educación ambiental (E.A.) se introducen en las disciplinas ya existentes (modelo de infusión).

### ***El trabajo en el aula (para SIDA u otras temáticas)***



Tal vez la solución ecléctica para encarar un problema por demás complejo e importante como el SIDA, sea la integración de estos dos aspectos mencionados. Vale decir que para una cabal comprensión del problema, es necesario recurrir a los aportes de las disciplinas pertinentes, pero a su vez, la currícula de estas disciplinas no debería perder la oportunidad de tratar temas relacionados con el SIDA en cada una de ellas y en el momento oportuno, hasta tanto encontremos formas más sistemáticas y perfeccionadas de abordar el problema.

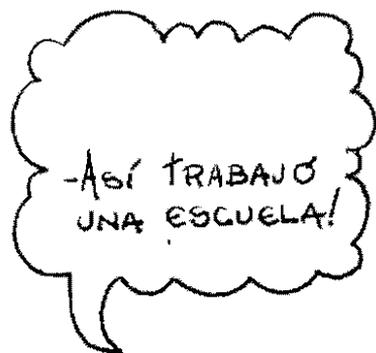


## **Propuesta de trabajo**

¿Desde la asignatura que usted dicta, qué elementos podría aportar al conocimiento de la problemática SIDA y qué estrategias propone para su tratamiento en el aula?

Sugerimos que intercambie opiniones con colegas de distintas áreas y formule los diferentes aspectos que pueda tratar cada uno de ellos. Aquí presentamos algunos aportes a modo de ejemplo:

- Biología* ————— Virus, condiciones de desarrollo, vías de infección, epidemiología
- Geografía* ————— Demografía, distribución de casos en el mundo, en el continente, en el país. Problemática urbana
- Historia* ————— Historia de las enfermedades epidémicas y su influencia sobre las sociedades. Historia de la medicina
- Matemática* ————— Tratamiento de datos estadísticos. Lectura, construcción de gráficos, tablas, etc. Cálculo de tasas
- Lengua* ————— Elaboración de informes, mensajes. Elementos de comunicación. Manejo de lengua apelativa
- Plástica* ————— Diagramación y confección de afiches, etc.
- Música* ————— Análisis de canciones relacionadas con el tema
- Filosofía* ————— Aspectos éticos profesionales y ciudadanos. Responsabilidad de los ciudadanos
- Educación cívica* ————— Leyes relacionadas con aspectos médico-sanitarios-legales. Derechos humanos





COLEGIO GUIDO SPAND (A-18)  
FUNDADO 1922  
MIXTO

## I FERIA DE CIENCIAS

En una escuela secundaria

"El único aprendizaje que puede influir significativamente sobre la conducta es el que el individuo descubre e incorpora por sí mismo."  
Carl Rogers.

2 de noviembre de 1990  
S. de Bustamante 1366

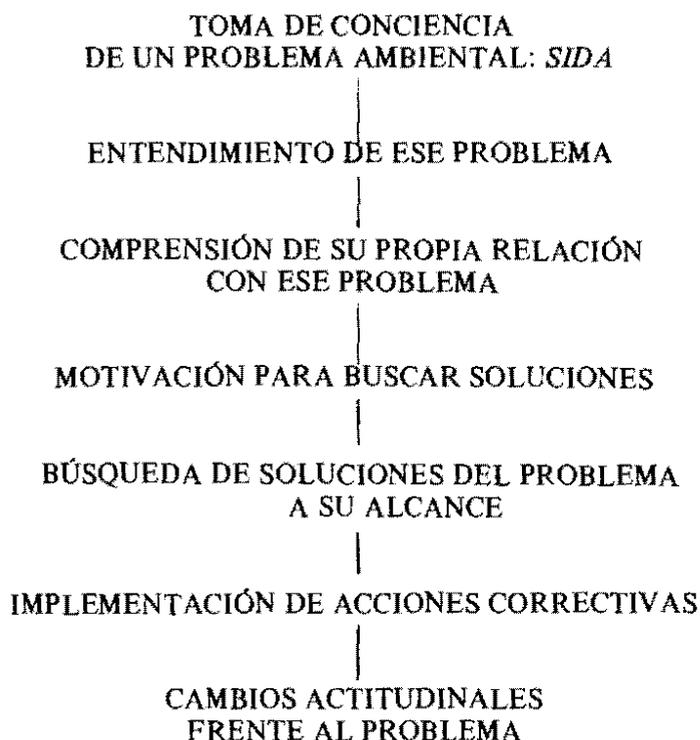
### STAND 13: "Taller de S.I.D.A." (Biología)

- Coord. : Prof. Adriana A de Traba.  
Prof. Silvana Fontaina.
- 4° y 5° Año: Sica. Linardi. María. Leavy.  
Codina. Schusterman. Serrán.  
Meneghetti. Amaya. Bruno.  
Koyser.
- Horario: 10.<sup>15</sup> y 10.<sup>30</sup> hs.

Los visitantes podían optar (entre otros) por participar de este taller. Aquí los alumnos aplicaban la técnica intentando elaborar miedos y fantasías.

A continuación proponemos un cuadro que resumiría las etapas a través de las cuales alumnos y docentes podrían llegar a producir cambios positivos en materia de problemas ambientales y en nuestro caso particular, vinculados a la problemática del SIDA.

***Hacia una metodología que propicie cambios***



De la secuencia descrita, tal vez el paso más difícil de alcanzar sea el último, dado que, como sujetos históricos unidos a una sociedad concreta, respondemos de acuerdo con la cosmovisión imperante en nuestra sociedad, producto del desarrollo socio-histórico. Nuestras respuestas se fundan en gran medida en los sistemas de valores, creencias y conocimientos que el sistema educativo de nuestra sociedad nos ha impartido. Puede ocurrir que los cambios que se operan en la sociedad no se vean reflejados debidamente en su tratamiento educativo y esto provoque cierto desfasaje entre la percepción del cambio y la respuesta que asumimos. Un buen ejemplo de lo anterior podría ser la problemática de la crisis ambiental que a partir de la década del setenta cobramos clara conciencia, pero para la cual aún no hemos planteado (socialmente) soluciones adecuadas.

En este marco en el que aspiraciones y realidades se condicionan mutuamente, deberemos inscribir nuestro intento de ir modificando actitudes ya instaladas por otras más adecuadas que según nuestras reflexiones

serían más favorables para nuestro desenvolvimiento en la sociedad. ¿Pero cómo iniciar esta tarea si tenemos claro que no basta con tener una filosofía y los conocimientos correctos para solucionar problemas, sino que éstos se deben traducir en *acciones* concretas tendientes a resolver los problemas?

### **Una técnica: la simulación**

Dentro de las distintas formas de abordar el problema del cambio actitudinal, les proponemos (a ustedes se les ocurrirán otras) un recurso didáctico apropiado para ir entrenándonos en el ejercicio de *tomar decisiones* a la luz de la defensa de un ámbito humano donde el libre flujo de ideas y la democracia sean las características que promuevan el desarrollo de un verdadero *pensamiento crítico*.

La herramienta propuesta es un juego: la simulación de un debate frente a un problema concreto, sea real o ficticio.

### **Punto de partida**

La actitud de nuestra sociedad frente al SIDA ha dejado al descubierto vulnerabilidades ocultas de la condición humana, sobre todo en el plano social.

Las respuestas posibles ante el problema pueden tomar innumerables formas, desde los actos humanos de heroísmo y generosidad hasta las reacciones más mezquinas e irracionales. En cada uno de nosotros pueden convivir el león y el cordero.

11b. Estructura y dialéctica de la personalidad. Autor: *Alberto L. Merani*. Edit. Grijalbo.



—Un coordinador actuará orientando el debate.

—Se formarán siete grupos para representar a cada personaje involucrado. Los roles de cada personaje serán presentados por los grupos, quienes explicarán brevemente las características de los mismos.

Para la caracterización del personaje, cada grupo podrá elaborar su propio guión, siempre y cuando se mantenga dentro de los lineamientos del papel que le corresponda.

