PROYECTO DE INVESTIGACION.

INFORME.

SIDA.

PREVENCION MAS ALLA DE LA IN - FORMACION.

Proyecto de investigación:

SIDA. Prevención: más allá de la in — formación.

Integrantes del Proyecto:

Lic. Claudia De Grazia. Lic. Marcela Marsenac. Lic. Alicia Lápez Pugliese. Lic. Roxana Perrotta. Lic. Sandra Puche.

Planteo del problema real:

En las entrevistas tomadas a profesionales y a las adolescentes embarazadas en el marco de la investigación "Incidencia de los órdenes cultural, simbólico y subjetivo en la problemática de la maternidad adolescente en la zona de la Matanza", entre otras cuestiones, escuchamos que si bien estas adolescentes poseían información acerca de los métodos ánticonceptivos (que en la mayoría de los casos provenía de profesionales del área de salud, educación o de integrantes del grupo familiar directo) los mismos no fueron utilizados, aún cuando en los servicios existían proyectos de Planificación familiar con distribución gratuita de los mismos (entre ellos pastillas anticonceptivas y colocación gratuita de DIU—el que debe ser comprado por la paciente— pero no de preservativos)

En función de esto comenzamos a preguntarnos si es suficiente la información para la prevención, dado la evidente ausencia de utilización de preservativos, cuestión a la que apuntaron la mayoría de las campañas de prevención, en un grupo como el de la muestra, especialmente vulnerable, según lo indican las cifras de organismos internacionales y las investigaciones de diferentes países, en especial, los pertenecientes a América Latina (según estadísticas de O.P.S y O.M.S hasta junio de 1996) o sea el de mujeres en edad reproductiva (aquí no podemos dejar de mencionar que nuestro país es el que posee los porcentajes más altos de casos de SIDA pediátrico, donde la transmisión es perinatal).

^{*} GUTTERREZ, Walter: "Un campo de frutillas... para siempre?, en "Psicoanálisis y el Hospital", N95, Buenos Aires, Compañía impresora argentina, 1994.

En el marco de estas ideas fuimos delineando como objetivos iniciales los de:

- * Buscar estrategias que orienten a realizar investigaciones adecuadas sobre el tema.
- * Evaluar hasta qué punto los planes de prevención del SIDA posibilitan la adopción de un pensamiento crítico en sus destinatarios, más que la acumulación de contenidos e información.
- * Analizar las motivaciones que inciden en la adopción de conductas referidas a la sexualidad y a la muerte en relación con los factores de riesgo en salud.
- * Realizar un análisis de las campañas implementadas hasta el momento tendiente a evaluar su eficacia en la consecución de las metas preventivas que se proponían, así como a detectar los posibles obstáculos en el alcance de las mismas.
- * Aislar e identificar el problema en sus principales aspectos: la cantidad de información que se pone a disposición de los sujetos y grupos del partido, en las distintas instituciones que la vehiculizan (familia, escuela pre-primaria, primaria, secundaria, universidad, medios de difusión escrita y oral, iglesia, grupo de pares, centros de salud).
- * Analizar cuáles de las instituciones antes citadas son más eficaces como facilitadores de información y qué de esta información puesta a disposición de los sujetos ha llevado en los mismos a la adopción de conductas y actitudes tendientes a la protección de la salud en lo relativo al tema.

Planteo del problema teórico:

..."Así el SIDA, como muchas otras enfermedades, pueden representarse como un iceberg, donde la parte visible corresponde a la parte de enfermos y portadores, pero la parte inferior (que permanece sumergida) es la verdadera sustentación de la enfermedad. Esta parte "oculta" excede al discurso biomédico, necesita de un contexto más abarcativo, acorde con las pautas sociales y culturales en juego. Del presente encuadre deriva la ineficacia de mensajes preventivos centrados en lo biomédico. Sólo en la medida en que los mensajes preventivos sean enriquecidos con el aporte de la investigación social tendrán garantizado su éxito..."

Pero en qué punto puede insertarse la investigación social?. Creemos que justamente en aquel que permite evaluar por qué, si la anterior información es cierta (los sujetos poseen los datos necesarios como para evitar las conductas de riesgo), no lleva a la modificación de actitudes.

La línea de análisis de las relaciones interpersonales nos

^{*} MAGLIO, F: "SIDA. Es necesario un nuevo enfoque?", en "PSIDA. Un enfoque integral". Buenos Aires, Editorial Paidós, 1992.

permiten abrir interrogantes respecto a su peso específico a propósito, por ejemplo, de los cambios estadísticos en la comunidad homosexual, la que pasó de ser un "grupo de riesgo" a estar en un relativo control del nivel de infección. Así, parecería que la problemática de la sexualidad, SIDA mediante, pudo ser incorporada como fomento de los lazos sociales al interior de este grupo y propiciar la puesta en palabras de cuestiones hasta el momento más acalladas en relación al tema. Este mismo fenómeno parece darse en sentido inverso en el resto de los actores sociales donde la cuestión de la sexualidad, impregnada de una concepción preventiva correspondiente al saber biomédico, en su igualación del "cuerpo" al "organismo", deniega determinantes sociales y culturales que constituyen al ser humano.

A partir de esta aproximación a los datos de nuestra investigación anterior y a los datos recolectados de otras investigaciones y trabajos publicados sobre la misma problemática, fueron delineándose los siguientes interrogantes:

¿Qué sucede con la prevención del Sida?

¿Es el carácter masivo lo que la obstaculiza?

¿Es suficiente la información?

¿Es suficiente el saber médico?

¿Son necesarias otras condiciones para que esta información sea escuchada?

¿Por qué algunos sujetos expuestos supuestamente a idénticas condiciones de contagio no contraen la enfermedad?

¿Por qué el deterioro físico puede ser inmediato o tardar años? ¿Qué factores determinan la cantidad y calidad de vida del sidótico?

¿Se toman en cuenta las particularidades socio-culturales de los grupos a los que va dirigida la prevención?

¿Es el Sida un síntoma social, o individual, o un interjuego de ambas determinaciones?

¿Las dificultades en la eficacía de la prevención pueden relacionarse con que el Sida está asociado con dos problemas difíciles de simbolizar: sexualidad y muerte?

Fenómeno a estudiar:

Nos interesa particularmente analizar la diferencia entre información y eficacia de la información para el cambio de actitudes en relación a la salud en estos sectores.

Marco de referencia:

Mientras el tratamiento combinado de drogas ha logrado detener el avance de la enfermedad, el número de afectados es cada vez mayor en nuestro país.

La <u>cifra oficial</u> de infectados según el Programa Nacional **de Sida:** asciende a 130.000 personas de los cuales 8.500 ya han desarrollado la enfermedad.

Los datos registrados por la Fundación Desida sostienen que los portadores se calculan entre 150.000 y 180.000, aunque son cifras aproximadas porque no se pueden verificar.

Las estadísticas que estiman entre un 5% y un 8% la cantidad de relaciones sexuales con preservativos hablan de magros resultados de la campaña de prevención locales.

Una investigación de la Universidad de Bs. As. reveló a principios de este mes que sólo el 45% de la población conoce en detalle los métodos más fiables de prevención.

La Fundación Huésped informa en relación al perfil epidemiológico en la Argentina, los siguientes datos:

- * En el período comprendido entre 1982 y 1996 (al 31 de marzo) los casos de SIDA registrados ascienden a 8.198. Tomando en cuenta la existencia de retardo en la información, se calcula que esta cifra podría ascender a 11.000 afectados por la enfermedad.
- * Según la Organización Panamericana para la Salud para diciembre del 95 Argentina ocupaba el sexto lugar en América, en número de casos acumulados.
- * En la provincia de Buenos Aires las cifras alcanzan a 23.7 de cada 100 mil habitantes. La misma se distribuye en un 37 por ciento de hombres, y un 45 por ciento de mujeres.
- * En una de las más recientes declaraciones de la O.P.S. la descripción de la situación para la región parece confirmar los pronósticos desfavorables:

..."Prosigue la tendencia ascendente de las enfermedades de transmisión sexual. El SIDA se ha propagado a todos los países de la Región y, aunque las características de la epidemia varían de un país a otro, en general la transmisión heterosexual es cada vez más prevalente. El riesgo de transmisión tiende a ser mayor entre los pobres. Para marzo de 1994, se había informado en las Américas un total acumulado de 445.000 casos de SIDA, y habían muerto 250.000 de los afectados. Se calcula que al menos 3.000.000 de personas se han infectado con el VIH en la Región..."

Modelo de análisis:

El modelo de abordaje del área problemática delimitada contempla los siguientes ejes temáticos como nodos de acercamiento al problema:

* Prevención y Eficacia:

^{*}O.P.S.: "Orientaciones estratégicas y programáticas 1995 - 1998." Documento oficial Nº 269.

Como primera posición estratégica entonces, nos proponemos la exploración que lleve a la evaluación lo más cierta posible, de la eficacia de las acciones ya implementadas en el terreno de la prevención y que permita sacar conclusiones acerca de los puntos en que las mismas no alcanzaron las metas que se proponían, para desde allí poder elaborar hipótesis de modificación de la situación que haga que la misma sea más acorde a las condiciones necesarias para el logro de los objetivos preventivos. En esta línea entendemos por "eficacia" el grado de consecución de las metas propuestas por los acciones preventivas implementadas.

* Eficacia Simbólica:

Tanto los elementos culturales cuanto las relaciones sociales intervienen en la promoción de las disposiciones conflictuales, conduciendo en algunos casos a perturbaciones, fijaciones y regresiones que implican alto riesgos físicos y psíquicos. A nivel de lo individual el sujeto no sabe sobre aquello que esta en el origen de los síntomas que soporta, he ahí el inconciente. "El inconciente se reduce a un termino por el cual designamos una función: la función simbólica específicamente humana, sin duda, pero que en todos los hombres se ejerce según las mismas leyes" *

Esta función del inconciente, que remite a su legalidad es la que postulamos en la base de toda tarea de prevención, ya que su eficacia (simbólica) precisamente consiste en la posibilidad de que los sujetos puedan posicionarse desde un lugar distinto al preexistente que pareciera dejar por fuera (sin simbolizar) ciertas temáticas que se tornan por lo tanto amenazantes (sexualidad y muerte).

* Relaciones Interpersonales:

Tomaremos como referentes para indagar acerca de las relaciones intersubjetivas los conceptos de Merton en relación a grupo de pertenencia y de referencia.

Grupo de pertenencia: El o los grupos con los que se interactúa con mayor asiduidad, con los que se comparten normas y pautas de interacción y en los cuales se reconoce la mutua pertenencia. Grupo de referencia: El o los grupos a los cuales las personas se orientan, o a los cuales aspiran orientarse psicosocialmente. Alude a los grupos con los cuales el sujeto se identifica.

Pensamos al grupo como un espacio intersubjetivo, en el cual se entrecruzan lo individual y lo social. El grupo es una estructura compleja atravesada por múltiples aspectos, deseantes, históricos, institucionales, económicos, sociales, ideológicos, etc. En lo grupal confluyen lo fantasmático individual y grupal y lo imaginario social.

Imaginario social alude al conjunto de significaciones por las cuales un colectivo, una sociedad, un grupo, se instituye como tal. Para ello estipula sus formas de relación social, sus contratos, y

^{*}STRAUSS, Levi: "Estructuras elementales del paretesco", Edit. Paidós, Bs. As. 1980, Cap. Nº 8.

también sus figuraciones subjetivas.

En las significaciones subjetivas y grupales están presentes las significaciones imaginarias de las instituciones en las que están inmersas y de la sociedad en la que se constituyen. De acuerdo a la conceptualización lacaniana el sujeto se estructura en tres registros: simbólico, imaginario y real.

* Prevención y Derecho:

El problema del SIDA se ha convertido en un desafío de fin de siglo por sus connotaciones éticas, sanitarias y jurídicas. La función del derecho es, o bien observadora de mantener una determinada realidad o bien innovadora, tendiendo a cambiar dicha realidad. Para nosotros, el derecho representa uno de los fundamentos externos más importantes de la función simbólica intrasubjetiva.

En prevención, en relación al SIDA se trata de respetar, a la vez, los derechos de los infectados y de la mayoría que no ha contraído la infección.

Como entrecruzamiento de los diferentes enfoques menciohados, queremos destacar que en la constitución intrapsíquica el yo no queda indemne ante los efectos de la realidad exterior. La fantasía, como toda producción imaginaria de un sujeto en una cultura dada, es producto de la interacción que se establece entre la fantasía inconciente -marcada desde la historia personal del sujeto- y el cúmulo de factores provenientes ya del mundo externo, ya del carácter repetitivo mismo de la fantasía y su pasaje de generación en generación, como de la cultura que opera sobre los factores anteriores. A partir de aquí pensamos al SIDA como una enfermedad social, cuya etiología es policausal.

Hipótesis de trabajo:

1° El SIDA, como toda enfermedad social reconoce una etiología policausal:

Una de las variables que convergen en el problema es la información y -dadas las cifras que se aportan en los apartados siguientes- es dable sospechar que la indiscriminación informativa contribuye a incrementar la magnitud social del problema.

2° En un segundo nivel de análisis, la modalidad de las relaciones interpersonales promovidas, adquieren relevancia como determinante relativos de la eficacia de las políticas de prevención.

