

2ª
edición
ampliada

SALUD Y ADOLESCENCIA



Contiene “La escuela como agente de salud”

María Mercedes Recalde



María Mercedes Recalde

Licenciada en Psicología (U.B.A.)

Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología (U.B.A.)

SALUD Y ADOLESCENCIA



Recalde, María Mercedes
Salud y adolescencia. -2a ed.-
Buenos Aires: Del Aula Taller, 2011.
299 p. ; 20x28 cm.
ISBN 978-987-1086-57-3
1. Prevención de Salud. 2. Adolescencia. I. Título.
CDD 614

Fecha de catalogación: 30/12/2010

2ª edición Diciembre 2010

Diseño, composición, armado: Ediciones del Aula Taller

© 2010 by Ediciones del Aula Taller
San Blas 5421,
C1407FUQ - C.A.Bs.As.
www.aulataller.com
aulataller@aulataller.com

ISBN: 978-987-1086-57-3

Queda hecho el depósito de ley 11.723

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el consentimiento previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

ÍNDICE GENERAL

JUSTIFICACIÓN DE ESTE LIBRO	7
CAPÍTULO I - LA ADOLESCENCIA	9
¿Cuándo comienza la adolescencia?	11
¿Cuáles son las fases del desarrollo sexual en el ser humano?	13
Pubertad y adolescencia. Características generales	16
La sexualidad en la adolescencia	18
El síndrome del adolescente normal	27
Los adolescentes más vulnerables	30
Los adolescentes más vulnerables y la movilidad social	32
Actividades de revisión	38
Videoteca	40
CAPÍTULO II - EL HOMBRE Y LA SALUD	41
Un poco de historia sobre el proceso de salud-enfermedad	43
Los progresos del siglo XVIII	48
El siglo XIX: una etapa de enormes avances. El paradigma biomédico	49
El paradigma biopsicosocial. La OMS y la atención primaria de la salud.....	52
El concepto actual de salud. La salud pública	53
El derecho a la salud	56
La salud: ¿derecho o mercancía?	60
El Estado en la atención de la salud	62
Actividades de revisión	65
Videoteca	68
CAPÍTULO III - PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	69
‘Mejor prevenir que curar’	69
La prevención hoy	79
Promoción y educación para la salud	81
La salud y las condiciones de vida y de trabajo	84
La epidemiología	87
Actividades de revisión	101
Videoteca	102
CAPÍTULO IV - ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL	103
La salud mental postergada	103
Manifestaciones de salud mental en los adolescentes	111
Síntomas frecuentes en los adolescentes	114
Actividades de revisión	131
Videoteca	132
CAPÍTULO V - SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA	133
‘Rearmando un nuevo cuerpo’	133
Cambios físicos del adolescente	134
El aparato reproductor masculino	135
El aparato reproductor femenino	137
Los riesgos de la sexualidad	139
Maternidad y paternidad responsables	148
Una maternidad o paternidad planificada	149
La importancia de la familia	152
¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?	153
La salud reproductiva es un derecho fundamental	156
Discusiones sobre el aborto	159
Actividades de revisión	167
Videoteca	170