Todos sabemos que en cada uno de nosotros conviven “el bueno y el malo”, “el amor y el odio”, “el ángel y el diablo”, “la salud y la enfermedad”, “la vida y la muerte”; apareciendo contradictoria y sucesivamente.

Por eso es importante que la opinión personal del participante no se anteponga a la atribuida al personaje representado dentro de los límites de lo posible.

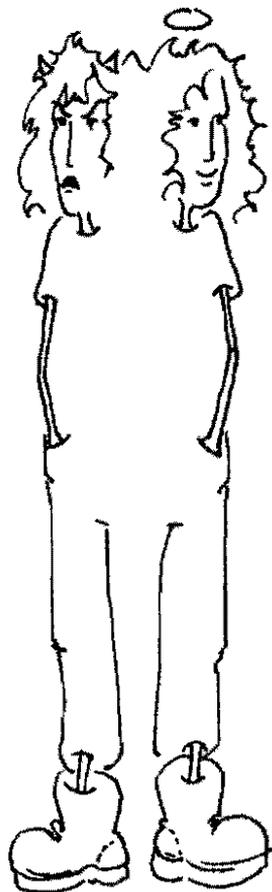
—Cada grupo desarrollará una estrategia argumental en el debate a fin de lograr que su opinión, expresada a través de la intervención del personaje asignado, sea la que influya en las conclusiones del debate.

—Los grupos dispondrán de un tiempo para organizar su estrategia, tornándose el juego más interesante cuando los oponentes desconocen las estrategias de los demás.

—El tiempo límite de exposición deberá ser respetado estrictamente, por lo que la participación será concisa y desprovista de retórica vana, salvo que ello esté destinado a la mejor caracterización del personaje representado. Pero, si al finalizar su tiempo no ha terminado la exposición, el coordinador deberá actuar cediendo la palabra al siguiente expositor. Nunca la estrategia elegida deberá ser monopolizar la palabra o impedir la libre expresión de los restantes participantes.

## ***El juego de simulación***

### ***Regla***



## ***Desarrollo de un debate***

### ***Presentación***

—Coordinador: explica cómo se representa un juego de simulación; describe la situación a simular. Reparte los roles para que cada grupo los estudie.

— Los grupos: estudian el rol del personaje asignado y desarrollan la estrategia de defensa de su supuesta opinión (15 minutos) y deciden quién actuará.

— Los elegidos pasan a integrar la mesa de discusión.

— El coordinador de la misma facilita la presentación de los integrantes y abre la discusión regulando tiempo (cinco minutos aproximadamente por participante) y contenidos de la misma.

— El resto de los participantes una vez concluida la ronda de presentación y exposición de los personajes inicia un período donde por turno se le presentará a cada personaje las dudas e inquietudes que haya suscitado su intervención (se aconseja tomar nota al momento de la intervención), con el objeto de remarcar las imprecisiones o posibles contradicciones.

### ***Cierre del debate***

—El coordinador invita a que se delibere ordenadamente a fin de llegar a una conclusión y a un veredicto consensuado (15 minutos).

### ***Conclusiones***

—Discusión final coordinada, análisis del juego y comparación con la vida real.

—Elaboración de conclusiones y recomendaciones para el abordaje de esta problemática en las instituciones educativas.

### ***Situación a simular***

Los padres de un alumno han comunicado al director de la escuela que su hijo es portador del virus del SIDA. Este aconseja que el niño continúe asistiendo normalmente a clase.

Ese mismo día convoca a miembros de la comunidad educativa a una reunión en la que hará saber su decisión y anotará las opiniones recibidas, en su informe a las autoridades pertinentes.

### ***Los personajes***

**EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO:** Actitud conciliatoria y democrática, defiende la aceptación del niño en la escuela.

**UN MIEMBRO DE LA COOPERADORA ESCOLAR:** Autoritario, prejuicioso, discriminatorio. Exige la inmediata expulsión del niño.

**UN DOCENTE 1:** Indiferente y apático. Poco comprometido.

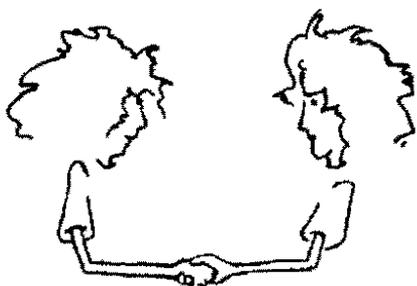
**UN DOCENTE 2:** Conoce al niño, con el que tiene un buen vínculo. Desea ayudarlo, pero teme al contagio.

UN REPRESENTANTE DE SANIDAD ESCOLAR:  
Claro y objetivo, esclarecedor de las posibles vías de contagio. Discrimina entre fantasías y peligros reales.

UN DOCENTE 3: Omnipotente y obcecado. Marca la enfermedad como "castigo" de alguna mala conducta, por lo que insiste en que el niño debe ser separado de la escuela.

UN PADRE DE LA COMISION DE PADRES: Con ciertas reservas, producto de prejuicios contraídos, pero sensible al problema familiar dado que es capaz de ponerse en el lugar del otro.

RECORDEMOS: LA FINALIDAD DEL JUEGO DE SUMULACION ES ENTRENARNOS EN LA TOMA DE DECISIONES, EN VIVENCIAR SITUACIONES POR LAS QUE PODEMOS PASAR EN LA VIDA REAL, EN REFLEXIONAR ACERCA DE NUESTRAS PROPIAS ACTITUDES ETICAS. EL OBJETIVO DEL JUEGO ES PARTICIPAR. NO GANAR.

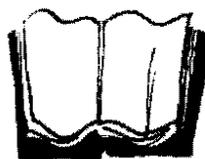


Seguidamente presentamos información conceptual, técnica y estadística, con el fin de que se emplee como banco de datos para la preparación de las estrategias a desarrollar durante los debates y diálogos de los talleres grupales.

Dada la permanente renovación y actualización de datos e información referida al SIDA, sugerimos recopilar y analizar artículos periodísticos que se publiquen sobre el tema y utilizarlos en los grupos de aprendizaje y corroborar la información mediante el acercamiento al Programa Régimen de prevención y control de ETS y SIDA.

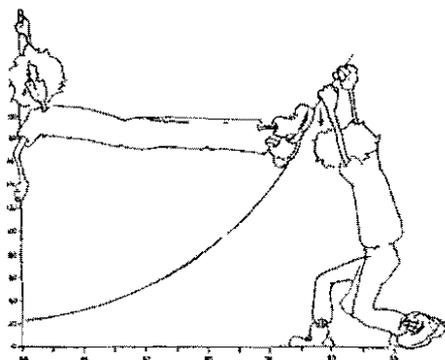
A modo de disparador inicial para el posterior debate simulado, presentamos el caso recogido en el artículo periodístico siguiente:

### **Información básica sobre ETS y SIDA**



## MENOR CON SIDA

# Al aula como cualquier hijo de vecino



Fuente: página 12

Pese a la resistencia de unos cuantos padres temerosos y aún de la propia cooperadora escolar, la Secretaría de Salud de la Municipalidad porteña dispuso ayer que el niño de trece años afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) debe ser incorporado como un alumno regular a la escuela número 1 de la Boca, donde concurría junto a su hermano menor hasta que le fue detectado el virus.

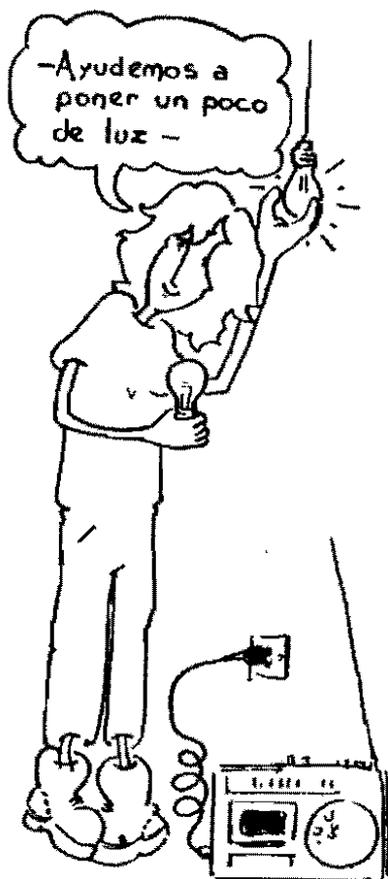
como continente de este tipo de problemas. Después de todo —dijo— ellos no tienen la culpa de padecer una enfermedad que está íntimamente ligada a la promiscuidad y la pobreza. No es que se trata de un solo chico, sino que casos como éste hay muchos en el barrio y allí nadie los margina”.