* Variables a considerar:

Información. Nos avocaremos al análisis de las campañas de prevención

Ver 1.3.4, en relación al concepto de "eficacia" y "eficacia simbólica.

del Sida que se han desarrollado en La Matanza y las campañas nacionales. Asimismo exploraremos la información que se brinda en los centros de salud y escuelas del partido.

Eficacia Simbólica. Este concepto será la variable dependiente con la que nos manejaremos para el análisis de la eficacia de los modelos preventivos.

Prevención. Tomaremos el concepto de prevención primaria como promoción de la salud para intentar dar cuenta de si el modo en que la información se implementa posibilita realmente en cambio de actitudes.

Trama de relaciones interpersonales. Trabajaremos en el análisis de este ítem en el contexto de los conceptos de grupo de pertenencia y de referencia.

Metodología del plan operativo:

El nivel de la investigación:

Por lo antedicho pensamos que resulta necesario encarar un estudio de tipo descriptivo tendiente a relevar en que medida las campañas de prevención y de divulgación de información preventiva, por la vía de la promoción de la salud, han implicado cambios de actitudes en los destinatarios de las mismas, como primera estrategia para acercarnos a una planificación más eficaz en lo que hace a la prevención, especialmente a nivel de la prevención primaria.

Entendemos que la Planificación en un problema como el que pretendemos estudiar debe tomar en cuenta su complejidad, dadas las múltiples variables que intervienen en el mismo.

Creemos que la planificación en estos casos debe partir de un pensamiento estratégico que contemple los cambios situacionales necesarios como para ponerse en situación de alcanzar determinadas metas, en un contexto que comprende a diversos actores sociales y que tiene necesariamente que tomar como dato, en una suerte de "cálculo interactivo", las posibles reacciones de los mismos, y los posibles aspectos desconocidos del problema que aparezcan durante su desarrollo.

Es por esto que el enfoque metodológico combinará lo cuantitativo con lo cualitativo y el enfoque conceptual se desarrollará desde tres puntos de vista, el Psicoanalítico, el Psicosocial y Cultural, y el Jurídico.

Justificación de la investigación:

Necesidad de la investigación:

En el marco de la expansión actual de los porcentajes de población en riesgo de infectarse y de los pronósticos de organismos internacionales en relación a la propagación de la enfermedad, resulta

imprescindible, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires (que reúne el 37% de casos masculinos y el 45% de casos femeninos registrados hasta la fecha en el total del país), comenzar con estudios de investigación social que den cuenta del efecto de las campañas realizadas hasta la fecha para poder repensar su efectividad real así como los obstáculos que podrían subsanarse desde modelos de abordaje inserten la temática del cuidado de la salud en el contexto psicológico, social y cultural de cada grupo. Distintos estudios revelan a necesidad de indagar, más allá del conocimiento y las prácticas preventivas de la población, las motivaciones que inciden en la adopción de determinadas conductas en relación a la salud. En este sentido creemos que las motivaciones inconscientes no son un dato a dejar por fuera en una enfermedad que combina sexualidad y muerte.

Entre otros, hemos relevado los trabajos de los siguientes autores:

^{*} BARBOSA, Regina y otros: "Mujer, sexualidad y prevención del SIDA". Trabajo realizado por investigadores del Núcleo de investigación en salud de la mujer y el niño, Sao Paulo, publicado en "DESIDAMOS", Buenos Aires, AñoI, Volumen I. Octubre — Diciembre de 1992.

^{*} WRIGHT, Cathis: "Mujeres jévenes y sexo seguro". Conclusiones de la 3º Conferencia Nacional de la Red de mujeres VIH - SIDA, Scottland, 29 Y 30 de noviembre DE 1990.

^{*} MADRIGAL PANA, Johnny: "SIDA. Un ensayo evaluativos sobre conocimiento y actitud en la mujer" de la Revista de la Asociación Demográfica Costarricense, Departamento de investigaciones Sociodemográficas. Costa Rica, 1988, Nº 4.

^{*} BEHAR DE HUINO, R.: "La educación sexual: concepto, filosofía, política y estratégias". En "Sexualidad Humana". Uruguay, OPS, 1990.

^{*} OMS:"Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud". Ginebra, OMS, 1975.

Primera Etapa de la Investigación

Campañas Nacional y Provincial

Objetivos de la Etapa:

El proyecto original de esta investigación preveía un plan de trabajo de 24 meses (fecha de finalización: 30 de Setiembre de 1999). En virtud de las modificaciones establecidas por el Manual de Procedimientos para el Programa de Incentivos, consideramos necesario realizar una división de dicho proyecto, a los efectos de concluir una etapa del proyecto al finalizar el año 1998. Los restantes objetivos previstos serán considerados en una segunda etapa del mismo.

Por lo tanto, el problema a investigar en esta etapa es: Identificar los factores extra-informativos que influyen sobre la ausencia de adopción de conductas preventivas en relación al Sida.

Entendemos por factores extra-informativos los que aluden a considerar que en el paso necesario (y que en general no se da) desde la percepción del riesgo a la adopción de conductas preventivas influyen, en forma determinante, un nivel de significación intersubjetivo o cultural, junto con un nivel de significación intrapsíquica, y el marco de acción interpersonal en el que esto se desarrolla.

Los objetivos delimitados son:

- *Identificar el problema en sus principales aspectos: la cantidad de información que se pone a disposición de los sujetos y grupos del partido, en las distintas instituciones que la vehiculizan.
- * Analizar las campañas de prevención de Sida implementadas en el Partido de La Matanza y a nivel Nacional (en la medida en que esta información llega a los habitantes de este Partido a través de los medios masivos de comunicación).

El <u>plan operativo de trabajo</u> queda redefinido así: Tiempo de programación: 15 meses. Plan de actividades:

- *Mes 1 al 6 : Ampliación de la información sobre el tema a estudiar. Elaboración del modelo teórico.
- * Mes 7 al 9: Contacto con las instituciones y recolección del trabajo realizado en materia de prevención.

Mes 10 al 15: Análisis. Elaboración del informe de la etapa. Conclusiones.

Estado del Problema

Diagnóstico de Situación - Datos de la O.M.S.

Según cifras de la OMS existen 28 millones de personas infectadas desde el inicio de la epidemia y se esperan otros 26 millones para el año 2.000. Las enfermedades infecciosas, entre las cuales está el Sida, fueron la principal causa de muerte en 1.997: 17,3 millones de personas en todo el mundo. El Sida en particular causó 2.300.000 muertes, durante ese año 590.000 menores de 15 años contrajeron el virus.

Una actualización de datos de la OMS muestra que en la Argentina la epidemia de Sida sigue creciendo: ya hay 12.320 casos declarados oficialmente contra 8.678 informados en diciembre de 1.996, de entre los cuales el 73% se concentra en la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, este número sigue siendo relativo puesto que las mismas autoridades ministeriales reconocen que la información estadística es pobre.

Según un trabajo del Centro de Estudios Avanzados de la UBA y datos de las organizaciones no gubernamentales existirían más de 100.000 infectados y por eso los enfermos podrían ser más.

Los dos grupos demográficos más vulnerables, según los datos epidemiológicos, son los jóvenes y las mujeres. Los primeros dado que alrededor de la mitad de los enfermos en todo el mundo tienen menos de 30 años, por lo que, considerando el período de latencia a partir de la infección por el VIH en promedio de 8 años, estas personas se contagiaron en años tempranos de su juventud. Las mujeres, dada su cada vez mayor prevalencia como enfermas. En la Argentina por ejemplo, la relación entre hombres y mujeres enfermos pasó de ser 8.4 a 1 en 1989 a ser 3.5 a 1 en 1996. Según señala Tendlarz, en su libro "Psicoanálisis y Sida" en los hombres la edad promedio de contagio es de 22 años, ubicándose el 75% de los casos por debajo de los 38 años. En las mujeres el promedio de edad en la que se da el contagio es de 28 años, ubicándose el 75% de los casos por debajo de los 35 años.

Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus humano y Sida.

Según el Programa las cifras para el año 1996 son: 9.189 casos declarados y 12.275 estimados. Cifras que ubican al país en el tercer lugar, después de Brasil y México, en cuanto al número de pacientes con Sida. En relación a la población de cada país, la tasa acumulada de casos (26.5 por cada cien mil habitantes) supera el promedio sudamericano (24,5). Además, realizando un cálculo estadístico a partir de la corrección del subregistro y retardo de notificación de casos,

los casos acumulados en 1.996 serían de 17.725 y para el 2.000 la estimación llega a 43.363 caso, de los cuales, en 1.996, 4.580 estarían vivos y en el 2.001 lo estarán 8.067.

La distribución de casos declarados en el país muestra que 3.550 viven en la Prov. de Bs. As. mientras que 3.443 viven en Capital.

El número de seropositivos se estima en 150.000, de los cuales el 70% vive en el Gran Buenos Aires.

En relación a las vías de contagio la adicción intravenosa es la principal (y la más importante en la Prov. de Bs. As.) con el 41%, la homosexual es del 23%, la heterosexual del 17 y la bisexual del 6 (en Capital Federal la homosexual y la bisexual son las más importantes vías de contagio), en cuanto a la transmisión madre hijo 6% y las prácticas médicas 2%.

Entre 1.987 y 1.995 las vías de contagio crecieron de manera diferencial: 55 veces la adicción intravenosa, 46 veces la heterosexual y 7 veces la homosexual bisexual.

Aspectos Sociológicos y Culturales

Entre los autores destacados que se ocuparon del problema de nuestra investigación, Ana Lía Kornblit ², estudia actitudes y creencias en grupos que contrajeron la enfermedad en nuestro país.

El trabajo de las investigadoras esta basado en un estudio de ocho grupos de población en cuatro zonas geográficas: población general, mujeres, jóvenes, homosexuales, trabajadoras del sexo, consumidores de drogas por vía intravenosa, portadores de VIH y familiares de enfermos de Sida. Las Zonas consideradas fueron Capital Federal, Rosario, Córdoba y Mar del Plata. Desarrollaron su estudio de campo durante el ano 1.996, luego del cual llevaron a cabo un estudio cualitativo para profundizar la interpretación de los hallazgos cuantitativos, por medio de grupos focales aplicados a cada grupo de los considerados.

La autora señala que a partir de 1.988 se entra en la fase de profundización de las campañas de prevención del Sida en relación a las conductas heterosexuales, destaca a su vez que los grupos epidemiologicamente más vulnerables son el de los jóvenes y las mujeres. En relación a los jóvenes, dado que alrededor de la mitad de los enfermos del mundo tienen menos de 30 años, por lo que,

⁷ Kornblit, Ana Lía: El Sida está entre nosostros Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad.

considerando el período de latencia a partir de la infección por el virus (promedio 8 años) estas personas se contagiaron en su juventud. En lo tocante a las mujeres, por su cada vez mayor prevalencia como enfermas (en nuestro país la relación pasó de 8.4 a 1 en 1989 a 3.5 a 1 en 1996). Sin embargo, a pesar de este avance en la vía de infección heterosexual subsisten los altos valores de las tasas de infección por la práctica de compartir jeringas o las prácticas homosexuales.

"Lo que caracteriza al Sida no es la virulencia, sino el peso de los significados simbélicos que comporta". Los medios masivos de comunicación no son ajenos a este fenémeno.

La última fase se caracterizó por la demanda y la oferta de terapias alternativas que posibiliten a los enfermos el retener la responsabilidad sobre su cuerpo. El Sida es más que ninguna otra enfermedad el paradigma de "enfermedad social".

A partir de las conceptualizaciones de Ana Lía Kormblit resulta pertinente la consideración del tratamiento del tema que Susan Sontagº realiza. La citada autora analiza las representaciones sociales que impregnan de sentidos a esta enfermedad, destacando que el Sida, como todas las enfermedades, desde principios de siglo, puede ser significado desde la metáfora militar, que sirve para describir la enfermedad como invasora de la sociedad. El esfuerzo por reducir la mortalidad se plantea como pelea, lucha, guerra. El fin de la campañas curativas se plasman en una derrota de un *menemigo*.

El Sida tiene una genealogía metaférica dual, como microproceso (al igual que el cáncer) se lo describe como una invasión. Cuando se enfoca la transmisión de la enfermedad se invoca la "polución" (como en la sífilis).

El Sida es una construcción clínica, una inferencia. Se construye a partir de un conjunto de síntomas que a significan que el paciente tiene esa enfermedad. Es progresiva, es una enfermedad del tiempo, de desarrollo lento.

El Sida es la refutación genérica de la vida y de la esperanza, así como la idea genérica de la muerte ha sido el cáncer.

La enfermedad es significada como la peste. Peste: esta es la metáfora principal con que se entiende la epidemia de

⁸ Weeks. 1988, pag. 18.

^{*} Sontag, Susan: #El Sida y sus metaforas , Edit. Taurus, Bs. Aires, 1996.

Sida.. Además de ser el nombre de muchas enfermedades horribles, la peste se ha usado metafóricamente durante mucho tiempo como la peor de las calamidades colectivas, el mal, el flagelo. Generalmente son las epidemias las que se asocian con las pestes. Y se entiende que estas enfermedades masivas son infligidas, no tan sólo soportadas. El considerar una enfermedad como un castigo es la más vieja idea que se tiene de la causa de una enfermedad, y es una idea que se opone a todo el cuidado que merece un enfermo.

Las enfermedades más temidas, aquellas que no son sencillamente letales sino que transforman el cuerpo en algo alienante, como la lepra y la sífilis y el cólera y (según la imaginación de muchos) el cáncer, parecen particularmente aptas para que se las promueva a la categoría de "peste".