CAPÍTULO VI - EL SIDA	171
Para entender más del VIH/SIDA	173
Los adolescentes y el VIH/SIDA	175
Relaciones sexuales y cuestión de género	178
El SIDA no se contagia como la gripe	183
Actividades de revisión	189
Videoteca	192
CAPÍTULO VII - NUTRICIÓN Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA	193
La importancia de una nutrición adecuada	193
La digestión	194
La desnutrición	195
Anorexia y bulimia	199
La obesidad	202
Actividades de revisión	209
Videoteca	210
CAPÍTULO VIII - LAS ADICCIONES	211
Características de las adicciones	212
Usador, abusador, adicto	214
¿Qué efectos producen las drogas sobre nuestro organismo?	215
Tipos de adicciones	221
Las adicciones y la escuela	223
En vez de hablar de las drogas, hablemos del sufrimiento humano	224
Las adicciones y los medios	225
Deporte y publicidad del tabaco: otro engaño	227
Actividades de revisión	228
Videoteca	232
CAÍTULO IX - ADOLESCENCIA Y TRABAJO	233
Una sociedad dual	234
La movilidad social	236
Educación e inserción social	245
Las causas profundas de la criminalidad	248
Desempleo y adolescencia	249
Actividades de revisión	251
Videoteca	252
CAÍTULO X - ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD	253
Deficiencia, discapacidad, minusvalía	257
Actividades de revisión	267
Videoteca	268
CAÍTULO XI - LA ESCUELA COMO AGENTE DE SALUD	269
¿De qué enferman, sufren o mueren nuestros adolescentes?	270
La distancia entre educación y salud es más aparente de lo que creemos	273
¿Qué es una escuela saludable?	276
Integración escuela-comunidad-salud	277
La escuela como promotora de proyectos compartidos	281
¿Cómo pensar un buen proyecto?	286
Convertite en agente promotor de salud: elabora un proyecto propio	287
APÉNDICE, LEY 25.673	293
BIBLIOGRAFÍA	297

JUSTIFICACIÓN DE ESTE LIBRO Y ALGUNAS SUGERENCIAS PARA DESARROLLAR SUS CONTENIDOS

Este libro habla de la adolescencia y la salud, y tiene como objetivo prevenir. ¿Qué significa esto? Que a través del trabajo en el aula de los temas que afectan a los adolescentes es posible cambiar puntos de vista, modos de ver la realidad y, finalmente, modificar conductas.

Una de las razones por la cual se ha creado una materia que trata de las principales problemáticas que afectan a la adolescencia, es la importancia de hablar abiertamente en la escuela de temas que, por lo general, no son abordados en otros ámbitos. El poder dialogar, debatir, escuchar diversas ideas, permite adquirir nuevas opiniones, dejando de lado prejuicios; y todo esto ayuda a que los jóvenes puedan DECIDIR. En lugar de que otros lo hagan por ellos, al educarse, éstos pueden tomar decisiones responsables.

Muchas veces, vamos adquiriendo -sin que sepamos bien cómo- ideas acerca de determinados temas. Estas formas de pensar son parte de lo aprendido en el medio familiar y social y frecuentemente son prejuicios transmitidos de generación en generación. Prejuicios que al no ser cuestionados se siguen transmitiendo a los jóvenes. La idea de que los varones son quienes deben decidir en una relación de pareja, o de que ellos tienen deseos incontrolables basados en su fisiología masculina, o bien, que en una primera relación sexual no se puede lograr un embarazo, son creencias falsas incorporadas sin saber bien por qué. Del mismo modo, existen posturas erróneas respecto a los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de ciertas sustancias, la forma de transmisión de determinadas enfermedades, las relaciones de género...

El análisis, el debate, el intercambio de opiniones, nos permite poner en cuestionamiento estas «verdades» y re-pensarlas en el aula, quizás el único espacio de reflexión que exista para muchos jóvenes.

Esta modalidad de «aprender-haciendo» nos permite superar la tradicional metodología pedagógica basada en el docente, portador único del saber, que trasmite conocimientos a sus alumnos. En este proceso cada integrante del curso tiene un papel destacado y, si bien el/la profesor/a es sumamente importante, la tarea se basará en el intercambio entre todos, en la participación grupal. Por eso proponemos para el trabajo de esta materia *transformar el aula en un taller*, en el cual todos tendrán un papel importante. Cada cual tomará una participación activa y será responsable de generar en sí mismo un cambio, involucrándose en su propio aprendizaje a través del cual podrá prevenir conductas riesgosas para la salud.

Teniendo en cuenta que una vida saludable se logra a través de la conjunción de una serie de factores (sociales, económicos, biológicos y culturales), la tarea de prevención no sólo debe poner el acento en los cuidados médicos, sino que además se debe atender a variables culturales. Sobre éstas podemos operar a través de la educación dentro del aula; en este sentido, el taller nos sirve para prevenir.