En el parte médico se deja claro que el menor —como todo portador de SIDA— “es apto para desarrollar todo tipo de actividades, siempre que no exista contacto sangre a sangre con otra persona o relaciones sexuales, las dos únicas formas de contagio conocidas”. En ese informe, las autoridades sanitarias aconsejan a la dirección de la escuela Almirante Brown de la Boca “evitar tratos discriminatorios ya que en el colegio no existen vías posibles de contagio”.

El caso se conoció la semana pasada cuando un grupo de padres presentó quejas a la dirección de la escuela y a las autoridades del distrito escolar zonal, a quienes le solicitaron que no se permitiera el ingreso del menor afectado. El propio director de la escuela, Juan Carlos Blanco, señaló que “tengo instrucciones precisas para admitirlo como alumno regular, ya que el informe médico precisa que el niño —que cursa sexto grado— es sólo portador sano y asintomático del SIDA”.

Más allá del informe, producido por la Asociación de Atención Pediátrica del Hospital Garrahan, Blanco se mostró partidario de la integración, ya que la escuela debe servir

El prejuicio, el miedo o quizás el desconocimiento llevó, igual, a muchos padres a mantener en pie su queja: “No queremos que nuestros hijos se contagien —argumentan—, por eso pedimos que a ese pibe lo saquen de la escuela. Vamos a seguir insistiendo, porque acá, en este barrio hay muchas jeringas tiradas por los rincones y si las cosas siguen así todos vamos a terminar con SIDA”.



## Enfermedades de transmisión sexual: una sombra sobre el mundo <sup>12</sup>

*A través de los años siempre fue difícil encontrar la forma de detectar a los enfermos con este tipo de afecciones. Actualmente, con la aparición de nuevas enfermedades y resurgimiento de epidemias ya superadas, se hace necesario el enfrentamiento real de este problema.*

Desde que el cirujano general Thomas Parrán inició su campaña en 1930, desterró la sífilis, una sombra sobre la población. La notificación por parte de uno de los miembros de la pareja, se consideró un elemento importante en la política de salud pública, con el fin de controlar la enfermedad epidémica. El hallazgo de casos a través de la notificación de este tipo, se basó en la idea que la intervención temprana entre personas que desconocían que podían estar infectadas, podía llevar al control de enfermedades como la sífilis.

Andrus y colaboradores iluminaron empíricamente el viejo debate. Los autores concluyeron que la notificación de la pareja, difícilmente podía contribuir al control de la epidemia, como resultado de tres factores: que el período de infección de la sífilis es relativamente largo, que muchas personas reportaban múltiples compañeros y que en aquellos infectados con la enfermedad, era probable que cambiaran sexo por dinero o drogas. Por ejemplo, entre personas que reportaron cambiar sexo por dinero o drogas (un componente mayor de la epidemia), el 92 % no pudo proveer datos de localización de sus compañeros.

La conclusión fue clara, el método de notificación del compañero se debía complementar con otras intervenciones de salud pública para controlar la sífilis epidémica, las implicancias de sus hallazgos, sin embargo, son amplias y tocan una de las discusiones más vigorosas en política pública, en relación al control de las enfermedades de transmisión sexual y especialmente, la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Desafortunadamente, los aspectos específicos de este tipo de programas han sido poco evaluados sistemáticamente, para examinar su eficacia como política de salud pública. El tema fue muy discutido y hubo defensores que citaban los nuevos casos descubiertos a través de la notificación de pareja, así como detractores que citaban que esos casos representaba sólo una pequeña proporción de infecciones nuevas efectivas.

Hoy en día, se enfrentan nuevas sombras sobre la población: la infección por HIV y el resurgimiento de sífilis epidémica. Ha llegado el momento, como mostraron Andrus y colaboradores, de una evaluación imparcial de programas históricos, que pueden haber sido efectivos bajo otras circunstancias, pero que en el contexto contemporáneo, fallan en el alcance de sus metas más importantes.

Allan M. Brandt  
Annals of Internal Medicine, Vol. 112, Nº 7, 1 de abril de 1990



# El entorno social

Es poco probable que cambien las condiciones sociales básicas que han aumentado la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual. De ahí la gran importancia que tiene para los países el establecimiento de buenos programas educativos para combatirlas.

por Maggie Jones

La llamada «sociedad permisiva» y los cambios radicales de actitud respecto a la sexualidad en el Hemisferio Norte, y la creciente emigración hacia las ciudades y el desmoronamiento de las normas culturales tradicionales en el Sur han dado lugar a un aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en casi todo el mundo. No sólo ha aumentado la incidencia de estas enfermedades, sino que también lo ha hecho el número de enfermedades identificadas. Al trío primitivo de sífilis, blenorragia y chancro blando se ha añadido una «segunda generación» de ETS que comprende la clamidiasis, las uretritis no gonocócicas, la tricomoniasis, el herpes, las verrugas genitales y la hepatitis. Actualmente se ha de añadir a la lista el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La explosión actual de ETS en las ciudades del Tercer Mundo es un reflejo de lo que ocurrió en Europa tras la urbanización que acompañó a la revolución industrial. Al comenzar el siglo XX morían de sífilis cada año en la Gran Bretaña unas 60 000 personas. Una encuesta serológica realizada en Londres en 1914 reveló que el 14 por ciento de los hombres y el 7 por ciento de las mujeres sufrían sífilis, y se sospecha que las tasas de blenorragia eran aún mayores. Actualmente se pueden encontrar índices semejantes de ETS en otros países. En el Estado de Ondo (Nigeria) una encuesta reciente mostró que una de cada cuatro o cinco mujeres había contraído una ETS. Otros estudios han permitido calcular que algunas poblaciones de África y Asia tienen tasas de prevalencia de la blenorragia que van desde el 3 hasta más del 18 por ciento.

La aparición de los antibióticos y la creación de servicios confidenciales y gratuitos de diagnóstico y tratamiento para las personas con ETS contribuyeron a superar estas enfermedades en Europa y América del Norte y desde entonces la sífilis fue disminuyendo en los países desarrollados. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial, y en especial en los años sesenta, los cambios de actitud respecto a la sexualidad y la difusión de las experiencias sexuales extramatrimoniales han provocado un nuevo aumento de la blenorragia y de otras ETS en el mundo desarrollado.

En el Reino Unido, por ejemplo, la incidencia declarada de blenorragia aumentó de 35 000 casos en 1962 hasta un máximo de 66 000 en 1973. Aunque

gran parte del incremento puede deberse al mayor número de personas que solicitaban tratamiento, provocando así un aumento de los casos declarados, no cabe duda que la elevación de la incidencia es genuina y está motivada por un cambio en los hábitos sexuales. Desde 1973 el número de casos se redujo hasta pasar a 53 000 en 1984 y, en la actualidad, los casos de blenorragia sólo constituyen la décima parte del número total de casos de ETS declarados anualmente en el Reino Unido. Sin embargo, esta disminución de la

*Cabareteras en una ciudad de Asia sudoriental. ¡Cuidado, turistas!*  
Foto ONSEstar



Saio Muxica, Noviembre 1986

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION EDUCATIVA

Paraguay 1657 · 1er Piso

1062 Capital Federal - República Argentina

## ACTUALIDAD ECLESIAL

Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, respondiendo a la invitación que el Santo Padre ha dirigido a todos los cristianos de ocuparse de los problemas del hombre que sufre, organizado un Congreso Internacional para estudiar los problemas del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), denominado "el mal del siglo". El congreso se ha celebrado en el Aula del Sínodo del Vaticano durante los días 13, 14 y 15 de noviembre de 1989. Han participado en él los mayores especialistas en diversas materias.