Fue la sífilis la que, en las primeras descripciones médicas, a fines del siglo XV_{y} generó una de las metáforas que florecen en torno al Sida: la de una enfermedad que no. sólo es repulsiva y justiciera sino invasora de la colectividad. Durante mucho tiempo, casi hasta que se le encontró fácil curación, se pensó en la sifilis como castigo por la transgresión de un individuo, algo por cierto no muy distinto de una retribución por la licenciosidad de toda una comunidad - como es el caso del Sida hoy en los ricos países industrializados -. Al contrario del cáncer, entendido en la modernidad como una enfermedad propia (y reveladora) del individuo, el Sidaaparece de manera premoderna como una enfermedad propia a la vez del individuo y de éste como miembro de un aqrupo de riesgo", esa categoría que suena tan neutral y burocrática y que resucita la arcaica idea de una comunidad inmaculada sobre la que recae el juicio de la enfermedad.

Un rasgo de la versión habitual sobre la peste es que la enfermedad siempre viene de otra parte. Los nombres de la sifilis, cuando la epidemia comenzó a barrer Europa en la última década del siglo XV, son una ilustráción ejemplar de la necesidad de que una enfermedad sea extranjera. Para los ingleses era el "morbo gálico", para los parisienses el "morbus Germanicus", la enfermedad napolitana para los florentinos y el mal chino para los japoneses. Pero lo que puede parecer un chiste sobre la inevitabilidad del. chovinismo revela en realidad una verdad más importante: que existe un vinculo entre la manera de imaginar una enfermedad y la de imaginar lo extranjero. Quizás ello resida en el concepto mismo de lo malo que, de un modo arcaizante, aparece como idéntico a lo que no es nosotros, a lo extraño. Una persona infectada siempre está equivocada, como ha señalado Mary Douglas. Ló contrario también es cierto: una persona a quien se considera equivocada es vista, al menos potencialmente, como fuente de infección.

El hecho de asociar la enfermedad con los pobres - que son, desde el punto de vista de los privilegiados, extranjeros dentro de casa - refuerza la asociación de la enfermedad con lo extranjero: con un lugar exético, a menudo primitivo.

De igual modo se supone que el Sida, como ejemplo clásico de peste, nació en el M continente negro , más tarde se difundió a Haití, luego a Estados Unidos y Europa y luego ...

Se lo tiene por una enfermedad tropical: otra infección más del llamado Tercer Mundo, lugar en el que al fin y al cabo vive la mayor parte de la población mundial, y también un flagelo de los "tristes trópicos".

La conexión subliminal que se establece con las ideas de un pasado primitivo y las tantas hipótesis propuestas acerca de la posible transmisión por parte de los animales no pueden menos que infundir nueva vida a un grupo conocido de estereotipos sobre la animalidad, la licencia sexual y los negros.

El Sida es una enfermedad que afrenta la omnipotencia del saber médico, señalando lo que no se puede controlar. La específica imaginería que rodea a los virus le confiere al Sida las metáforas de la contaminación y la mutación. El virus es una forma primitiva de vida. La vida misma (sangre, fluidos sexuales) es portadora de contaminación.

En relación a la sociedad postmoderna el Sida fortalece la cultura del interés propio y el individualismo. Se presenta como depositario de los miedos al futuro, y como inevitable consecuencia de la globalización.

El problema de la segregación presente en la temática del Sida es analizado por Esther Díaz¹⁰, al plantearse dar cuenta del imaginario social que se está construyendo en torno a la enfermedad. Señala que en torno al Sida se está construyendo un imaginario negativo muy rápidamente. Atribuye esa rapidez al avance de la epidemia y lo negativo al hecho de que se asocia el contagio con prácticas condenadas socialmente, como la drogadicción y cierto tipo de sexualidad.

Si se tiene en cuenta que el imaginario funciona como idea regulativa de las conductas de la población, es fácil

Díaz, Esther: El dispositivo social y la constitución del sujeto de Sida[®], en ^ALa ciencia y el imaginario social[®], Edit. Biblos, Bs. Aires, 1996.

inferir las consecuencias poco solidarias que se desprenden de este imaginario incipiente.

El tiempo que se tomá el Sida para ocupar todos los estratos sociales es más acelerado que el tiempo que se hubiera necesitado para adaptarse espiritualmente a él. Entonces se lo excluye. Aunque podría no ser ése el desencadenante. La lepra, por ejemplo, fue motivo de exclusión permanente a pesar de que el flagelo durá siglos.

En el Sida se concentra todo lo negativo que puede coincidir en una enfermedad: no es curable, carece de romanticismo y de prestigio, y se la relaciona con fuertes tabúes sociales, tales como la droga y el sexo. El resultado, a grandes rasgos, es que los no infectados no se hacen cargo del problema y los portadores del virus, además del dolor y de la angustia, sienten vergüenza o culpa, y son objeto de exclusión.

La problemática es compleja. Tal vez, para cualquier sociedad represente un alivio tener objetos expiatorios. Todas las culturas los han tenido. Tomar distancia del contaminado ofrece la refrescante sensación de mantenerse limpio. Si la impureza está en el otro, entonces yo estoy libre de ella.

La autora señala cinco obstáculos principales que habría que vencer, desde el punto de vista cultural, para asumir al Sida como problema de la sociedad y comprometerse en la prevención.

El primero es la reacción compulsiva a la exclusión. A esta reacción se suma la exclusión premeditada de los lugares de trabajo, a lá que se somete a los portadores y enfermos.

El segundo obstáculo es ideológico. Proviene de quienes sustentan posturas antiabortistas, como la Iglesia Católica, que paradójicamente pretende defender la vida y termina poniendo trabas a lo que sería una defensa real de la vida en acto: el uso de preservativo.

Un tercer obstaculo proviene de la modalidad de las campañas preventivas. La mayoría de ellas presentan el tema del Sida de manera tal que, más que incitar a cuidarse, incitan a no tener relaciones sexuales.

El cuarto obstáculo, mucho más difícil de determinar porque tiene que ver con prejuicios ancestrales, es el rechazo social a cualquier goce que no se encuadre dentro de los límites aceptados por una moral pacata, que se escandaliza ante quienes se permiten gozar con su cuerpo.

Un quinto obstáculo para la conformación de un imaginario solidario de Sida surge de la restricción del problema al área de la medicina. Es evidente que la medicina cumple un rol importante en el abordaje de esta problemática. Pero debería ser evidente, al mismo tiempo, que la medicina es desbordada por este tema. El problema es social. Muy poco se habla, por ejemplo, de la relación entre pobreza y Sida. Se puede hablar de marginación, porque con esa palabra se connota sexo, droga, promiscuidad. Pero marginación es también pobreza y desamparo social.

Puntualiza la autora como otro obstáculo a la prevención la fantasía de inmunidad al virus. Y remarca la importancia de una actitud solidaria frente al infectado.

También María Cristina Campagna¹¹ en ^MSida, arte y medios de comunicación reseña las creencias que aparecen con más frecuencia en relación al Sida :Es una enfermedad de afuera, una enfermedad castigo que proviene de la sexualidad pervertida. Es una enfermedad de la sangre. Es una enfermedad del ^Ma mí no me va a ocurrit[®].

En relación a la publicidad que se ha utilizado para la prevención del Sida señala dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de la misma; la relación con los factores sociales que inciden en la probabilidad de contagio y la apelación a diferentes sentimientos o a la inteligencia en la publicidad.

En cuanto a los factores sociales los sujetos más expuestos al contagio son los más jóvenes y los más pobres, puesto que por su situación tienen menos posibilidades de poner en práctica las medidas de prevención (uso de preservativo). También las mujeres, por su situación de sometimiento frente a los hombres, son más vulnerables a contagiarse con el virus, por vía heterosexual.

Las campañas publicitarias que se han hecho sobre Sida apelaron a movilizar distintos sentimientos. Algunas apelan al temor, otras a sentimientos positivos como el placer por la diversión, cada una refleja actitudes diferentes hacia el Sida y conexiones con valoraciones diferentes acerca de la vida, el placer, la sexualidad. La pregunta está en qué tipo de sentimientos son más efectivos para producir un cambio de actitudes.

Se plantea entonces la duda en cuanto a que las campañas publicitarias solas puedan cambiar actitudes.

En cuanto al tratamiento que la sociedad da al tema del Sida, a través de los medios de comunicación, se realiza desde la perspectiva

¹ Campagna, María Cristina: ^M Sida, arte y medios de comunicación, en ^MLa ciencia y el imaginario social[™], Edit. Biblos, Bs. Aires, 1996.

de los que no están enfermos, desde el punto de vista de la familia, la sociedad, todos aquellos que funcionan como testigos. Esta perspectiva, de los inmunes, refleja los temores y fantasías de quienes no están personalmente implicados.

Así también se podría pensar acerca de las implicancias éticas en el tratamiento de enfermos, infectados y su relación con los derechos humanos, mencionados por A. Lazzeretti¹² al estudiar el tema. Dice: el Sida aparece en la realidad contemporánea como un riesgo que se suma a los que sufre el cuerpo humano por la contaminación y, como aquél, es perceptible cuando ya no es reversible. Al mismo tiempo los significados de "descuido", "descontrol" y "exceso" son asociados a la enfermedad. El cuidado del cuerpo es un valor en nuestra cultura, y en relación al Sida este cuidado se manifiesta en la prevención del contagio, el control de los hábitos de vida, la moderación en la satisfacción del deseo.

El Sida, por otro lado tiene relación con los derechos humanos. Se pone en evidencia el derecho de unos pocos y el derecho de muchos. Frente al Sida surge la necesidad de conciliar los deberes y derechos del Estado, el individuo y el equipo de salud. La necesidad de proteger la salud pública se opone a la exigencia de las normas de privacidad y confidencialidad de la práctica médica.

En relación al tema, Silvia Casini^{to} analiza el discurso médico y su vinculación con el Sida y la sexualidad, señalando que a partir del siglo XVIII hay un desplazamiento desde la problemática de la carne (jerarquía de los pecados) hacia la axiomática de la sexualidad. Proliferan las tipologías; las especies perversas, relacionadas con el discurso científico, reemplazan a las infernales", relacionadas con el pecado y el castigo. La apropiación de la homosexualidad fue objeto de disputas entre las ramas del saber y del poder. De la interferencia del poder, saber y placer surge la "ciencia sexual". Cuando la medicina dejó de considerar la homosexualidad como una enfermedad, fue posible medicalizar el sexo, poner los encuentros eróticos bajo control. En la traducción del deseo a los esquemas médicos se pierde el goce; aparece la bandera de peligro. La fina película de látex del preservativo es como un símbolo transparente de la ley. La transformación de las prácticas sexuales no se limita a la homosexualidad: se pone un corsé a toda experiencia sexual disidente.

La moralización en torno al Sida sólo puede entenderse a partir del reflujo de la revolución sexual. Se trató de disciplinar el cuerpo para recuperar la emoción que el sexo había perdido como consecuencia del desgaste de dicha revolución. El Sida vino a reafirmar viejas normas de castidad, ya olvidadas. Se situó, junto al sexo, en un ámbito de remordimientos y renovados tabúes.

Lazzeretti, Adriana: "Sida y ética", en "La ciencia y el imaginario social", Edit. Biblos, Bs. As., 1996.

Casini, Silvia: "Sida, tecnología y segregación, en La ciencia y el imaginario social", Edit. Biblos, Bs. As., 1996.

Como parte de una "medicalización" de la vida y de una apropiación de la muerte, se reglamenta la existencia en nombre de la salud. En las políticas de combate al Sida, el discurso médico considera los cuerpos como cosas regulables. El deseo se le escapa; no es racional ni formalizable. Entonces, se lo excluye. La vida termina siendo considerada en su sentido extensivo, no intensivo; importa menos la riqueza o calidad de la experiencia de vida, que la frialdad estadística de la cantidad de años vividos.

Ampliacion del Marco Teórico.

Aspecto Semiático.

En semiótica se ha trabajado tradicionalmente sobre los textos, independientemente de la forma en que se los lee. Por otra parte se han acumulado datos acerca de los lectores. Así, parecieran constituir dos saberes empíricos desarticulados, que no toman en cuenta el funcionamiento social de los textos, ni el proceso de lectura. Entendiendo a la lectura como una práctica social que hasta el momento se ha mantenido invisible, Eliseo Verón propone que ambas partes se relacionan desde lo que denomina el contrato de lectura, que como todo contrato supone un nexo (el de la lectura). En el caso de comunicación de masas, es el medio quien propone el contrato. El éxito de un soporte dependerá de su capacidad de articularse a las expectativas, motivaciones, intereses y contenidos del imaginario de lo decible visual, de hacer evolucionar el contrato de lectura según la evolución socio-cultural de los lectores preservando el nexo; y de modificarlo si se tornara necesario.

El objeto del análisis semiótico es desarmar y describir todos los contratos de lectura que componen el universo de concurrencia en cuestión. Para estudiar actitudes y reacciones de los lectores se torna necesario, en primera instancia, realizar el análisis del soporte significante (discurso de soporte), ya que se trata del objeto a partir del cual se pretende conocer su reacción.

Umberto Eco** sostiene que **Un texto, tal como aparece en su superficie (o manifestación lingüística), representa una cadena de artificios expresivos que el destinatario debe actualizar**. Un texto, entonces, posee intersticios, espacios en blanco, está plagado de elementos no dichos. Su complejidad radica precisamente en que son los elementos no dichos los que debe actualizar el destinatario. Cuando se genera un texto, se aplica una estrategia que incluye las previsiones de los movimientos del otro; se trata de prever un Lector Modelo que pueda cooperar en la actualización textual de la manera prevista.