El taller, en lo sustancial, constituye una modalidad pedagógica de «aprender-haciendo». Todo taller se organiza en torno a un proyecto cuya responsabilidad está a cargo de un grupo de trabajo integrado por los que participan del mismo. Se parte de un disparador teórico, propuesto por el coordinador, que se basa en las motivaciones e inquietudes del grupo de trabajo, combinándose espacios de producción individual, subgrupal y grupal.

En el taller se trabaja con técnicas de dinámica de grupos que generan la aparición de emociones, temores y ansiedades en torno a las problemáticas que le dan origen. La reflexión es sólo un medio para plantear los problemas, pero no una manera de resolverlos. Para ello, hay que llegar a una síntesis entre el pensar, el sentir y el hacer.

Proponemos algunos criterios respecto a la coordinación del taller:

- Emplear juegos de presentación o caldeamiento, al iniciarlo.
- Evitar dar puntos de vista.
- Tratar que todos participen de los diálogos.
- Respetar la producción del grupo.
- Generar un clima sensible, ameno y creativo, en el cual todas las opiniones tengan cabida.
- El coordinador debe permitirse escuchar cualquier ponencia, sin ignorar ninguna de ellas, y no tapar con su discurso los distintos mensajes del grupo.
- Se deben respetar los tiempos de los participantes, por lo que es importante la capacidad de espera del coordinador, que no debe dejarse manejar por su ansiedad.
- Nadie deberá ponerse como observador, sino que todos deberán ser parte del trabajo.
- Hay que respetar las ideas diferentes, acordar posturas, intentando llegar siempre a un análisis profundo de la temática abordada, más allá de la existencia de puntos de vista diversos.

Es fundamental, dentro del trabajo de prevención, que se promuevan espacios de reflexión en los cuales los docentes puedan ayudar a los jóvenes a atravesar su proceso de búsqueda de las propias verdades. Que estimulen en ellos la posibilidad de reflexionar, preguntar y criticar. Sólo la capacidad de tener una mirada propia respecto del mundo nos permite crecer y aprender a decidir por nosotros mismos; por ello, es de mucha importancia estimular en el aula el desarrollo del pensamiento crítico. Que cada integrante pueda hablar de sus propias dudas, metas y miedos, y construya proyectos educativos y comunitarios que le permitan ser protagonista.

El encuentro afectivo de docentes y alumnos contribuye a aprender juntos y de una manera espontánea. Un alumno que valora y quiere a su docente, crece porque tiene un modelo con quien identificarse y se motiva para escuchar y decir lo que piensa. Un docente que valora y quiere a sus alumnos también realiza una experiencia de crecimiento, porque descubre alternativas en su aula que lo estimulan.

El afecto facilita la realización de la tarea más difícil. Ese sentimiento nos ha guiado en la realización de este libro; nuestra gratificación, esperamos, es que sea útil a sus destinatarios.

María Mercedes Recalde

CAPÍTULO I

LA ADOLESCENCIA

«Al contrario de un tour donde todo está organizado y planificado previamente, el recorrido del viaje adolescente se organiza desde la imprevisibilidad. Pero no desde la imprevisibilidad absoluta. Este recorrido va configurando los modos en que se construye su espacio subjetivo, para lo que son necesarios algunos mojones, algunas guías que permitan trazar el recorrido de cada uno. Esos mojones pueden ser monumentos infranqueables y enceguecedores o luces claras que orientan».

(KONTERLINIK, Irene y JACINTO, Claudia, *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*, Losada-Unicef, Bs. As., 1997, p. 39).