Habla terminado el Papa su discurso y comenzaba ya a salir la gente cuando un joven huésped de la "Casa familia Padre Monti" para enfermos de SIDA, lanzó al aire unas palabras que conmovieron y sacudieron a toda la asamblea: "Queremos vivir, porque tenemos confianza en que, con la ayuda del hombre

hombres de ciencia se vean coronar cuanto antes por el éxito y se pueda al mundo la buena noticia: el siglo ha sido vencido. Pasaron momentos antes de que la asamblea reaccionase: se abrazaban y se bendecían — la "Mi abrazo y mi bendición — la Pablo II al joven — son la única respuesta posible a tus palabras". Aquí va su mensaje.

### Complejos problemas

Es para mí particularmente importante encontrarme hoy con ustedes, con ocasión de la Conferencia Internacional que el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha promovido para una profundización interdisciplinaria acerca de los complejos proble-



## SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Por un niño sano en un mundo mejor

Es preciso esfuerzo de inv. de grupos, guiados por científicos, muchos de los cuales aquí presentes: a ellos les expreso mi más vivo aprecio.

Gracias a su esfuerzo, los aspectos de esta compleja y d enfermedad se van aclarando y más. En menos de diez años se ha tridido un importante camino: los de biología molecular han h fueran casi totalmente conocid ciones del virus, las Interacci



DÍA INTERNACIONAL DEL SIDA

1º de DICIEMBRE 1990

# LA IGLESIA ANTE EL

# SIDA



Así se movilizaron otros ante el SIDA:

## SIDA

no es sólo homosexualidad, drogadicción, promiscuidad o accidentes transfusionales.

Es un problema social que nos incluye a todos.

El control de la infección del virus SIDA depende de la conducta de cada uno de nosotros, de una participación activa. Durante el mes de junio de 1990 y con la colaboración de los alumnos de la Facultad Regional Buenos Aires, se realizó un estudio acerca del nivel de información que poseían sobre el SIDA. De las conclusiones obtenidas surgió la idea de este stand, en respuesta al interés que ustedes demostraron.

Por primera vez se tiene la posibilidad de escapar a una epidemia mundial gracias a la prevención. No dejemos pasar esta oportunidad.



SIDA

unicef

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

SIDA

¡Un esfuerzo mundial - la victoria!

D.M.S.

Información básica para el estudiante universitario

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS  
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA  
SERVICIO DE EDUCACION PARA LA SALUD  
Comisión de Prevención y Control del SIDA



## Diez puntos sobre el SIDA para el Día Mundial del SIDA

### 1. El SIDA es un nuevo problema mundial.

Se han notificado más de 150,000 casos de SIDA en más de 145 países. El SIDA puede afectar a todas las comunidades porque el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que puede causar el SIDA, cruza todas las fronteras, tanto geográficas como sociales. Se calcula que en todo el mundo están ya infectadas entre 5 y 10 millones de personas.

### 2. Sabemos cómo se transmite el SIDA.

Afortunadamente, el VIH solo se puede transmitir de tres maneras:

- \* por las relaciones sexuales
- \* por la sangre
- \* de la madre infectada al lactante.

### 3. Conocer cómo se transmite el VIH significa saber cómo prevenir la infección.

El VIH se transmite mediante las relaciones sexuales—de hombre a mujer, de mujer a hombre, o de hombre a hombre. El VIH también se puede transmitir a través de la sangre de dos formas principales: recibiendo una transfusión de sangre contaminada, o por las agujas hipodérmicas u otros instrumentos punzantes, si se usan más de una vez sin limpiarlos o esterilizarlos correctamente. Por último, el VIH lo transmiten las madres infectadas a sus hijos lactantes, ya sea antes, durante o después del parto.

### 4. La transmisión del VIH por vía sexual puede prevenirse.

El medio más efectivo de prevenir la transmisión del VIH por vía sexual es permaneciendo con un compañero fiel, no infectado, o absteniéndose de tener relaciones sexuales. De otro modo, se deberá reducir lo más posible el número de compañeros con los que se tengan relaciones sexuales. Se debe evitar el contacto sexual con prostitutas u otra persona que tenga muchos compañeros sexuales. Cada vez que se tengan relaciones sexuales con alguien que pudiera estar infectado por el VIH, se deberá usar un condón, correctamente, de principio a fin.

### 5. La infección a través de la sangre puede detenerse de varias maneras.

Afortunadamente, la sangre destinada a transfusiones se puede analizar para detectar si está infectada por el VIH, y desecharla en caso positivo. Las agujas hipodérmicas y otros instrumentos punzantes se pueden esterilizar después de cada uso. Los toxicómanos pueden, y deben, dejar de inyectarse drogas, pero si persisten, deberán usar únicamente agujas esterilizadas y no compartirlas con nadie.

### 6. Es importante saber cómo NO se transmite el VIH

El VIH no se transmite por un contacto casual en el trabajo o en la escuela, dándose la mano, tocándose o abrazándose. NO se propaga por los alimentos ni el agua, compartiendo vasos o tazas, estornudando o tosiendo, o por picaduras de insectos, o en piscinas o retretes. El saber cómo NO se transmite el VIH ayuda a comprender que no hay peligro de infección por un contacto casual.

### 7. El SIDA nos afecta a todos

No hay ninguna razón para temerle a las personas que están infectadas por el VIH o que padecen del SIDA. No se debe discriminarlas, pues necesitan nuestro apoyo para ayudarlas a sobrellevar las dificultades físicas y emocionales que sufren.

### 8. La información y la enseñanza son vitales.

Algún día, la investigación médica encontrará un medicamento para curar el SIDA o una vacuna para prevenirlo. Mientras tanto, debemos atenernos a los cambios en el comportamiento personal para prevenir la transmisión del VIH. Por consiguiente, la información y la enseñanza son vitales en la lucha contra el SIDA.

### 9. Una movilización mundial contra una amenaza mundial.

En casi todos los países del mundo ya existen programas nacionales para combatir el SIDA. Estos programas informan y enseñan a la gente respecto al SIDA, a evitar ser infectados y a proteger a otras personas. Los programas nacionales contra el SIDA están unidos al Programa Global de la Organización Mundial de la Salud sobre el SIDA, que dirige y coordina la Estrategia Mundial contra el SIDA. Debido a que el SIDA es un problema mundial, solo se podrá detener en un país si se detiene en todos los demás.

### 10. Juntos podemos detener el SIDA.

Usted puede ayudar a detener el SIDA, asegurándose de que entiende todos los hechos relacionados con esta enfermedad, y tratando de que otros hagan lo mismo. El riesgo del SIDA no radica en **quién** es usted o en dónde se encuentre. Radica en lo **que** usted hace. Ahora tenemos la oportunidad de hablar sobre el SIDA, de aprender, de enseñar y de expresar nuestra opinión al respecto. Unase al esfuerzo mundial de lucha contra el SIDA.

**SIDA**  
Un esfuerzo mundial puede detenerlo



# Los jóvenes y el SIDA <sup>14</sup>

En abril de 1989, 148 países habían notificado un total superior a 145.000 casos de SIDA. La OMS estima que el verdadero total se acerca a 450.000 y que en todo el mundo hay de 5 a 10 millones de personas infectadas. Para 1991 podría haberse producido un millón de casos nuevos de SIDA entre la población ya infectada por el HIV.

## ¿Por qué concentrarse en los jóvenes?

Al menos la mitad de las personas infectadas por el HIV son menores de 25 años, lo que convierte al SIDA en un gran flagelo para la juventud de hoy. Alrededor del 20% de las personas con SIDA tienen entre 20 y 29 años. Una gran proporción se ha infectado durante la adolescencia. En los ejemplos dados en el gráfico que aparece en esta página (Bélgica, Brasil, Uganda y los Estados Unidos de América), la elevada proporción de casos en el grupo de 20 a 29 años indica que la infección pudo ocurrir cuando esas personas tenían de 15 a 19 años.