Esta posibilidad de prever un Lector Modelo se

¹⁴ Umberto Eco: *Lector in fábula™, Editorial Lumen, Barcelona, 1981.

enfrentaría con ciertos límites, a saber: o bien que sea leído por lectores no previstos, entonces ese texto dejará de ser "cerrado" y represivo para convertirse en abierto, "en una máquina de aventuras perversas"; o que no haya sido adecuadamente previsto el Lector Modelo, "ya sea por un error de valoración semiótica, por un análisis histórico insuficiente, por un prejuicio cultural o por una apreciación inadecuada de las circunstancias de destinación".

Los textos cerrados se tornarían abiertos en el caso de existir una iniciativa externa por un modo particular de usar el texto, ^ade negarse a aceptar que sea él quien nos use^a. Entonces , en lugar de cooperar con el texto, se lo violentaría.

Por Autor y Lector Modelo se entienden determinados tipos de estrategia textual. La cooperación se realiza entre estas dos estrategias discursivas. **El Lector Modelo es un conjunto de condiciones de felicidad**.

Un texto "público", en tanto circula por un trayecto comunicativo amplio, es referido al sistema de códigos y subcódigos aceptados por sus posibles destinatarios, a través del fantasma de un Autor Modelo muy genérico. Al ser actualizado según la competencia de destinación, "...el texto connotará discriminación ideológica".

Probablemente hallemos algunas aproximaciones desde la ideología.

Aspecto Ideológico

Desde este punto de vista seleccionaremos algunos conceptos básicos para analizar desde allí los mensajes presentes en las campañas de prevención del Sida.

Nos interesa dar cuenta del imaginario social existente en relación al Sida y su presencia en las campañas analizadas.

Por imaginario social entendemos el conjunto de significaciones por las cuales una sociedad o grupo se instituye como tal, estipulando para ello sus formas de relación social, sus contratos y también sus figuraciones subjetivas. Este conjunto de significaciones está presente en lo subjetivo y en lo grupal, atravezando los discursos y las conductas en relación al Sida.

En esta forma particular de pensar lo imaginario cobra fundamental importancia el lugar de las fantasías que sostienen el discurso social. Estas conforman representaciones famtasmáticas que pueden volverse una verdadera dimensión de la acción y de la práctica social. Se trata de comprender cómo la ilusión puede ser precisamente vivida por los sujetos con más intensidad que la relación con el objeto real, y comprender por qué esta experiencia fantasmática

¹⁵ Cátedra de Semiótica del profesor Arnoux, C.B.C., U.B.A.

puede volverse colectiva. Se trata de comprender la intensidad emocional, del entusiasmo colectivo y ese aspecto tan particular según el cual este entusiasmo es dextático, es decir tal que los actores sociales se ponen provisoriamente a distancia de su verdadera condición. Y, además, comprender cómo esas ilusiones, lejos de desviar de la acción, elevan el nivel de las energías sociales y vuelven posible el máximo de movilización de sus fuerzas.

Por esto, es necesario analizar las relaciones entre las condiciones concretas y los fantasmas y reconstituir la insersión de las ilusiones en las realidades políticas más apremiantes.

Freud descarta, desde las premisas de su teoría, la separación del sujeto y del campo social. La concepción misma del inconsciente, en tanto marcado por el discurso y el deseo del otro, instaura en la base de las relaciones entre el individuo y lo social, una vinculación esencial. Se trata de volver a pensar cómo se opera la construcción del sujeto y como el imaginario participa en la constitución del yo, mediante juegos permanentes de proyección e identificación.

Así, el sujeto queda inmerso en la política, pero en un sentido distinto al que le asigna la sociología positivista. El individuo no es ese sujeto imperial cuya relación con la política se reduciría a una sucesión de elecciones racionales entre las diferentes estrategias posibles, sino que está previamente inserto en la red de sus interrelaciones inconcientes en el campo político e ideológico.

En "El Malestar en la Cultura" Freud confirma lo que había indicado en las obras anteriores acerca del rol constituyente de los ideales a nivel del superyo. El ideal colectivo, lejos de ser sólo un fenómeno constrictivo, se integra en las dinámica contradictoria del sujeto. Interviene a la vez en la organización de la represión y en el proceso de idealización del yo. Por la racionalización política el sujeto se encuentra legitimado como miembro de una comunidad ideal y se designa como el detentador personal de valores superiores.

Así la interiorización de los ideales colectivos podrá procurar una intensa satisfacción narcisística. El sujeto encuentra en esto las condiciones de una afirmación de su yo ideal y de su goce particular.

El imaginario político participa en la estructuración del yo por la comunicación de identidades y constituye al individuo en "sujeto" responsable de los ideales que le trasmite. Esta identidad resulta valorizada y procura satisfacciones a nivel del narcisismo primario. El sistema dicotómico que propone (exaltación del grupo/condena de los enemigos) se organiza en relación a la dualidad pulsional (eros y pulsión de muerte). Así como exalta un modelo de hombre, permite la segregación. El sujeto se inscribe en la sociedad de manera idealizada y necesita de la segregación para reforzar la ideología.

El concepto de ideología de Zizek ¹⁸ enriquece teoría marxista diciendo que su dimensión fundamental no es simplemente la de una ⁴⁶falsa conciencia⁴⁷, una representación ilusoria de la realidad, sino,

[🍅] Zizek, Slavoj: "El sublime objeto de la ideología"

antes bien, esta realidad a la que ya se ha de concebir como "ideológica". Ideología no es la falsa conciencia de un ser social, sino este ser, en la medida en que está soportado por la falsa conciencia".

La definición más elemental de ideología es probablemente la tan conocida frase de "El capital" de Marx: "Ellos no lo saben, pero lo hacen". El concepto mismo de ideología implica una especie de desconocimiento básico y constitutivo: el falso reconocimiento de sus propios presupuestos, de sus propias condiciones efectivas, una distancia, una divergencia entre la llamada realidad social y nuestra representación distorsionada, nuestra falsa conciencia de ella.

Sin embargo, la ilusión no está del lado del saber, está del lado de la realidad, de lo que la gente hace. Lo que ellos no saben es que su realidad social, su actividad está guiada por una ilusión, por una inversión fetichista. Lo que ellos dejan de lado, lo que reconocen falsamente, no es la realidad, sino la ilusión que estructura su realidad, su actividad social real. Saben muy bien cómo son en realidad las cosas, pero aun así, hacen como si no lo supieran. La ilusión es, por lo tanto, doble: consiste en pasar por alto la ilusión que estructura nuestra relación efectiva y real con la realidad. Y esta ilusión inconsciente que se pasa por alto, es lo que se podría denominar la fantasía ideológica. De acuerdo a esta concepción el nivel fundamental de la ideología no es el de una ilusión que enmascara el estado real de las cosas, sino el de una fantasía (inconsciente) que estructura nuestra propia realidad social.

La realidad no puede reproducirse sin esta llamada mistificación ideológica. La máscara no encubre simplemente el estado real de cosas; la distorsión ideológica está inscripta en su esencia misma.

Las cosas creen por los sujetos, en lugar de ellos, dice Marx. Las creencias, supersticiones y mistificaciones metafísicas, supuestamente superadas por la personalidad racional y utilitaria, se encarnaran en las *relaciones sociales entre las cosas*.

Para Lacán la creencia es radicalmente exterior, encarnada en la conducta práctica y efectiva de la gente.

La creencia, lejos de ser un estado íntimo, puramente mental, se materializa siempre en nuestra actividad social efectiva: la creencia sostiene la fantasía que regula la realidad social. La puesta en escena de la fantasía es la que actúa en plena realidad social.

En contraste con la usual "crítica a la ideología que trata de deducir la forma ideológica de una sociedad determinada, partiendo de la conjunción de sus relaciones sociales efectivas, el enfoque analítico apunta sobre todo a la fantasía ideológica eficiente en la propia realidad social. La realidad social es en último término una construcción ética, se apoya en un cierto "como sf. En cuanto se pierde la creencia, la trama de la realidad social se desintegra.

Aspectos Psicoanalíticos

Los seres humanos vivencian su presente con ingenuidad; sin poder apreciar sus contenidos. Es necesario que pueda tomar distancia respecto de él, vale decir que el presente tiene que devenir pasado si es que ha de obtenerse del mismo unos puntos de apoyo para formular juicios sobre las cosas venideras.

Todo individuo es virtualmente un enemigo de la cultura pero que a su vez está destinado a ser un interés humano universal. Las posibilidades del ser humano de existir aislado es escasa, la cultura lo lleva a sacrificios necesarios para la convivencia. Las normas, instituciones y mandamientos tienen la función de proteger la cultura de las mociones hostiles de los hombres.

La cultura es algo impuesto a una mayoría por una minoría que ha sabido apropiarse de los medios de poder y compulsión.

La misma se edifica sobre una compulsión al trabajo y una renuncia de lo pulsional, así también utiliza medios para reconciliar con ella a los seres humanos y resarcirlos por los sacrificios que impone.

Freud señala que las masas son indolentes y faltas de inteligencia, no aman la renuncia de lo pulsional, es imposible convencerlos mediante argumentos. Los individuos que la componen se corroboran unos a otros en la tolerancia de su desenfreno.

Muchos sólo obedecen a las prohibiciones culturales presionados por la compulsión externa, sólo donde éstas pueda asegurar su vigencia y durante el tiempo en que sea temible. Lo mismo vale para los reclamos de la cultura que se denominan morales, dirigidos a todos por igual.

Se incluyen dentro de las posiciones psíquicas de una cultura sus ideales, es decir las valoraciones que indican cuales son sus logros supremos y más apetecible .La satisfacción que el ideal dispensa a los miembros de la cultura es de naturaleza narcisista y contrarrestan la hostilidad a la cultura dentro de cada uno de sus círculos.

La experiencia cultural aporta a la especie humana la continuidad que trasciende a la experiencia personal, es entendido como el código individual-social.

Kaes dice que asignarse y ser asignado es ser para sí y para los otros un existente en el campo del deseo. Es ocupar un lugar en el conjunto de semejantes.

El discurso social establece determinados códigos valorativos, señala quien es el sujeto y cuales son los valores sociales y culturales que éste debe asumir, lo que le permite inscribirse como miembro de un determinado grupo social.

El discurso dominante incide en la subjetividad a partir de determinadas mediaciones: las figuras parentales y de sus sustitutos simbólicos: las instituciones y sus liderazgos reales y míticos.

Cada sujeto es parte del conjunto social y ve en ese conjunto el soporte ofrecido a su necesidad de pertenencia.

El poder necesita siempre para sostenerse la creación de consenso como instrumento de control social. Tiende activamente a generar convicciones vividas como naturales por los miembros del cuerpo social. Se trata de constituir un discurso eficaz para incidir en la subjetividad, para lo cual es necesario que desde el seno mismo de la sociedad surjan ciertas ideas como lógicas, naturales e inevitables.

En el plano psicosocial existe siempre un cierto grado de alienación, en tanto las personas se desapropian de parte de sí mismos, en el ámbito del proceso secundario, dado por las necesidades de pertenencia social que requieren alguna adscripción individual a los ideales colectivos y por la tendencia espontánea del yo a reducir la distancia con el ideal. Se pierde la capacidad de crítica en relación a ciertas ideas que se le imponen desde el exterior. No hay un proceso consciente de modificación de ideas, no se producen cambios conceptuales por vía del pensamiento abstracto.

Para poder pensar el lugar que ocupa el Sida tanto en lo social como en lo individual es necesario retomar la indagación freudiana acerca de la sexualidad, a partir de la cual se delimita un campo donde el sexo quedará aislado del saber. La gente no se enferma porque ignora las reglas biológicas sino porque hay algo bien enigmático en el sexo. Si la sexualidad ha de ser reprimida, como mostró Freud, la culpa no reside en la sexualidad misma, sino en lo que la sexualidad contíene de enigmático. Cuando se reprime es porque no se quiere saber nada de algo que exige ser reconocido: que no hay Saber ... unido al sexo.

Lo que el sujeto reprime es lo sexual, pero sólo en tanto la pulsión carece de un objeto dado de antemano. La pulsión no facilita ese saber, no hay saber del objeto que la pulsión podría determinar. Lo que está en juego en el sexo es el saber del objeto.

De lo que el sujeto no quiere saber nada (rechazo priginal por donde hay inconsciente) es de la estructura misma de la pulsión, la que no la conduce a un saber de ese objeto, puesto que por definición es lo que ella tiene de más lábil: el objeto y además o simultáneamente, el Sujeto nada quiere saber de eso que el Falo articulado introduce, de que hay corte en lo real, fisuras, agujeros, heridas, a saber: la castración. El Sujeto no quiere saber nada del problema con respecto al saber del objeto, que no hay razones para que haya objetos que faltan.

Descripción de las Campañas.

Tomaremos en consideración las siguientes campañas: Nacional del Ministerio de Salud y Acción Social AVISA, EL SIDA NOS AFECTA A TODOS, y la Provincial PROYECTO DE PREVENCION VIH- SIDA ETS, puesto que son las dos campañas que afectaron la población en estudio en los últimos dos años.