El adolescente atraviesa cambios físicos, psicológicos y en sus relaciones sociales
En esa etapa abundan los riesgos para su salud

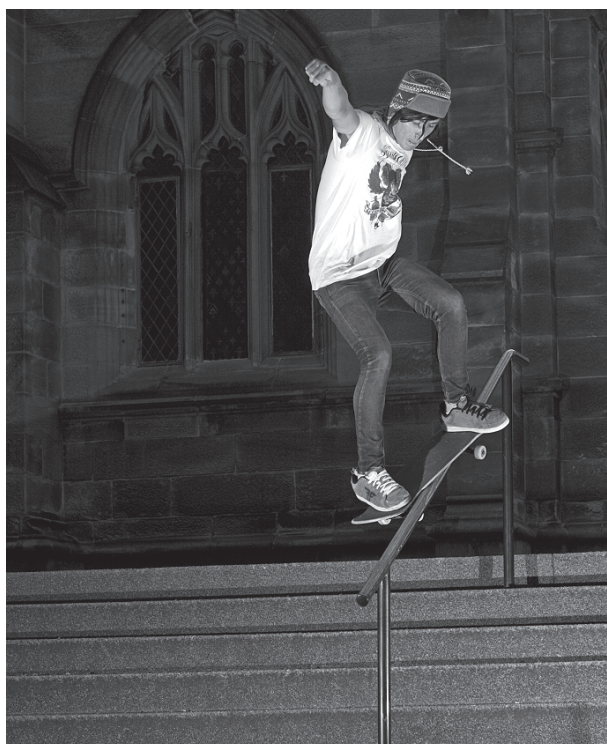
La adolescencia como categoría social no ha existido siempre: surge como consecuencia de nuevas condiciones de vida, en un intento de retardar el acceso a la vida adulta a fin de llevar a cabo las obligaciones escolares. Y, a lo largo de la historia, ha sido caracterizada de distintas formas.

Decía Duprat en 1909:

«El adolescente es un vagabundo nato, loco por viajar, por moverse y profundamente inestable. Realiza fugas análogas a las de los histéricos y los epilépticos porque es incapaz de resistirse a la impulsión de viajar. La adolescencia es una enfermedad en potencia, con su patología propia (como la hebefrenia) y puede ser definida como una necesidad de actuar que entraña desdén por todo obstáculo o peligro y empuja al asesinato. De allí la necesidad de vigilar este estado mórbido». (Citado por KONTERLINIK, I. y JACINTO, C., op. cit.).

Si bien en la actualidad la concepción del adolescente parecería ser, por lo general, muy distinta a ésta, algunos tratos que reciben los jóvenes se asemejan a esta forma de entender esta etapa. Es así como vulgarmente se asocian diversas problemáticas con aspectos negativos de este período vital. Es común escuchar decir «todos los adolescentes son drogadictos», «los que se visten con 'looks' raros andan con mala junta», por ejemplo. Sin embargo, la adolescencia es una etapa de la vida y presenta determinadas características generales y patrones socio-culturales e individuales propios de cada sujeto.

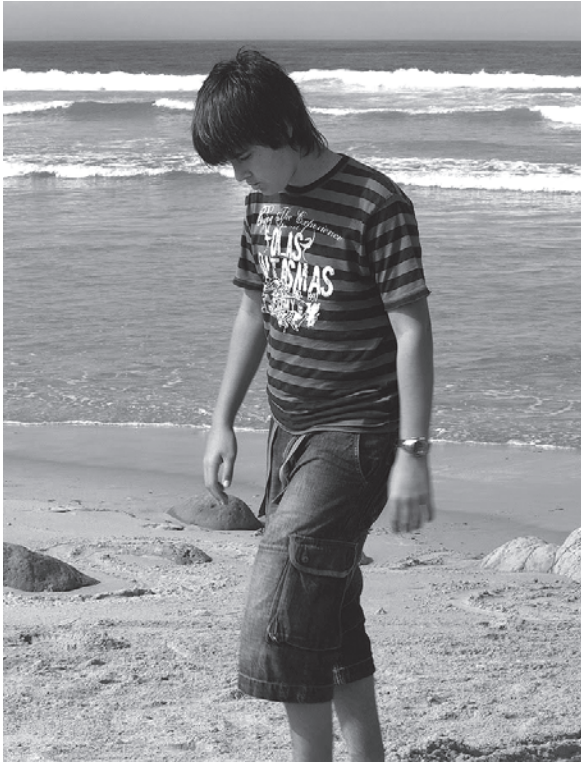
Nos interesa entender la adolescencia como etapa, sus características y tratar de precisar qué patrones aparecen en forma general en los adolescentes de nuestra sociedad. Si bien hablaremos de características generales, debemos considerar que las variaciones individuales imprimirán un sello particular a cada joven. También influye en cada uno de ellos la condición socio-económica y cultural de su familia de origen.