El rápido aumento de la infección por el HIV entre los jóvenes de muchos países, aún en lugares donde la prevalencia de dicha infección o del SIDA todavía no es elevada, es motivo de preocupación. En Bangkok, donde muchas personas que usan drogas inyectables tienen menos de 25 años, la tasa de infección por el HIV entre los toxicómanos que buscan tratamiento ha aumentado de cero en 1987 a más de 40% hoy en día.

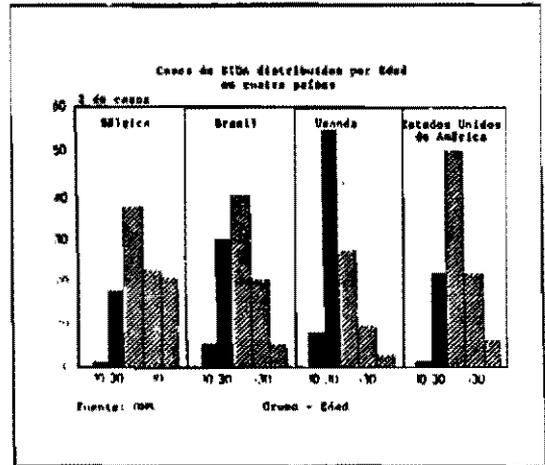
Es posible que no se reconozca e cabalidad el riesgo de transmisión del HIV entre los jóvenes o que los programas en los que se ofrecen información o enseñanzas prácticas o medios de protección a los jóvenes sean insuficientes. Estos deben estar conscientes de las posibles consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas. También puedan infactarse si carecen de los medios o de la capacidad para poner en práctica los conocimientos adquiridos.

La infección por el HIV y sus consecuencias están cambiando la faz del mundo de los jóvenes y modificando rápidamente el medio en que deben adoptar decisiones en materia de conducta.

Muchos jóvenes desconocen todavía el efecto que pueda tener la infección por el HIV en su vida. En todo el mundo, el coito es la forma más frecuente e importante de transmisión de la infección por el HIV. A causa de los tabúes sociales y del hecho de que la conducta sexual y la comunicación al respecto son un asunto delicado, las autoridades de salud pública y los educadores a menudo afrontan graves problemas en sus actividades de prevención y control, sobre todo cuando se trata de jóvenes de 10 a 24 años.

## ¿Cuáles son las consecuencias de la infección por el HIV?

El diagnóstico de la infección por el HIV en una persona joven (que puede sentirse bien por muchos años) puede ser paralizante por el temor que cree respecto de la enfermedad y la muerte inminente: la elección en materia de sexualidad que puede representar vida o muerte, el matrimonio o la unión consensual, el embarazo y el



trabajo se ven rodeados de una mayor incertidumbre y de mayores dificultades y obstáculos.

No hay razón para temer a las personas infectadas por el HIV. Sin embargo, a algunos de los jóvenes infectados no se les permite asistir a la escuela ni participar en deportes o han perdido su empleo o vivienda. Se les impide viajar o vivir en determinados lugares. Algunas veces, se les han negado becas en las universidades o empleos. Aunque se sientan bien, se les trata irracionalmente como si fueran enfermos graves y se les prohíbe participar en actividades normales por considerárseles personas impedidas.

## Los jóvenes pueden prevenir la propagación del virus causante del SIDA

Puedan hacerlo enterándose de los hechos relativos al SIDA con el fin de protegerse y de proteger a sus seres queridos y enseñarles a otros la forma de detener la transmisión del HIV.

Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales, no usan drogas inyectables ni comparten agujas reducen mucho el riesgo de infección. Si una persona joven no tiene pareja sexual o ambos integrantes de la pareja están sanos y son fieles y no usan drogas inyectables ni comparten agujas, hay poco riesgo de infección por el HIV en los Estados Unidos de América y en muchos países



Participante en el Foro de la Juventud celebrado el Día Mundial del SIDA, diciembre 1988. Fotografía de T.Farkas/OMS.

Europeos. En otros países, puede haber riesgo de infección por otras fuentes, como las transfusiones de sangre. El número de parejas sexuales se debe mantener al mínimo y debe usarse un condón desde el comienzo hasta el final del coito. Este debe evitarse con personas que tengan muchas parejas sexuales como las personas prostitutas de ambos sexos o las que usan drogas inyectables.

#### ¿Por qué no se protege un mayor número de jóvenes contra la infección por el HIV?

Las tradiciones culturales, las creencias, los temores u otras inhibiciones pueden evitar que los jóvenes aprendan lo relativo a la transmisión del HIV y los métodos de prevención o pongan en práctica los conocimientos adquiridos.

Es posible que los padres de familia y las comunidades no favorezcan la comunicación sobre asuntos sexuales porque no quieren reconocer la actividad sexual de los jóvenes. Además quizá teman que los programas de prevención, en los que se imparte educación sexual, fomentan la actividad sexual. Esas barreras demoran a menudo la comunicación hasta mucho después del primer coito, a pesar de que es preferible que los jóvenes aprendan a elegir la actividad sexual y sepan cuáles son las consecuencias antes de su primera experiencia sexual.

Los jóvenes pueden entender la forma de prevenir la transmisión pero es posible que los que son sexualmente activos no tengan fácil acceso a formas de prevención como los condones.

#### ¿Qué se hace para prevenir la infección de los jóvenes por el HIV?

Hoy en día, más de 150 países tienen Comités Nacionales del SIDA cuya finalidad es asesorar en cuanto al establecimiento de progra-

mas de prevención y control de SIDA. De estos, más de 50 tienen planes a mediano plazo con un amplio componente de educación y promoción de la salud. La mayoría se concentra en los jóvenes tanto dentro como fuera de la escuela.

La promoción de la salud debe centrarse en el cambio de conducta dentro del contexto más amplio de la vida y las necesidades de los jóvenes.

El UNICEF estima que en todo el mundo más de 40 millones de jóvenes viven actualmente "en la calle"; para muchos de ellos, el coito sin protección con muchas parejas es una forma de vida, pese a los riesgos que acarrea. Por ejemplo, en São Paulo, Brasil, la Fundación de Bienestar del Menor descubrió que en 1988 cerca de 9% de más de 2.000 niños que vivían en la calle estaban infectados por el HIV.

Las escuelas son un medio común para las actividades de educación.

En los Países Bajos, por ejemplo, se facilitan videocintas, folletos y libros de historietas a todas las escuelas del país para prevenir la transmisión de la infección por el HIV. Se espera que las amplias posibilidades de aplicación que ofrece la guía preparada por la OMS/UNESCO para educación escolar en salud destinada a prevenir el SIDA\* y otras enfermedades de transmisión sexual ayude a facilitar material similar en todos los países.

La comunicación de los estudiantes entre sí puede ampliar el efecto de los programas escolares. En la Provincia Oriental de Sierra Leona se ha establecido un programa de enseñanza por iguales en el que se emplea un libro de cuentos ilustrado con fotografías y música, que ha aumentado el porcentaje de jóvenes que se proponen aplazar la actividad sexual hasta el matrimonio y que se inscriban en servicios de distribución de condones.

También se trabaja en el establecimiento de programas para jóvenes fuera de la escuela; Street Kids Internacional del Canadá ha producido una videocinta de tres cómics contra el SIDA (véase la Sección de Recursos en la página 8) que ha dado lugar a una intensa discusión sobre el HIV entre los trabajadores y los jóvenes entrevistados en la calle durante ensayos previos en varios países de América Latina y África, las Filipinas y los Estados Unidos (Nueva York). En Kenia, el establecimiento de un programa de enseñanza por iguales destinado a prostitutas, muchas de las cuales apenas tienen 15 años, ha guardado relación con el aumento del uso de condones de menos de 10% de ese grupo a más de 60%.