La primera de manera nacional a trayés de los medios masivos de comunicación, y la segunda a nivel local a partir de aplicación en el Partido de La Matanza como parte del proyecto piloto instrumentado por la Provincia de Buenos Aires conjuntamente con la Organización alemana GTZ.

RESENA DE LA CAMPANA NACIONAL

Tomaremos fundamentalmente el slogan que sostiene la campaña: AVISA, el Sida nos afecta a todos. Esta fue llevada a cabo por medio de anuncios televisivos, en diarios y revistas y por medio de folletería distribuída en centros sanitarios. Los anuncios televisivos utilizaron a líderes de opinión provenientes de distintos sectores de la cultura (especialmente televisivos) y con distintos perfiles etarios y sexuales, a través de los cuales se transmitían los diferentes mensajes, cuyo texto en común incluyó la recomendación del uso de preservativos en las relaciones sexuales, especialmente las ocacionales, ("Una canita al aire nos cabe a todos") o sino la estabilidad de la pareja. En todos los avisos de los diferentes medios la consigna final era "AVISA, el Sida nos afecta a todos".

RESEMA DE LA CAMPANA PROVINCIAL

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

El siguiente programa es el establecido por EL PROYECTO DE PREVENCION VIH-SIDA-ETS de la COMISION EUROPEA PREVISIDA C.E., la DEUTSCHE GESELLSCHAFT FUR TECHNICHE ZUSAMMENABIET (GTZ) GMBH para fortalecer el programa de prevención de VIH-SIDA-ETS del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Dicho programa es el unico que, a nivel provincial, se lleva a cabo desde 1997 hasta la fecha. El Proyecto produjo dos manuales instructivos para el trabajo preventivo, uno de ellos orietado al equipo de salud y el otro para los coordinadores de talleres preventivos con mujeres. Estos materiales resultan el unico apoyo teórico para la divulgación del programa. A continuación se sintetiza el contenido de ambos, puesto que constituyen el texto manifiesto de la campaña.

MANUAL DE APOYO EN PREVENCION Y ASISTENCIA DEL VIH-SIDA PARA EL EQUIPO DE SALUD.

El manual de apoyo esta dirigido a los capacitadores encargados de llevar adelante la propuesta preventiva (metodología de talleres para la prevención, a desarrollar por equipos de salud de atención primaria y hospitales) y consta tres módulos. Al primero de dichos apartados corresponde la descripción y la evaluación los criterios básicos que inciden en la efictividad de los programas preventivos (información – educación – trabajo en red entre servicios sociales y de salud –promoción y mantenimiento del medio social de apoyo) y la descripción de los conceptos epidemiológicos que resultan herramientas relevantes en el trabajo de análisis de los datos acerca de la ocurrencia y distribución de la enfermedad en nuestro país, desde 1981 hasta la fecha de emisión del manual (1997).

El segundo de los módulos se ocupa de la descripción de los aspectos clínicos de la enfermedad, los cuidados paliativos, la asesoría en VIH, los derechos humanos, la bioética y los aspectos legales relacionados con la enfermedad de la que se trata.

El tercer apartado desarrolla aspectos ligados a la educación en la prevenión, prácticas sexuales de "alto" o "bajo" riesgo, prácticas preventivas en adictos y un el recorrido informativo acerca de modos de transmisión de la enfermedad y la la modalidad de trabajo en talleres, propuesta para la prevención.

MANUAL DE CAPACITACION EN VIH/SIDA/ETS, PARA MUJERES LIDERES COMUNITARIAS. (Autores Gloria Cortón, Laura Pagani, Marcelo Koyra)

El segundo de los manuales posee una estructura de diseño mucho más grafica que el anterior. El texto es acompañado siempre por dibujos, especialmente de mujeres. Además posee una "animadora del manual" (Mary) que es la encargada de recorrer las distintas páginas, explicándolas ("Mi nombre es Mary, realizo tareas comunitarias y soy la animadora de este manual que los guiara en esta importante tarea de sensibilizar y concientizar a nuestra familia y a la comunidad acerca de como prevenirnos del VIH sida".).

Este texto desarrolla una primera introducción, donde justifica la elección de las mujeres como grupo en el que acentuar las actividades de prevención, fundando esta decisión en la existencia de cuestiones de genero que las llevan a una situación "históricamente de desventaja y dependencia respecto al hombre, en lo económico, familiar, social y educativo" (pag. 11), debido, especialmente, a la existencia de mitos, represiones y falsas creencias en relación a la sexualidad, que para el grupo en cuestión, funcionan.

Los objetivos que el material de apoyo se proponen, son enunciados como "Brindar conocimientos teórico - prácticos sobre VIH/SIDA/ETS." y "Capacitar mujeres como promotoras de la prevención del VIH/SIDA/ETS, para que incluyan estas actividades en su trabajo habitual con la comunidad.".

Después de la enuciación de los dos objetivos generales, el texto pasa a la explicación de la metodología de trabajo en taller, para las actividades preventivas en la comunidad y al lugar y función que la "agente multiplicadora" tiene en su desarrollo. Además incluye la guía

de actividades, ejemplo de ejercicios, temas a trata, materiales didácticos para el desarrollo de los talleres, para talleres a desarrollar en el curso de seis días.

Todas las explicaciones se acompañan de gráficos, en la mayoría de los cuales las mujeres se encuentran en grupos de mujeres y consus hijos, o con la familia.

ANALISIS DE LAS CAMPAÑAS:

INTRODUCCIÓN

Dice el Dr. Francisco Maglio: *Así el SIDA, como muchas otras enfermedades, pueden representarse como un iceberg, donde la parte visible corresponde a la parte de enfermos y portadores, pero la parte inferior (que permanece sumergida) es la verdadera sustentación de la enfermedad. Esta parte **oculta** excede al discurso biomédico, necesita de un contexto más abarcativo, acorde con las pautas sociales y culturales en juego. Del presente encuadre deriva la ineficacia de mensajes preventivos centrados en lo biomédico. Solo en la medida en que los mensajes preventivos sean enriquecidos con el aporte de la investigación social tendrán garantizado su éxito... ****INTENTITE DE SIDA (COMO DE SIDA (CO

La parte oculta, verdadero sustento de la enfermedad según Maglio, produciría efectos quizás distintos de los intecionales. En este sustento consideramos comprometidos aspectos ideólogicos (significaciones culturales del Sida, fantasía ideológica, mitos), aspectos psicoanalíticos (inconsciente, formación del Ideal, identificación, simbolización) y aspectos semióticos (lo no dicho del mensaje, relación Autor-Lector).

Partiendo del hecho de que cada receptor actualiza el mensaje de acuerdo a un modo singular de tramitar la información.

En la gestación de una campaña preventiva, publicitaria o con la metodología de taller, se ponen en juego cuestiones psicológicas, ideológicas, representaciones socioculturales, que forman parte de lo no dicho, produciendo efectos desde el mensaje explicito e implícito. Lo que cuenta de las modalidades diferentes que adquieren las campañas en contextos culturales diversos.

El prejuicio ideológico y los significados culturales en los autores podrían reactualizarse en los receptores al compartir las mismas fantasías ideológicas. Por lo cual intentamos ponerle palabras a estos tres tipos de discursos latentes que contradecirían y/o modificarían las intenciones del discurso

Tomaremos los textos manifiesto de la campaña, por esta misma razón resultaria la basa desda la que se realizará el análisis de los supuestos existentes para el programa, en el contexto que

Cahan, Pedro: "PSIDA. Un enfoque integral".

provee el "contrato de lectura", el que supone que para estudiar actitudes y reacciones de los lectores se torna necesario, en primera instancia, afectan el análisis del soporte significante (discurso de soporte), ya que se trata del objeto a partir del cual se pretende conocer su reacción, considerando el hecho de que todo texto posee intersticios, espacios en blanco y está plagado de elementos no dichos. Precisamente, su complejidad radica en que son éstos los que debe actualizar el destinatario, como lector modelo que pueda cooperar en la actualización textual de la manera prevista.

ANALISIS DE LA CAMPAÑA NACIONAL

Un texto "cerrado" pareciera tornarse represivo en la medida que pretende prever al Lector Modelo, y en esta pretención hace uso de un discurso hègemónico (ideología imperante), que estigmatiza al destinatario. ¿Podría leerse en este sentido el carácter imperativo del texto "AVISA, EL SIDA NOS AFECTA A TODOS"?

Este carácter imperativo se sustenta en un prejuicio cultural (uno de los motivos por los cuales la competencia del Lector Modelo puede no ser adecuadamente prevista). ¿Qué prejuicios culturales forman parte de lo no dicho en este texto? En principio se escucha un sentido unívoco de la sexualidad apuntando a un Lector Modelo que se desvía de esta norma ("Una canita al aire nos cabe a todos").

Por otra parte connotaría un análisis histórico insuficiente con respecto al virus y sus distintas modalidades de contagio propuestas: primero solo afectaba a los homosexuales, luego se incorporaron los drogadictos, etc. Aparecerá entonces intencionalmente como *reparación históric* ante tanta discriminación en nombre de la ciencia?, pero, a su vez, y a modo de retorno de lo reprimido, el *AVISA* ¿no nos recuerda a la *manzana podrida* que hay que separar, segregar, discriminar?

En la estrategia textual los autores y lectores son pensados como modelos. La misma parece consistir en propiciar la identificación.

La identificación ¹⁸ aspira a conformar el propio yo analogamente al otro tomado como modelo[#], y constituye [#]la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona[#].

Este mismo mecanismo permite pensar los fenómenos de masa en los que el sujeto pasa a sentir, pensar y obrar de un modo distinto que como lo haría individualmente. Esto es posible por haberse establecido entre los integrantes de una masa una general y recíproca identificación del Yo, al haber reemplazado su Ideal del Yo por un mismo objeto libidinal. Por lo tanto, toda campaña que tienda a cambiar actitudes en los sujetos (por ejemplo usar preservativos) debería operar cambios en este sentir, obrar y pensar (funciones

[🍱] Freud, S. "Psicología de las masas y análisis del yd"

específicas del Yo).

Si consideramos que las campañas que son difundidas a través de los medios de comunicación tienden a configurar una masa, entonces el autor modelo debería funcionar en tanto que líder, lo cual implica la existencia de un lazo libidinal previo de los lectores para con el autor. Deberían ser partícipes de una comunidad inconsciente.

¿Qué àutor modelo propone la oferta identificatoria en el slogan de la campaña nacional en cuestión? En principio pareciera como plagado de temor y como consecuencia el tono imperativo a modo defensivo. El temor nos remite al castigo desde el Superyó ante los deseos (inconscientes).

Por otra parte el anonimato que nos sugiere el "TODOS" y la ausencia de explicitación de un enunciador parece haber sido percibido, en función de lo cual se complementa esta campaña con una serie de "personas públicas que se erigen en enunciadores, con diversas características, procedencia, edades. Esto apunta a sostener distintos autores modelos que diversifiquen la oferta identificatoria, pero se nota una contradicción al unificar los discursos, ya que son similares y culminan con el mismo slogan.

La campaña reza "el sida nos afecta a todos...", suponiendo un espiritu comunitario, con lo que éste connota del concepto de igualdad, pero también del sistema de deberes.

Un texto cerrado (al decir de Eco) que se constituye en abierto a partir de "una iniciativa externa, por un modo de usar el texto para que no sea él quien nos use". En este caso no habría cooperación con el texto sino violencia hacia él., la violencia comporta fracaso de la palabra, ¿será el carácter imperativo, discriminatorio, temeroso (por lo tanto violento) del texto que provocará una reacción similar en el destinatario, ya que no posibilita la circulación de la palabra? En este acto mismo ¿no reconoce su fracaso?

En la historia de Sida escuchamos sucesivamente como distinta conductas fueron postuladas como "conductas de riesgo". Concepto que se ha cuestionado ya en diversos aspectos y parecía superado. En la voz de estos distintos autores modelos se escucha hablar de la sexualidad a diferentes edades, en distintos contextos (como si fuese posible acallar su carácter enigmático), pero a su vez se enuncia la posibilidad de "relaciones ocasionales", insertándose allí la necesidad de "usar preservativos" o de avisar". Pareciera entonces que nos encontramos ante una nueva conducta de riesgo: las relaciones ocasionales.

Sabemos desde el Psicoanálisis que lo que no se elabora se repite. ¿Qué de la historia del Sida no se habría elaborado para que repetitivamente se sigan proponiendo conductas de riesgo a castigar?

La bibliografía sobre el Sida lo denota habitualmente como un síntoma social. El síntoma es, hablando estrictamente, un elemento

particular que subvierte su propio fundamento universal, una especie que subvierte su propio género. Es para el psicoanálisis la expresión de un conflicto intrapsíquico, para la medicina el signo de una disfunción o anomalía orgánica. El síntoma es el correlato individual de lo que la fantasía ideológica es a lo social (lo privado de lo colectivo).

Es la fantasía ideológica la que estructura la realidad social, ese $^{\#}$ como sí $^{\#}$ es el responsable de los discursos sociales por medio de los cuales se estructura esa realidad.

Es por eso que, analizando la fantasía ideológica que sustenta los mensajes transmitidos en las campañas de prevención de Sida, suponemos se explicitan las dificultades que enfrentamos como sociedad frente al crecimiento que la enfermedad tiene en el país.

El Sida es un síntoma social en tanto problema que moviliza el imaginario social,

en tanto generador de significaciones asociadas a la curación y prevención de su incidencia, en tanto situación que compromete lo subjetivo e interpersonal, y precisa ser simbolizado.