Las características propias del adolescente producen rechazo en muchos adultos

¿CUÁNDO COMIENZA LA ADOLESCENCIA?

Según lo estableció Freud, quien no hablaba de adolescencia sino de pubertad, ésta empieza cuando 'la pulsión sexual, hasta este momento predominantemente autoerótica, encuentra por fin el objeto sexual'. Esto significa que se entra en la adolescencia cuando existe un primer momento de búsqueda y hallazgo de relaciones de objeto por fuera del medio familiar, lo cual sobreviene conjuntamente con el desarrollo y la maduración corporal del joven.



En nuestra época, la adolescencia tiende a iniciarse más tempranamente y a prolongarse en el tiempo

El concepto de adolescencia no existió siempre, por lo menos tal como lo entendemos hoy. Por ejemplo, los pueblos primitivos, como no conocían nada parecido a la adolescencia, contaban con numerosos y diversos ritos de iniciación que marcaban la transformación del niño en adulto. De este modo, estos grupos desconocían el proceso de transición y búsqueda adolescente. Se pasaba de la niñez a la adultez sin existir los procesos de ensayo y error que aparecen hoy en nuestra sociedad.

De lo que se trataba era de la introducción del iniciado a la cultura de la comunidad, sabiendo que esta introducción implicaba en sí misma una experiencia de muerte y pasaje. En determinadas tribus, el rito consistía en una transmisión oral: se anoticiaba al joven de un secreto desconocido hasta ese momento. Éste podía ser el nombre de una divinidad. Sólo los hombres de la tribu podían saber de él, permaneciendo desconocido por aquellos que no formaban parte de la comunidad, o que aún no habían sido iniciados (como los niños, las mujeres o los extranjeros). Luego de la iniciación el sujeto era distinto, marcando la iniciación un momento de pasaje. La persona se tornaba distinta, tan distinta que en algunas tribus no eran reconocidos por sus propias madres al recibirlos después del rito iniciático.

En otras tribus, lo que cambiaba era el nombre del iniciado, o el cambio aparecía representado en el cuerpo a través de una marca que mostraba el pasaje. Sin embargo, algunos elementos se repiten en las distintas tribus:

- 1- Separación del iniciado respecto de su madre: en algunos grupos es cedido por ésta, en otras, es 'arrancado' literalmente de la choza y transportado por hombres disfrazados de divinidades. Tanto el chico como la madre viven esta situación como una experiencia de muerte, que conlleva diversas crisis.
- 2- Aislamiento: el joven es alejado de la comunidad, permaneciendo fuera de ella, distante de los hábitos de los que participaba cotidianamente.
- 3- Elección del lugar: se elige un espacio sagrado que la tribu reconoce ancestralmente como, lo que podríamos llamar, 'el centro del mundo'.
- 4- Transmisión oral de algún secreto.

Ariane Deluz nos dice que para oír hablar de ella en el campo de la antropología hubo que esperar el trabajo de Margaret Mead *Costumbres y Sexualidad en Oceanía*, si bien bajo la manera de la negación, ya que la autora rechaza la noción misma de adolescencia en lo que respecta a las muchachas de Samoa.

Lo que plantea la autora es que según la sociedad de la que se trate, hay modos diferentes de encarar la adolescencia, pero siempre remite a la misma cuestión: iniciarlos en la manera en que deberán comportarse y orientarse en la sociedad, en el campo del trabajo, del sexo y del matrimonio.