Este es un extracto de la información que aparece en el folleto titulado "AIDS and youth" preparado para la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en 1989. Los interesados en el texto completo pueden dirigirse al PMS/OMS.

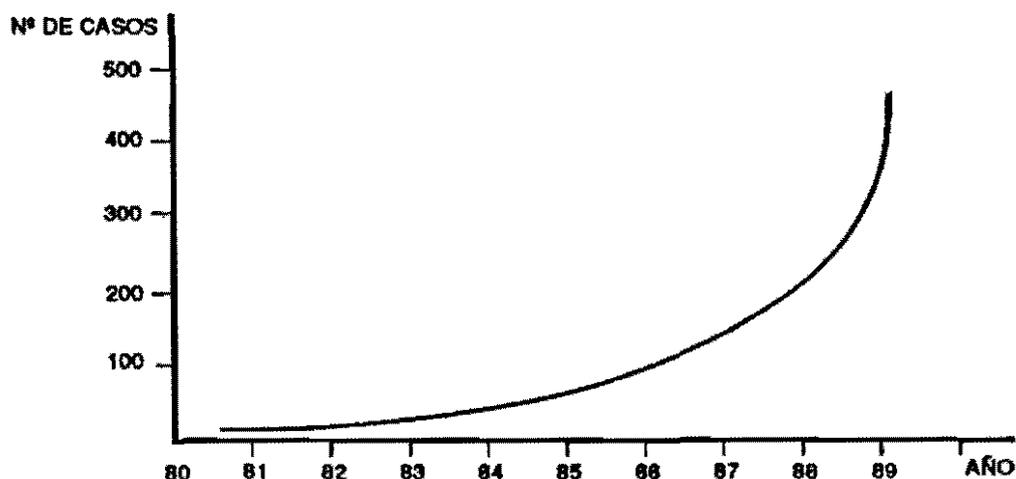
\*4 Informe de la OMS / Número 7

# Algunas cifras estadísticas del SIDA en la Argentina

Brindadas por el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA

## GRAFICO 1

### CASOS DE SIDA ACUMULADOS - ARGENTINA - 1982 AL 30-IX-89



543 al 30/12/89

681 - 30/5/90

831 al 30/9/90

922 al 30/12/90

### PORCENTAJES DE CASOS NOTIFICADOS COMO IMPORTADOS ARGENTINA 1982 AL 30-IX-89

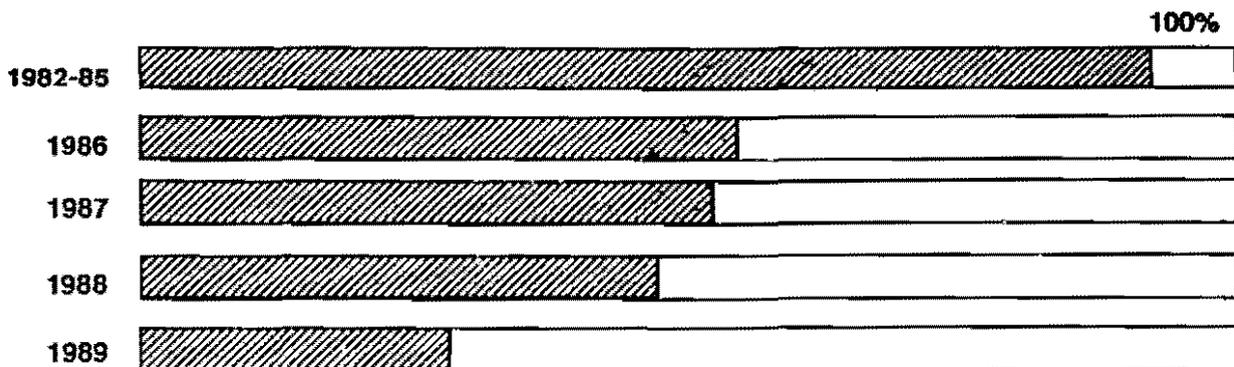


TABLA N° 1

CASOS DE SIDA NOTIFICADOS SEGUN JURISDICCIONES  
 NUMERO, POR CIENTO Y TASA POR MILLON DE HABITANTES  
 PERIODO 1981-1990 (a) REPUBLICA ARGENTINA

Jurisdiccion	Nro.de casos	Tasa	%
Capital Federal	344	118,58	41,4
Santa Cruz	7	48,05	0,8
Santa Fe	51	18,06	6,1
Neuquen	5	14,62	0,6
Buenos Aires	197	15,16	23,7
Corrientes	9	11,64	1,1.
San Luis	2	7,87	0,2
Mendoza	10	6,99	1,2
Chubut	2	5,88	0,2
Cordoba	33	11,64	1,1
Entre Rios	6	5,79	0,7
San Juan	2	3,65	0,2
Formosa	2	5,15	0,2
Misiones	2	2,61	0,2
Tucuman	3	2,53	0,4
Chaco	2	2,31	0,2
Santiago del Estero	1	1,52	0,1
DESCONOCIDO	153		18,4
TODO EL PAIS	831	99,7	25,27

(a) Al 30/9/90

TABLA N° 2

CASOS DE SIDA NOTIFICADOS  
 DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD  
 REPUBLICA ARGENTINA 1982/1990 (b)

EDAD	VARDNES	MUJERES	DESC.	TOTAL
0-4	9	4	-	13
5-9	0	1	-	1
10-14	7	-	-	7
15-19	31	2	-	33
20-24	86	14	1	101
25-29	136	13	2	151
30-34	150	9	1	160
35-39	133	5	-	138
40-44	90	2	-	92
45-49	58	-	-	58
50-54	27	-	1	28
55-59	10	-	1	11
60 Y +	17	1	-	18
Edad desc.	20	-	-	20
TOTALES	774	51	6	831

(b) \* Al 30/9/90

TABLA N° 3

CASOS DE SIDA NOTIFICADOS  
DISTRIBUCION SEGUN PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO  
REPUBLICA ARGENTINA  
PERIODO 1982-1990 (c)

	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEX		DROG.IV		HEMOPIL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1982	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
1983	4	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
1984	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-
1985	23	82,1	4	14,3	1	3,6	-	-	-	-
1986	17	54,8	8	25,8	-	-	-	-	4	12,9
1987	33	45,8	18	25,0	7	9,7	8	11,1	5	6,9
1988	93	55,0	34	20,1	11	6,5	23	13,6	3	1,8
1989	80	34,9	30	13,1	16	7,0	41	17,9	23	10,0
1990	112	38,9	40	13,9	39	13,5	86	29,9	8	2,8
<b>TOTALES</b>	<b>371</b>	<b>44,6</b>	<b>135</b>	<b>16,2</b>	<b>74</b>	<b>8,9</b>	<b>158</b>	<b>19,0</b>	<b>43</b>	<b>5,2</b>

(c) \* Al 30/9/90



	TRANS		PERINATAL		S/I		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N
1982	-	-	-	-	-	-	3
1983	-	-	-	-	-	-	4
1984	-	-	-	-	-	-	7
1985	-	-	-	-	-	-	28
1986	-	-	-	-	2	6,5	31
1987	-	-	-	-	1	1,4	72
1988	-	-	-	-	5	3,0	169
1989	8	3,5	9	3,9	22	9,6	229
1990	3	1,0	-	-	-	-	288
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>1,3</b>	<b>9</b>	<b>1,1</b>	<b>30</b>	<b>3,6</b>	<b>831</b>

# Producción específica de algunos talleres: Rca Argentina 89-90.

FACT.

DESENCADENANTE:  
DESCONOCIMIENTO

PEÑA  
ANGUSTIA  
VERGÜENZA  
DESPERACION  
INSEGURIDAD  
TRISTEZA

S  
I  
D  
A

AMOR y  
COMPASION

DESINTERÉS!

Cómo  
equilibrar?

DIFUSION EDUCAR  
RESPONSABILIDAD  
COMPROMISO  
? ?

MZA. SAN RAFAEL  
26.10.90

GRUPO AMOR

YNPAD.