Es necesario plantear entonces cuáles son los aspectos de ese imaginario que se comprometen en los significados asociados al Sida, cuáles son las creencias que se ponen en juego cuando los grupos e instituciones sociales abordan los problemas inherentes a su prevención y curación.

La creencia, lejos de ser un estado intimo, puramente mental, se materializa siempre en nuestra actividad social efectiva y sostiene la fantasia que regula la realidad social.

Es importante entonces tener en cuenta las creencias enlazadas a la sexualidad, al preservativo, como elemento señalado por la medicina como vehículo de la prevención.

El aviso publicitario de la campaña nacional (Avisa) dice en un tramo del mensaje: "Sí, a tu edad te vengo a hablar de usar preservativo". Esta frase nos remite a los significados asociados en nuestra sociedad al preservativo.

Las significaciones más usuales están relacionadas con la creencia en que el preservativo disminuye y limita el placer posible de obtenerse en una relación sexual.

El preservativo por otro lado tiene asociada su función a la idea de prevención del embarazo. Si bien esta podría ser una asociación de significados positiva, lo que prevalece enlazado con más fuerza a la palabra en cuestión es una significación peyorativa y desvalorizante. "Forro" es un insulto en nuestro lenguaje cotidiano. Está asociado a significados tales como: "lo que no sirve para nada", "lo que se usa y se tira", "lo que no tiene finalidad en sí misma".

Podríamos cuestionarnos acerca de los motivos por los cuales el preservativo ha adquirido estos significados. Cabe pensar que buena parte de la carga desvalorativa tiene relación con la creencia a la que hicimos alusión: que disminuye el placer sexual. Esta creencia era suficiente para hacer del preservativo algo desechable y sustituible por otros métodos anticonceptivos en una realidad en la que el Sida no estaba aún presente. La aparición del Sida no basta para mudar del imaginario esta creencia, ni borrar sus influencias en el actuar.

Teniendo en cuenta el lugar que tiene el preservativo en el imaginario, más allá de su función preventiva, es entendible que no sea incorporado con facilidad en el cuidado de la salud, desde alli puede pensarse por que ni antes ni depues es posible encontrar una forma distinta de simbolizar la terceridad, puede preguntarse sobre el caracte univoco del preservativo como modo de prevención, en principio porque contradictoriamente se afirma que no es totalmente seguro y en segundo lugar porque se estipula una mediación obligataria a través del mismo, aparece como el unico tercero posible impidiendo la metaforización.

A partir de allí es posible pensar la importancia de movilizar los significados asociados, y tal vez retomar el trabajo de enlace del significante *preservativo** a otros significados que le atribuyan valoración y ayuden a incorporarlo como aliado de la salud.

El Sida pone en cuestión la sexualidad. Las relaciones sexuales son su modo más común de trasmisión. Se ha señalado su relación, en el imaginario social, con la significación de la enfermedad como castigo a las transgresiones sexuales de una sociedad. El castigo sobreviniente luego de la libertad sexual de los 60 y 70.

El Sida es metaforizado como *la peste*. La peste implica el castigo por una culpa individual y social. Es una enfermedad repulsiva y justiciera, invasora de la colectividad. Es el castigo por la licenciosidad de toda una comunidad; el grupo de riesgo sobre el que recae el juicio de la enfermedad. En todas las enfermedades significadas con la *peste* están presentes y entrelazadas las ideas de sexualidad y muerte.

Sexualidad y muerte son conceptos que no tienen representación psíquica, al decir del psicoanálisis. Son aquellas cosas de las que no se habla. En nuestra sociedad son realidades en las que recae el tabú, y por ende depositarias de fantasías y miedos.

Somos parte de una sociedad con fuertes prejuicios en relación a la sexualidad, esto se ve reflejado en las campañas de prevención del Sida. La campaña nacional utiliza un lenguaje netamente intelectual, donde está ausente el nivel emocional y en el cual en realidad de la sexualidad y del correcto cuidado no se habla directamente. No se habla concretamente del preservativo, su uso. No hay dibujos ni imágenes. El mensaje es fielmente representativo y respetuoso de "nuestros prejuicios" y "nuestro estilo". En realidad, en virtud del desarrollo de la creatividad publicitaria y de la multiplicidad de recursos existentes, el aviso televisivo de prevención es llamativo por lo formal y pobre. Podría pensarse que está impregnado de la fantasía social en relación a la sexualidad, "de eso no se habla".

La propaganda no moviliza el fantasma, no produce articulación con significaciones subjetivas. No compromete, no genera intensidad. No promueve identificaciones.

Otro elemento ideológico presente en la prevención de la enfermedad está relacionado con la moral sexual de nuestra cultura.

La publicidad, al menos en los primeros años de la campaña nacional, trasmitía claramente la necesidad de la restricción sexual como elemento preventivo. El Sida podía prevenirse manteniendo una pareja estable, o con el uso de preservativo.

El concepto de "pareja estable" como ideal, en sí mismo presenta dificultades en su comprensión. El mismo concepto implica el imperativo de la elección definitiva de objeto sexual y de amor, excluye a los adolescentes, y aún a muchos jóvenes. ¿Qué queda entonces para ellos como opción? La perspectiva es desalentadora y el mensaje latente es sin duda "el sexo es peligroso". De esta manera se refuerzan los tabúes y fantasías relacionados con la sexualidad. La sociedad cumple con su fúnción de disciplinamiento. Se delimita y prescribe el deseo. Podríamos pensar que el Sida da la excusa al discurso hegemónico para reforzar el control sobre la sexualidad y sus prácticas, luego de décadas de libertad, y la fantasía de que la sexualidad libre está siendo castigada por la "peste" de los 90. Pensamos con Foucault' que es a través de los discursos sobre la sexualidad como se la reglamenta, ya que los discursos son lugares de poder. Los mensajes sobre la sexualidad presentes en las propagandas preventivas, establecen y recrean un discurso sobre lo que se debe hacer y lo que no.

Pero, este mensaje al reglamentar el encuentro con el otro, favorece y refuerza el aislamiento, vehiculiza los miedos sociales que encuentran en esta enfermedad un depositario; miedo al contagio, a la enfermedad, al descontrol, a la muerte.

El [#]eslogan[#] más difundido de la campaña de prevención nacional: "Avisá! El Sida nos afecta a todos", expresa ideas contradictorias. *El Sida nos afecta a todos pretende apelar a una socialización del problema, como un hecho voluntario e intencional, como si por decirlo, todos los componentes de la trama social fueran a verse involucrados y a comprometerse con el tema. Sin embargo, esta idea, que surge de una concepción del problema y de la prevención adecuada, porque la posibilidad preventiva de mayor eficacia es la apropiación que la sociedad como conjunto pueda hacer del problema y su respuesta global, choca con aquello que es una característica importante de la realidad de las relaciones sociales: el individualismo. "Avisá!" es una palabra que remite a la preservación del individuo. Es un mensaje que invita a la desconfianza. Es una palabra por la que se filtran imágenes y fantasías asociadas al Sida: los otros (posibles parejas sexuales ocasionales o permanentes) son peligrosos. Las relaciones

[😘] Foucault, Michel: #Historia de la Sexualidad

interpersonales se vuelven peligrosas.

Es interesante señalar que en las modificaciones que en el presente año se hicieron a las propagandas televisivas se conserva este aspecto contradictorio del mensaje. La palabra davisa se ha sacado del nuevo mensaje, probablemente por las connotaciones ya señaladas, sin embargo, el aspecto individualista sigue estando presente; dice el mensaje de legir que riesgos correr, yo también.

Esta enfermedad promueve la segregación, y la campaña publicitaria no puede evitar ese imaginario y lo recrea.

ANALISIS DEL MATERIAL DEDICADO A PROFESIONALES Y A MULTIPLICADORAS:

En una primera lectura del material dedicado a profesinales resaltan aspectos destacables de la propuestas. En principio, la explicitación de que la información y la educación resultan, por sí solas, insuficientes en lo que hace a la eficacia preventiva, medida por la posibilidad de "desarrollo de destrezas para implementar de manera habitual las medidas preventivas", en otras palabras, para producir un cambios de conduța. Sin embargo, concluye resolviendo insuficiencia, por un lado, a partir del desarrollo de destrezas como "asertividad", "autoeficacia", "autoimágen y autogestión", "destreza para la negociación", complementadas, por otro lado, con el apoyo de servicios de salud accesibles a la población y por el apoyo que el medio social brinde para el desarrollo de las actividades preventivas. Al respecto, resalta que, la efectividad del programa propuesto depende de la voluntad individual y el compromiso político social en proporciones iguales, agregando que la ausencia de cualquiera de ellos condiciona para el fracaso a la esperiencia propuesta.

Esta apelación "voluntarista" contrasta fuertemente con el modelo espidemiológico que la propuesta sostiene. Mientras dicho modelo basa su definición de salud en la operatoria compleja de toda una serie de variables intervinientes (demográficas, sociales - familiares, socioeconómicas, educativas-, estilos de vida -riesgos autogenerados-, lugar y tiempo) que codeterminan el análisis y la ocurrencia del enfermar, permitiendo leer en su base la presencia de un esquema de causalidad múltiple, que atiende determinaciones sociopolíticas y económicas en el proceso de salud - enfermedad y por ende, en la planificación de su prevención, termina resolviendo la propuesta preventiva en base a la voluntad, individual o política, como llave del cambio de actitudes.

En el plano individual la sostenida apelación a lo multifactorial termina reduciéndose a el reforzamiento del yo, a la autoafirmación y la autoestima, como si dejaran de lado, en el momento de traducir a la práctica, todas las otras determinaciones —no sólo las inconcientes—que "sujetan" al sujeto sin que él pueda voluntariamente modificarlas y que, se podría suponer que al menos, que aún sin ser enunciadas explícitamente, eran contempladas en el pensamiento de los autores.

La categorización propuesta para el VHI es là de PANDEMIA

(fenómeno ilimitado en el espacio y limitado en el tiempo, por definición, es un aumento de los casos por encima de lo habitual o lo esperado y que se extiende por el mundo) que tiende a convertirse en una ENDEMIA (cantidad de casos habituales, ilimitados en el tiempo y limitados en un espacio), de distribución mundial, dado su carácter tratable, pero incurable hasta la fecha y la dificultad de mantener a nivel mundial, medidas de prevención eficaces.

En el segundo de los apartados (dedicados a los aspectos clínicos), se ubican conjuntamente las explicitaciones en relación a la sintomatología, marcadores de la enfermedad (en su secuencia de aparición más común), formas habituales de tratamiento, medicamentos habituales, en dosis recomendadas (junto con sus efectos secundarios y los medicamentos habituales para su tratamiento, en dosis recomendadas), así como las recomendaciones para el personal de salud y lo familiares del enfermo, en relación a las angustias y temores más frente al tratamiento de estos pacientes. Llama habituales poderosamente la atención la similitud entre la puntillosidad con que las dosis de medicamentos para las enfermedad y sus patologías asociadas más frecuentes —junto con los tratamientos de los efectos secundarios-, son recomendados y la puntillosidad con que son enumerados y categorizados los posibles estados afectivos concomitantes a la enfermedad, en el paciente o en sus familiares, así cómo lás reacciones que esta produce en el cuerpo sanitario tratante. Para estos estados afectivos categorizados según sus secuencias de aparición más comunes hay en cada caso una respuesta "paliativa", dicha respuesta corresponde a las recomendadas en "pacientes terminales". Este salto a la equiparación paciente con sida = enfermo terminal resulta en este material, más llamativo que en otros casos porque la propuesta pasa de considerar, en un nivel más teórico, la salud desde una concepción holística, contraria a la dicotomía salud = ausencia de enfermedad a equiparar prevención con prevención primaria, salud con ausencia de enfermedad, y enfermedad con enfermedad terminal. Así, el apartado de cuidados paliativos habla sólo de enfermos de sida en etapas terminales de la enfermedad, como si enfermo de sida fuera igual a la imagen de un moribundo internado ante el que hay que afirmar que "nacer y morir son dos estados normales", para posiblilitar que se prepare para su muerte, y hay que ocuparse que los vinculados al enfermo acepten la pérdida y comiencen a elaborarla.

Es cierto que la muerte en si misma resulta un tema sumamente problemático y ante el que suele ser muy difícil ensayar respuestas "adecuadas", —ya ha quedado explicitado en apartados anteriores la imposibilidad de simbolización que este tópico supone— pero, cabe preguntarse si el intento de dominar, educar, preparar, recetar la aceptación no resulta concretamente iatrogénico. En esta línea un paciente con sida sólo puede morirse y sólo va a morirse de sida, en todo el manual no se menciona ni una sóla vez la posibilidad de negativización, o de estancamiento del avance de la enfermedad. Siempre se trata de "intentar" preparar al paciente para una "muerte digna", según la concepción que de ella tenga el equipo de salud.

El tercer módulo es ocupado especialmente por la propuesta preventiva. La misma toma de base en lo que a prevención de VIH a la sexualidad y a la educación sexual.

La sexualidad es definida según parámetros amplios, que contemplan su surgimiento en forma coexistente con el surgimiento de la vida de cada individuo. Resalta la afirmación de ..."de manera paradójica hay algo en la sexualidad que nos asusta y aunque está en nosotros las veinticuatro horas del día, hay aspectos que nos causan incomodidad, o no les damos espacio para que emerjan, o simplemente no toleramos. Por otro lado, a pesar de que ésta convivencia se inicia desde la concepción y termina con la muerte, parecería que no tuviéramos mucha familiaridad y un lenguaje natural y cotidiano para referirnos a ella. O caemos en el tecnicismo frío o en la vulgarización desvalorativa..." (pag. 87).

Sexualidad definida como exclusivamente humana (el ser humano es el único capaz de diferenciar y separar sexualidad de reproducción), e inseparable, según la definición de la OMS que el material retoma, del concepto de salud.

La OMS plantea el concepto de salud sexual como "La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor", por eso la propuesta intenta abogar por "la desculpabilización del placer", planteando la necesidad de educar para una sexualidad de menor riesgo basada en la comunicación (en relación a los deseos sexuales), el respeto por la decisión del otro (en relación a el no aceptar presiones), la integridad (en relación a la participación de todo el cuerpo excluyendo la limitación a las prácticas penetrativas) y la creatividad y fantasía.

Cómo prácticas sexuales de alto riesgo se definen aquellas en las que "existe intercambio de fluidos vaginales, semen o sangre a causa de la penetración, bien sea del pene en la vagina o del pene en el ano".

La metodología del taller, seleccionada como forma de implementación de la prevención, resulta para los autores una alternativa fundamentalmente pedagógica dinamizada por la figura del coordinador, pero que debe promover la participación activa de los que lo integran, en especial a partir de actividades y materiales adecuados para la reflexión.

Nuevamente los autores vuelven sobre sus afirmaciones para renegar de ellas, por un lado sostiene la existencia de algo enigmático por sí mismo en la sexualidad, dificilmente domesticable por la educación, incompatible con ella, PERO QUE PROPONEN EDUCAR. Es notoria a partir de esta propuesta como la sexualidad queda encerrada en el ámbito del amor e igualada a él. También llama la atención que el manual dedique tanto de su espacio al tema de las relaciones sexuales, dado el aumento significativo de los casos de enfermos principalmente en adictos, tema al que se le reserva poco espacio en las actividades preventivas.

Si hay algo que resalta como intención general del material, en el caso del específicamente dedicado a los profesionales de la salud, es el intento -por otro lado, nada desdeñable en sí mismo- de controlar y considerar la angustia y las dificultades de atención frente a la problemática de los pacientes con sida, por parte de los equipos

sanitarios. Tanta intención de listar no sólo síntomas, medicación, efectos secundarios de la medicación, medicación para los efectos secundarios... junto con actitudes esperables del paciente y los familiares frente a la enfermedad en las distintas etapas, respuestas posibles de los médicos frente a dichas actitudes, actitudes que los médicos deben tener frente a la sexualidad ect, ect,, sólo puede comprenderse en el marco de la aceptación tácita de la movilización subjetiva que produce en los distintos profesionales encargados de la atención del paciente la enfermedad en sí misma. De esta forma, una situación incierta y angustiante intenta ser trasformada en una situación controlada, en la que cada fenómeno tiene una respuesta adecuada, y pasa a funcionar como un hecho natural, esperable y hasta necesario. Pero por esta transformación, el manual paga el costo de la equiparación del paciente con sida a un enfermo terminal.

La cuestión central en este tema resulta ser que no hay nada "natural" en nuestras respuestas frente a la enfermedad y la muerte, máxime cuando se trata de una enfermedad con la carga ideológica y fantasmática que el sida posee. No importa en este caso si somos o no profesionales de la salud, el rol profesional jamás sirve de -valga la metáfora-inmunizador. La sexualidad no pierde el efecto traumatizante por que tengamos saberes técnicos que la describen, y el "yo" como instancia, no pierde su función de alienación por poseer un desempeño profesional. Es cierto que para los profesionales también se propone una instancia de taller, sólo que en este caso es a demanda de los mismos.

Entre las diferencias más notables entre el material producido para los profesionales y el destinado a las mujeres lideres comunitarias se encuentra su aspecto gráfico. El segundo resulta plagado de dibujos y carteleras de los que podrían afirmarse diferentes interpretacines. Por un lado, cierto es que dentro de los objetivos establecidos por el programa se subraya la importancias de que la información resulte adaptada y comprensible según las características del grupo destinatario, de lo que puede deducirse que el formato apunta a características previamente presupuestas para este grupo de mujeres. Antes de dedicarnos al análisis más profundo de las mismas es necesario introducir un dato contextual que no parece irrelevante en el marco del partido de La Matanza, seleccionado como uno de los lugares piloto para comenzar con la experiencia de Talleres.

La metodología de talleres, tal como resulta planteada por el programa, se asienta en una red de "Mujeres líderes comunitarias" para su implementación. Dicha red ya existía en el partido, como organización solidaria de mujeres, que toma a su cargo tareas comunitarias, especialmente aquellas relacionadas con la distribución de alimentos en familias de bajos recursos. Si bien esta forma organizativa no es mencionada en los materiales (incluso por que en ellos no se destaca puntualmente a ningún partido de la provincia, en particular) los instructivos no hacen mención a ninguna actividad tendiente a constituir organizaciones intermedias con las características que poseen aquellas que creen necesarias, tácitamente, para la ejecución del plan. Con ello podría suponerse que la metodología de ejecución las considera como posibles destinatarias, más allá de que, por carecer esta parte de la investigación de las tareas de campo en el partido, no podamos afirmar que sean dichas mujeres las que lleguen a

implementarlas.

Un dato más, para nada anecdótico: el manual se propone trabajar cuestiones vinculadas con la sexualidad. Para ello nos presenta la figura de "señoras de barrio" (al modo de "madrazas de clases populares"), en ámbitos exclusivamente familiares (de las más de 150 figuras de mujer que ilustran el interior del texto, sólo cuatro tiene una vestimenta que permite referirlas a una profesión, en dos oportunidades una mujer aparece vistiendo un guardapolvo, al estilo de una profesional de la salud; y en dos oportunidades aparece la figura de una "trabajadora sexual"). En todos estos dibujos son notorias las características sexuales secundarias de la mujer, sin embargo, en todos los dibujos de los hombres, ahí donde debería aparecer algo que marcara la existencia de órganos sexuales masculinos hay una omisión.

En cuanto al perfil del lector que el material delimita, si bien los enunciados iniciales afirman que la capacitación apunta a reforzar la prevención en las mujeres como grupo de mayor vulnerabilidad debido a cuestiones de género sobredeterminadas históricamente, que incluyen no sólo el tema de la sexualidad sino también el hecho de que "...debido a las dificultades que tienen que enfrentar para prevenirse, sufren más las consecuencias de la enfermedad debido a la sobrecarga de trabajo familiar que debe realizar como persona que juega un importante papel en la provisión de atención y cuidados en el hogar..." (pág. 11), rápidamente muestran que, a pesar de afirmar que el género tiene consecuencias nocivas en la posibilidad de prevención, tienden a montarse en las discriminaciones típicas del lugar de la mujer, cuya afirmación resulta condición necesaria para llevar a cabo una campaña que las define como MULTIPLICADORAS y pasa a propender la "...concientización de las mujeres para que participen activamente en la prevención y el mejor cuidado de su salud y la de sus hijos..." como la forma de "...poner en ejecución el derecho que tiene la mujer de decidir sobre su vida sexual y reproductiva" (pag. 12)

Esta primera afirmación ya supone una confusión notoria. participar activamente en el cuidado de su salud y la de sus hijos no supone necesariamente decidir sobre la propia vida sexual. La "agente multiplicadora" vuelve a importar para la prevención, fundamentalmente como madre que, como dice la animadora del manual, tiene por tarea (extra, sobre las que el desempeño de un rol de genero netamente tradicional le impone) la de "...sensibilizar y concientizar a la familia y a la comunidad acerca de como prevenirnos del sida". Esto es claramente reafirmado en la enunciación de los objetivos del manual: la mujer debe "brindar conocimientos" y "ser promotora de la prevención del VIH/SIDA/ETS, para que incluya estas actividades en sú trabajo habitual con la comunidad..." (pág. 16), porque "... La salud es un derecho de todos. cuidarla es nuestra responsabilidad y también la del estado. Cuando enfermamos disminuye nuestra capacidad de disfrutar y gozar de la familia, los amigos, la vida cotidiana; tampoco podemos desarrollar todas nuestras capacidades plenamente. Una situación de enfermedad también repercute en la familia, los amigos, el barrio y la sociedad..." (pág. 31). Cuidar la salud de todos es una responsabilidad . de una mujer, que además es incluída explícitamente, sólo en contextos domésticos (desde el dibujo de tapa, donde en una almacén

le dice a otra mujer "Querés informarte sobre sida?"), en los que disfruta de la familia, los amigos, y la vida cotidiana. Incluso en el momento en el que el manual se dedica a explicar el concepto de rol, lo hace sin cuestionar los datos del sentido común sobre el mismo, puesto que aunque explicita el origen cultural de las espectativas de conductas no va más allá de esto y acompaña dicha explicitación con el dibujo de una señora embarazada, un nene jugando a la pelota.

Los aspectos de la sexualidad que caen bajo el dominio del género son prevalentemente determinados por el universo de significaciones imperantes en la cultura. Este proceso de inscripción simbólica comienza desde el nacimiento y formará parte de la estructuración del yo. La madre, cónsiderada como lugar o función materna, es el agente cultural a través del cual el sistema de significaciones será transmitido. Más tarde padre, familia y grupos sociales contribuirán a este proceso.

La mujer no solo se define en un contexto interpersonal, sino que también se juzga en términos de su habilidad para el cuidado. El lugar de la mujer en el mundo masculino es el de nutriente, ayudante, compañera, la hilandera de la red de relaciones sobre la que ella se apoya. Al respecto resulta interesante repensar uno de los juegos que se proponen para el caldeamiento de los talleres. En el mismo, las mujeres se sientan enfrentadas y se "enredan" en una madeja de lana que van tirándose entre ellas, mientras se presentan.

Además del sistema dual de requerimientos y expectativas para el desempeño social, existe una moral sexual también dual, diferente para cada sexo. Para los muchachos la ley del deseo, de su legitimación, de las ventajas tanto de su puesta en acto, como de las múltiples y numerosas experiencias, de la libre expresión y comunicación sobre la sexualidad. Cuanto más corrido, mejor hombre será. En cambio las mujeres serán introducidas en la moral del respeto, que se constituye en una de las reglas de oro de la femineidad.

La campaña provincial instala a la mujer en el lugar de cuidadora de la familia y la sociedad, es ella la que debe multiplicar la prevención. Por otro lado es también ella la encargada de reglamentar la sexualidad, pues debe hacerse cargo de evitar las relaciones sin preservativo en su pareja. Se la inmoviliza en el lugar que las expectativas sociales tienen fijado para la mujer. Sin embargo, se olvida que como consecuencia de las discriminaciones ideológicas según el sexo la mujer no ha logrado superar su lugar dependiente frente al hombre. Se espera que pueda exigir el uso de preservativo cuando en realidad no puede limitar la violencia de su compañero.

Se prescribe para la mujer el rol de madre, cuidadora del hogar, de la salud familiar y social. ¿Qué lugar queda al hombre?. ¿No puede asumir algún lugar en el cuidado de sí mismo y de los demás?

Llama poderosamente la atención la frase de una de las caricaturas en el juego de "verdadero o falso". El juego propone trabajar con tarjetas que contienen frases, que las participantes deben encolumnar afirmando su verdad o su falsedad. Ante el "Las

personas que tienen una sola pareja no pueden contraer el sida", una de las integrantes responde "Falso, porque mi marido es un picaflor y yo no sé que hace cuando está afuera". Páginas arriba resaltábamos algunas de las diferentes significaciones que actuaban en contra de la posibilidad de generalización del uso de preservativos, esta frase puesta en boca de una de las multiplicadoras vuelve sobre ellas. Lo implicito de la misma supone que el preservativo va unido a la presencia de un tercero. Su sóla existencia en la intimidad queda asociada a admitir que el hombre de la pareja puede engañar. Cómo proponer el uso de un preservativo si este supone admitir "alegremente" ("un picaflor") la infidelidad?. El anuncio que, supuestamente debería propender a que el preservativo sea considerado como un buen método de prevención, le propone a la mujer que acepte su uso en el mismo instante que acepta ser engañada por su 📒 a. Esta misma frase no resultará afirmadora de la fantasía contr....a?: Si el preservativo no aparece como un "tercero" en la intimidad de la pareja puede, afirmarse que no existe

Como punto final de este análisis preliminar, cabe destacar que los instructivos no preveen la realización de ninguna actividad evaluativa en general, para la efectividad de la campaña.

Algunas Puntuaciones sobre la Primera Etapa.

En principio es necesario destacar la parcialidad de estas conclusiones debido a que en esta etapa analizamos los discursos de soporte de las campañas. Por lo tanto, en lo que concierne a la eficacia, sólo será posible formular hipótesis a estudiar a partir de un trabajo de campo que se realizará en la segunda etapa.

Desde las teorías del conocimiento que se han desarrollado pareciera repetitivo afirmar que la información no es suficiente para el cambio de conductas. Sin embargo, las campañas insisten en brindar información. Siendo la formación la que moldea las actitudes desde la constitución del sujeto, la din-formación se nos impone casi como lo contrario.

Pretender unificar conductas parece en sí mismo imposible, pero más aún cuando se refieren a la sexualidad, ya que implica desconocer su carácter indómito.