EN TIEMPOS DE CRISIS

NO CADA DIA  
MENOS  
GUSTAN

LOS COMPLEJOS,  
LA INSEGURIDAD,  
LOS MIEDOS.

...Llegó  
el tiempo  
de 1 gran cambio

# EL PENSAMIENTO POSITIVO

Permitase ser, no sólo en lo oscuro,

# LA GRAN SOLUCION.

¿CUÁL SERÁ ?

D

D

d

C

T

V

c

I

R

I

A

Producción Talleres  
del INSP 1990  
MARÍA G. BARRIARI / PATRICIA  
GRADIRRI / VILMA REGULES

"PROGRAMA"

ENTREGA DE MEDALLAS Y DIPLOMAS A EGRESADOS 1989

ACTO FINAL

CICLO LECTIVO

ESCUELA N° 26  
SAN ISIDRO - Pcia. Bs. As.



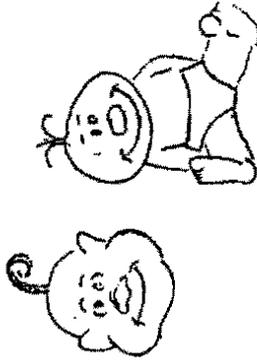
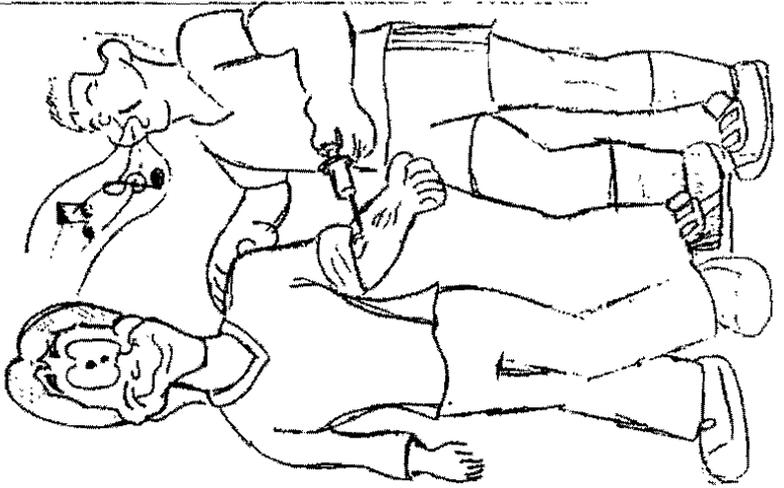
"La Gran Tentación" obra escrita, dirigida  
y presentada por el grupo de padres en el  
taller de salud

Esto fue posible  
por que las Dras.  
Miguelina Maccero  
ne e Irma Lancieri  
se "abrieron" a la  
comunidad.

En el taller de pintura del mismo  
barrio la Profra Anaía del Carmen  
nana bpo' pno. noer ari:

SÍ QUERÉS ARRIVARTE ACELO

PERO A CLOS "NO"

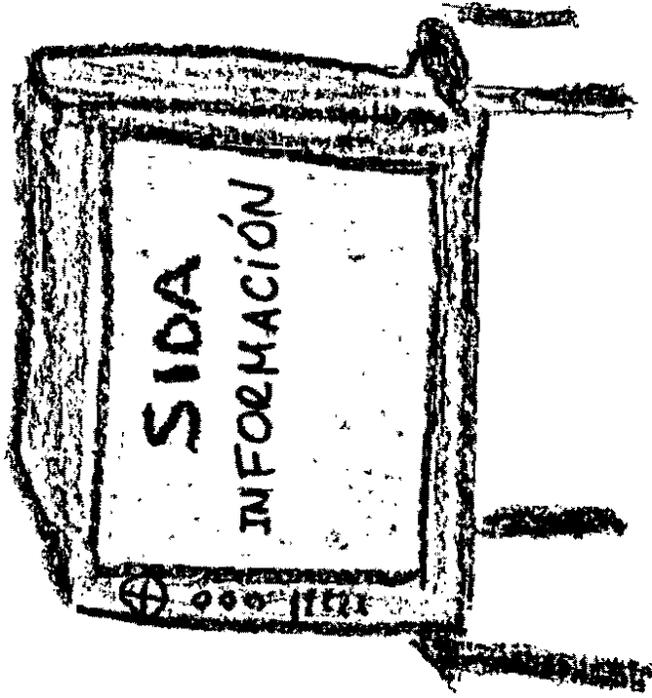
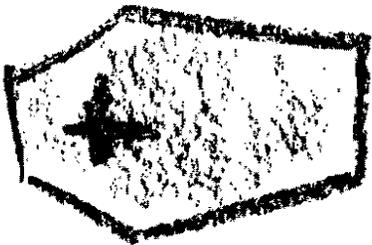


<sup>12 años</sup>  
AUTOR: JUAN MERENGOE



*otra propuesta de  
un niño de 10 años*

¿ Quié logran algunas formas de información?



①

- Escuela N° 82 - Jardín N° 914 - Taller con docentes  
SINMS - Pcia de Bs. As. Camp

Una chica de 16 años  
Con dolor comprobé que mi amor podía  
estar enfermo quizás de SIDA  
& Cómo actuar con nuestra inseguridad, temor  
Honor, Peligro, y lo más grave la ignorancia  
sentí en ese momento. Alarma roja en mí.  
Impactó en todo mi ser, desconfianza,  
desinformación, falta de educación, que me llena de  
angustia y agonía.

Sentimientos marginalizados en nuestra adolescencia

Pensando que ante nada hoy personas  
fueron comunicables ¡qué tengo ganas  
de vivir!

Las muchachas de 16"

Juicio de enfermeras de Pcia de BsAs  
Htal Belgrano Partido de Riv.  
SAN MARTIN

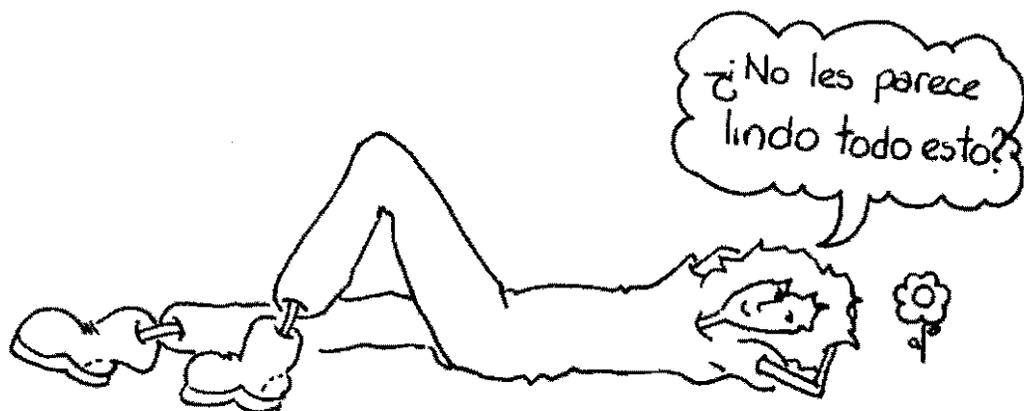
Quiero amarrarte vida  
y desmelenarte en la penumbra  
de mis miedos.

He tenido  
a lo largo y a lo ancho de mi búsqueda  
Tantas muertes brevísimas  
Tantos cansancios ciertos;  
que para celebrarte  
Me arranco a tirones la piel de  
la tristeza  
Y me demaquillo los surcos del espanto.

Ciertamente. . .  
Hay un epitafio de sal para los sueños  
Pero la vida, rebelde,  
Se empeña en parir más vida.

Gladys Cerrero Rocamora

También queremos compartir esta poesía, la encontramos en San Rafael, Mendoza, en la Fiesta Provincial del Libro, (Biblos '90)



## A manera de cierre

Este Módulo les ha brindado un conjunto de actividades, técnicas, información conceptual y estadística, documentos y material de lectura, para trabajarlos individual y grupalmente en talleres integrados por docentes.

Nuestra intención es que después de analizar la información científica y metodológica y de reflexionar sobre la incidencia del SIDA y otros problemas de salud y en la población estudiantil, usted pueda proponer situaciones de enseñanza-aprendizaje.

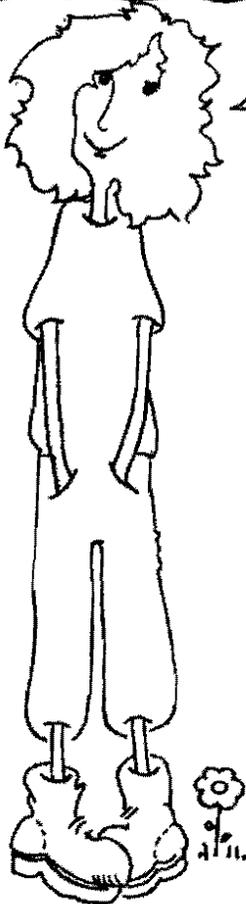
Por eso, a manera de trabajo final los invitamos a realizar esta actividad:

- \* Elaborar un proyecto de clase con su grupo de alumnos, en el que:
  - contemplen algún tipo de diagnóstico sobre la realidad en temáticas de SALUD (puede utilizar encuestas sobre alcoholismo-tabaquismo, etc.)
  - aborden la misma desde distintas disciplinas o áreas curriculares;
  - seleccionen y organicen los temas, conceptos, conocimientos, actividades, métodos y recursos, que se desarrollarán durante la experiencia;
  - enuncien el tipo de evaluación que se aplicará para sistematizar y analizar los resultados, logros y dificultades de la situación educativa.

Este proyecto personal de tarea docente será entregado al coordinador zonal o regional para su evaluación y devolución posterior.

Es nuestro deseo que a partir de estos encuentros, podamos enriquecer nuestro trabajo docente incorporando la dimensión de la prevención en salud, convencidos de que la acción de la escuela debe necesariamente nutrirse y mejorar en función de los problemas y necesidades sociales de contexto en el cual se inserta esa institución.

-¿Recuerda la página 10? - ...  
-Esperamos que este módulo  
le haya servido para subir  
al escenario y atreverse a dis-  
frutar un papel protagónico-.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

*Aberastury* y otros. Adolescente normal y patológica. Editorial PAIDOS.

Academia de educación-ideas y propuestas para la educación argentina. EUDEBA, Bs. As., 1989.

*Ander-Egg, Ezequiel*. El taller, un puente entre la escuela y la vida. Editorial KAPELUSZ y Diccionario de política. EL CID Editor, 1984.

*Beltrán Marcelo* y otros. (Departamento Medicina Preventiva, HSI, infección por el virus del SIDA y de la hepatitis B en grupos de drogadictos y sus contactos sexuales, resultados de un programa de detección y recomendaciones emergentes. 1987.

*Bereta, López, Moshcovich*, SIDA y opinión pública.

*Betherat, Teresa*. El cuerpo tiene sus razones. Ed. ARGOS. VERGARA S.A. Barcelona.

*Bleger, José*. Entrevista y grupos-colección psicología contemporánea. Ed. NUEVA VISION. Bs. As., 1980.

Boletín Epidemiológico Nacional N° 1, mayo '89. Subsecretaría de la Nación.

*Caplan, Gerlald*. Principios de psiquiatría preventiva. PAIDOS, Bs. As., 1980.

*Campero y Cecchini*. Talleres, su aplicación en temas de salud. Ministerio de Salud y Acción Social, 1990.

*Campero-Sanga*. Algunos aspectos de la salud de los jóvenes (epidemiología clínica en los servicios de salud. San Isidro, 1987. OMS-OPS).

*Cecchini Daniel*. Niveles y estrategias en Educación y comunicación social en SIDA. Ministerio de Salud.

*Etcheverry*. El adolescente y la escuela secundaria. La juventud de nuestros días. Ed. OMEBA. Febrero 1969, Bs. As.

*González, Cuberes.* El taller de los talleres. Editorial ESTRADA y PLANEAMIENTO, conducción y evaluación de un taller. Editorial KAPELUSZ.

*Josselyn, Irene N.* El adolescente y su mundo. Ed. PSIQUE. Bs. As., 1966.

*Keating, Katherine, ABRAZAME, JAVIER VERGARA* Editor, VELPA S.A., 1989, Bs. As.

*Lapière, André B. Aucountier.* El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia. Ed. CIENTIFICO MEDICA, Barcelona, 1980.

La salud del adolescente y el joven en las Américas, OPS, 1985.

- Adolescencia y juventud, algunos aspectos demográficos y epidemiológicos. *Suárez Ojeda, et al.*
- Medicina de la adolescencia, el desarrollo de una nueva disciplina. *Silber Tomás José.*
- Morbilidad y mortalidad de los adolescentes y jóvenes de los Estados Unidos de América. *D'Angelo, Lawrence, J.*
- Características de la mortalidad de los adolescentes brasileños. *Yunes y Primo.*

Lund International Publicaciones. Bs. As., Argentina. Prescripción Médica. Informe especial: Adolescencia, 1978.

*Marchand, Max.* La afectividad del educador, factor de eficiencia. Ed. Kapeluz, 1960.

*Mead, Margaret.* Adolescencia y cultura en Samoa. Ed. Paidós.

*Medaura y Monfarrel.* Técnicas grupales de aprendizaje afectivo. Cederó 1983 y Técnicas participativas para la educación popular. Cedepo 1988.

Módulo de educación para la salud. Conicet Senoc. 1981.

*Dr. Noguero.* Enfoque epidemiológico. Partido de San Isidro, año 1987.

*Pichón Rivière Enrique.* Teoría del vínculo. Colección. Psicología contemporánea. Ed. NUEVA VISION, 1980.

*Raggi-Blanco.* Modelo Epidemiológico de la Infección VIH en Argentina. Situación presente y estimaciones predictivas.

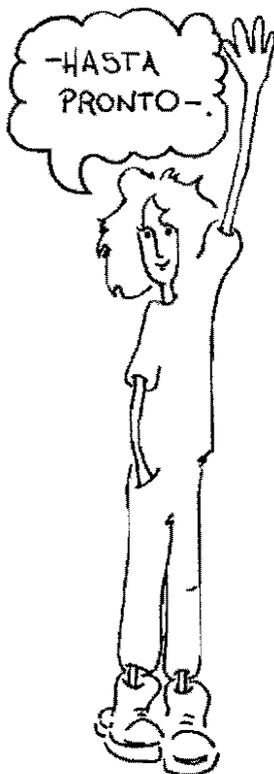
3717  
Camp 15

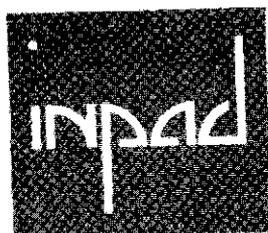
*Tonucci, Francesco.* La escuela como investigación.  
MUIÑO DAVILA Editores, 1989.

UNICEF (2 publicaciones). Sociedad Argentina de  
Pediatria. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas  
para la infancia. (La infancia argentina en cifras).

*Villaverde, Cirigliano.* Dinámica de grupos y educación.  
HUMANITAS, Bs. As., 1967.

*Winnicott.* Escritos de pediatria y psicoanálisis. Ed.  
LAIA. Barcelona. 1979.





INSTITUTO NACIONAL DE  
PERFECCIONAMIENTO Y  
ACTUALIZACION DOCENTE

**Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723  
Este módulo se terminó de imprimir en Junio de 1991**

**CENTRO NACIONAL DE INFORMACION EDUCATIVA**  
Paraguay 1657 - 1er. Piso  
1062 Capital Federal - República Argentina

INPAD

INSTITUTO  
NACIONAL  
DE  
PERFECCIONAMIENTO  
Y  
ACTUALIZACION  
DOCENTE

UNA  
ESTRATEGIA  
DE  
ACTUALIZACION  
DOCENTE  
EN  
EL  
MARCO  
DE  
LA  
EDUCACION  
PERMANENTE



CENTROS INPAD