Quizás no sea casual que en un momento histórico de crisis de valores, entre ellos los que sostenían a la familia, apuntalamiento esencial del sistema, aparezcan discursos, que a través del miedo y el castigo, propongan como salvación la pareja heterosexual y estable, o de lo contrario el preservativo, como forma de reglamentar la transgresión.

La campaña nacional utiliza un lenguaje netamente intelectual, donde està ausente el nivel emocional y en el cual de la sexualidad y concretamente del uso del preservativo no se habla. No hay dibujos ni imágenes. El mensaje es fielmente representativo y respetuoso de "nuestros prejuicios" y "nuestro estilo". Sostiene el paradigma conductista suponiendo que la persona se forma sólo a partir de la información, y proponiéndose cambiar la conducta desviada a través del refuerzo (repetición de la información). Es allí donde se inserta la necesidad de usar preservativo como única respuesta posible, tratándose de la respuesta "uniformemente adecuada".

El preservativo puede ser un medio eficaz de prevención justamente sino es el único, si puede ser desmitificado.

La atribución de significados fijos a esta enfermedad, la prescripción, desde el discurso médico, del uso de preservativo o de la pareja estable, como modos exclusivos de prevención, son frutos de la dificultad de pensar e interrogarse en relación al Sida, que tiene nuestra sociedad.

La campaña provincial/ municipal toma en cuenta las representaciones grupales y la diversidad cultural. En ese sentido podría hipotetizarse que aumentaría la posibilidad de prevención, ya que es crítica de la noción de uniformidad y masificación. Pero ese intento de rescate de la subjetividad se contradice al considerar a la sexualidad como educable.

Si tomamos en cuenta que las diversas disposiciones pulsionales están marcadas por las primeras vivencias infantiles, para que se produzca un cambio cultural, las normas que ejercerían esa influencia tendrían que darse desde la infancia. He allí los límites de la educabilidad del ser humano.

Esta campaña nos lleva a repensar el lugar asignado a la subjetividad, lugar también de tramas históricas desde donde pensarse la genealogía. Surge aquí el interrogante acerca de la prevención, ¿es posible plantearla sin tener en cuenta esta trama?

La misma contempla solamente los lazos sociales ya instalados. Nos preguntamos qué ocurre con los sujetos que no están insertos en la red social.

El planteamiento de la campaña busca la identidad completa e imaginaria entre individuo y grupo. El mensaje apunta a un sujeto inmerso en un contexto, como garantía de soporte. Fuera de estas formaciones sociales el lugar que queda es el de la angustia de no asignación, remitiendo a las vivencias más primitivas de desamparo e indefensión.

Las campañas se meten dentro de la ideología, pero no para alterarla, apelando a un nosotros que no vehiculiza cambios. No hay un proceso de modificación de ideas, no se producen cambios conceptuales. No se abren espacios de reflexión que permitan elaborar discursos y modelos sociales diferentes.

En su proceso de subjetivación, la identificación que el sujeto realiza con ideales sociales se organiza en un sistema dicotómico (organizado en la dualidad pulsional freudiana: Eros — Thánatos). Esto deviene en un modelo valorizado de hombre, y uno segregado. Las campañas objeto de análisis en esta ocasión actualizan esta segregación. En ella aparece claramente la dicotomía: bueno— malo, amigo— enemigo, el del país o grupo, el extranjero. La cultura aparece reforzando el sentimiento de culpabilidad que se encarna en los que se infectaron de Sida. El grupo de riesgo será el que se hará cargo de ese sentimiento de culpa.

Cabe pensar que, teníendo en cuenta las particularidades del proceso de identificación señalado, los mensajes preventivos podrían intentar estrategias que reforzaran otros aspectos de la ideología, y no la culpa y la marginación.

Se dice que es "una enfermedad de algunos que afecta a todos". Pero es "de algunos" o eso preferimos pensar, porque la negación del problema es una defensa posible ante el miedo, y porque la ideología incluye en sí misma un aspecto marginador.

Es esperable que las primeras expresiones sociales que se producen como discursos en relación a un tema que moviliza significantes enigmáticos, como sexualidad y muerte, evidencien los aspectos más arcaicos de la fantasía ideológica. Sin embargo, una vez reconocidos y analizados estos aspectos, es esperable que otros recursos ideológicos puedan recrear el significante Sida.

La única vía de incorporación de las conductas preventivas es la relación de las significaciones sociales y las subjetivas. Convertir los significados asignados por el discurso hegemónico en significantes e interrogarlos.

Bibliografia:

ANZIEU, D:

"La dinámica de los grupos pequeños". Kapeluz, Bs. As,1972.

BARBOSA, Regina y otros:

"Mujer, sexualidad y prevención del SIDA". Trabajo realizado por investigadores del Núcleo de investigación en salud de la mujer y el niño, Sao Paulo, publicado en "DESIDAMOS", Buenos Aires, Año I, Volúmen I. Octubre — Diciembre de 1992.

BARRIONUEVO, J.:

"Problemas cruciales en psicoanálisis con adolescentes". Edit. Gabas, Bs. As. 1993.

"Sexualidad y Sida." Editorial Teckné, Bs. As., 1994.

BEHAR DE HUINO, R.:

"La educación sexual: concepto, filosofía, política y estratégias". En "Sexualidad Humana". Uruguay, OPS, 1990.

BILLET, L:

"Desida. La epoca de la inmunodeficiencia". Edit. Nueva Visión, Bs. As. 1995.

CAHN, P y otros:

"Psida. Un enfoque integral", Paidós, Bs. As. 1992.

CASTORIADIS, C:

"La institución imaginaria de las sociedad". Vol. I y II. Edit. Tusquets.Bs. As. 1995.

DOMB, B.:

"Psicoanalisis y el hospital". Edit. El Seminario. Bs. As. 1994.

FOUCAULT, M.:

"Historia de la Sexualidad", Tomo I y II Edit. Siglo XXI México 1979.

FREUD. S .:

- "El malestar en la cultura". Tomo XXI, Edit. Amorrortu, Bs. As. 1979.
 - "Más allá del principio del placer". Tomo XVIII.
 - "Psicologia de las masas y análisis del yo". Tomo XVIII.

FRNANDEZ, A.:

- "La dinámica institucional de los grupos" en "Lo grupal" Nº 7 dit.Búsqueda, Bs. As. 1789.

- "Los organizadores fantasmáticos" en "El campo grupal", Edit. Búsqueda, 1991.

GOFFMAN, E .:

"Estigma". Amorrortu. Bs. As. 1986.

HENIRICH, H:

"Borde<r>S de las neurosis". Edit. Homo Sapies. Bs. As. 1993.

HOMANS,G. C .:

"El grupo humano". Edit. Eudeba, Bs. As., 1973.

KORDON, D. y EDELMAN, L.:

"Efectos psicosocales de la impunidad", Editorial Sudamericana, Bs. As., 1996.

KORNBLIT, Ana Lía y otros:

"El sida esta entre nosotros", Ediciones Corregidor, Bs. As.,1997.

MADRIGAL PANA, Johnny:

"SIDA. Un ensayo evaluativos sobre conocimiento y actitud en la mujer" de la Revista de la Asociación Demográfica Costarricense, Departamento de investigaciones Sociodemográficas. Costa Rica, 1988,№ 4.

MENARD, D y otros:

"Las identificasiones" Edit. Nueva Visión, Bs. As. 1981.

MASOTTA, Oscar:

"Intoducción al psicoanálisis". Editorial Gedisa. Bs. As., 1986.

MERTON, R. K.:

"Teoría y estudios sociales". Edit. SCE, México, 1970.

MOTTA, C. y TENDLARZ, S.:

"Psicoanalisis y Sida". Ediciones El Otro, Bs. As.,1997.

OLMSTER, M. S.:

"El pequeño grupo". Edit. Paidós, Bs. As., 1969.

OMS:

"Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud".

PAVLOVSKY, E.:

"Lo fantasmático social y lo imaginario grupal". en "Lo grupal". Edit. Búsqueda. Bs. As. 1983.

ROJAS, M. C. y STERNBACH, S.:

"Entre dos siglos". Lugar Editorial. Bs. As., 1994.

SAMAJA, J.:

"Epistemología y metodología". Edit. Eudeba, Bs. As. 1994.

SPROH, W. J.:

"Grupos Humanos". Edit. Paidós, Bs. As., 1973.

VERON, E.:

"La semiosis social". Edit. Gedisa, Barcelona, 1987.

WRIGHT, Cathis:

"Mujeres jóvenes y sexo seguro". Conclusiones de la 39 Conferencia Nacional de la Red de mujeres VIH - SIDA, Scottland, 29 Y 30 de noviembre DE 1990.

ZIZEK, S.: "El sublime objeto de la ideología". Edit. Siglo XXI, Bs. As., 1992.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES

ENTREVISTA AL DIRECTOR DE MEDICINA PREVENTIVA, DEPARTAMENTO DE EDUCACION Y PROMOCION PARA LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE LA MATANZA

DR . INANICHILO

Hasta fines de 1.996 la Municipalidad de La Matanza trabajaba en prevención abarcando conjuntamente las problemáticas más acuciantes para la salud de la zona: Sida, adicciones, embarazo adolescente y violencia.

La prevención se realizaba a través de charlas en las escuelas primarias del distrito. Se realizaban también talleres participativos con los alumnos. Se implementaba en la escuela un buzón de preguntas, a las que se daba respuesta en los talleres. Se hicieron también talleres para padres, en los que se trataban temas en relación a las temáticas: amor, fidelidad, placer.

Tanto alumnos como padres elegían los temas que deseaban trabajar en los talleres.

La prevención consistía en impartir buena información, pero no se realizaba concientización.

Se trabajaba en forma conjunta con las autoridades escolares, respetando el proyecto institucional de cada establecimiento. La escuela decidía la propuesta de talleres a alumnos o padres.

En cuanto a la prevención específica del Sida la Secretaría de Salud Pública generó un cuadernillo de distribución gratuita en escuelas y hospitales, con información sobre las vías de contagio del virus y las medidas preventivas recomendadas a la población.

A fines de 1.996 la Nación firmó un convenio con la Comunidad Europea para implementar un proyecto de prevención del Sida en la provincia de Buenos Aires.

En doce municipios, entre los cuales está incluído La Matanza se implementó el proyecto de prevención de la organización alemana GTZ (GTZ PREV-SIDA-CCE).

Este proyecto fue implementado en Latinoamérica, en Chile, Bolivia, Nicaragua y Argentina.

En los últimos meses del año 1.996 se realizó la capacitación de los funcionarios y agentes de salud que lo iban a implementar en cada municipio.

En marzo de 1.997 comenzó a implementarse. La campaña consistió en capacitación para la comunidad y los agentes de salud.

La campaña dirigida a las instituciones educacionales no se implementó a través de los municipios. La Facultad de Humanidades de la Universidad de La Plata se hizo cargo de esta tarea. Este trabajo de prevención se realizó en 45 escuelas de la provincia de Buenos Aires.

El proyecto para la comunidad y agentes de salud tenía como objetivo capacitar líderes comunitarios que reprodujeran y multiplicaran la prevención.

El proyecto consistió en un número de encuentros (entre 6 y 8) en los cuales se trabajaban las temáticas más ligadas al Sida,, con la metodología de taller (participación de los sujetos a los cuales está dirigido desde lo intelectual y lo vivencial).

Los temas que se trabajaron en los encuentros fueron:

- 1. Salud y enfermedad, (respeto, dignidad).
- 2. Epidemiología, (formas de contagio, período ventana).
- 3. Sexualidad (placer, contacto con el profiláctico)
- 4. Discriminación.

Los encuentros culminan con un proyecto de prevención que genera el grupo, y un proyecto de cada uno de los participantes, para realizar en la comunidad a la que pertenecen.

Los encuentros están guiados y complementados por un cuadernillo, que recibe cada participante, que trata las temáticas de los talleres y que se supone debe guiar la tarea de multiplicación de la prevención.

Se repartieron dos tipos de cuadernillos; uno dirigido a mujeres, líderes comunitarias, y otro dirigido a médicos y agentes de salud, en el cual se resumen y especifican todos los conocimientos relativos al comportamiento y desarrollo del virus HIV, contagio, períodos y características del sindrome, enfermedades asociadas, etc.

En el partido de La Matanza se implementó este proyecto en las Sociedades de fomento de Villa Recondo, D. F. Sarmiento; con padres de las escuelas 80, 6 y 32; en los barrios Don Juan, Luján y La Loma y en el Hospital de Laferrere. Se trabajó con 270 personas, según los registros, aunque hay algunos participantes que no quisieron registrarse.

No hay estadísticas en el partido, que den cuenta del desarrollo de la enfermedad, pero se planea hacer un estudio durante este año.

Para 1.998 la Dirección de Medicina Preventiva se plantea implementar un proyecto de prevención dirigido al sector de Educación. Se dictará un curso de capacitación para los docentes, con puntaje, organizado en ocho módulos que abarcan los siguientes temas.

- 1. Salud. Enfermedad. Prevención primaria.
- 2. Epidemiología.
- 3. Educación sexual
- 4. Sexualidad. Mitos. Roles del género.
- 5. Sexualidad responsable. Prevención del embarazo y del Sida.
- 6. Discriminación.
- 7. Rol del educador frente al Sida.
- 8. Proyecto hacia el ámbito educativo en el que trabaja. El entrevistado considera efectiva y adecuada la prevención realizada con el proyecto de GTZ, ya que el compromiso de participación en los talleres promueve una concientización respecto del Sida y ayuda a modificar conductas.