Los ritos de iniciación posibilitaban al sujeto caminos claros acerca lo que era ser hombre y de lo que era ser mujer. En nuestra sociedad estos caminos no existen, el adolescente toma la palabra como puede según cómo hayan sido los modelos parentales infantiles.

Una vez atravesado este período llamado adolescencia, que transcurre según el tiempo interno de cada sujeto, el joven deberá estar preparado para su funcionamiento en un mundo de adultos: amar, trabajar y ser padre. Sólo luego del pasaje por esta etapa será posible el logro de estas tres metas propias de un mundo adulto.

Etapas evolutivas

Freud estableció que ya desde los primeros años de la infancia existe en los niños un interés por la sexualidad. Entre los tres y los cinco años se inicia un proceso de investigación que él denominó 'pulsión de saber'. Los chicos despliegan todo su interés por aquello desconocido, en especial el propio cuerpo, a través de la exploración y de las preguntas formuladas a los adultos de su confianza. Sin embargo, si bien la pulsión de saber incluye la investigación acerca de la vida sexual, no queda reducida a ésta. Muchos otros aspectos del mundo circundante se descubren a través de las diversas inquietudes que el niño va formulando.

Es decir que existe una vida sexual infantil, lo cual no significa que exista la genitalidad en la infancia. Debemos saber que sexualidad no es sinónimo de genitalidad. Si bien en la adolescencia esta última queda incluida dentro de la vida sexual, es recién a partir de este momento que aparece. La sexualidad en la infancia es esencialmente autoerótica, es decir que su satisfacción se encuentra en el cuerpo propio y en los vínculos con los primeros objetos de amor: los padres.



Desde su nacimiento, el ser humano pasa por distintas etapas evolutivas

¿CUÁLES SON LAS FASES DEL DESARROLLO SEXUAL EN EL SER HUMANO?

Existen en la infancia fases del desarrollo sexual, con características propias de cada etapa. Si bien estas fases aparecen de acuerdo a la edad cronológica, se puede pasar de una a otra y luego volver a la anterior a través de un mecanismo llamado *regresión* que se genera a raíz de acontecimientos traumáticos. Es así que un niño de seis años que se encuentra en su período de latencia, puede regresar transitoriamente a su etapa oral a raíz de un acontecimiento traumático que despertó sumo dolor en él (por ejemplo, el nacimiento de un hermanito), logrando a través de esta regresión captar toda la atención y el cariño de sus padres.

Freud distinguió dentro del desarrollo sexual humano dos tiempos (ambos separados por el período de latencia):

1. La organización genital infantil
2. y la organización genital propiamente dicha, que se instaure en la pubertad.



La infancia es la primera etapa del desarrollo humano

1. La organización genital infantil

Fase oral o canibática: la actividad sexual no se ha separado aún de la nutrición. La meta sexual consiste en la incorporación del objeto. La actividad predominante es el chupeteo.

Fase sádico-anal: la actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo.

Fase fálica: es la fase que sigue a las fases oral y anal y se caracteriza por una unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales; pero a diferencia de la organización genital puberal, el niño o la niña no reconocen más que un órgano genital: el masculino. La fase fálica corresponde a la declinación del complejo de Edipo.

Período de Latencia

«Período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil (quinto o sexto año) y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales) y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el período de latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión (que provoca una amnesia que abarca los primeros años), una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones».

(Laplanche, J, Pontalis, J.B., *Diccionario de Psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona, 1981).

Entre el quinto y sexto año de vida se inicia el periodo de latencia



Según Freud el complejo de Edipo es vivido entre los tres y los cinco años, durante la fase fálica. Su declinación señala la entrada en el período de latencia. Experimenta cierta reviviscencia durante la pubertad y es superado, con mayor o menor éxito, a través de la constitución de una elección de pareja.

Podemos decir que el complejo de Edipo desempeña un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y en la orientación del deseo humano. Los psicoanalistas han hecho de este complejo un eje de referencia fundamental, intentado determinar para cada tipo psicopatológico las modalidades de su planteamiento y resolución.

Con la aparición del período de latencia, el sujeto deja atrás los afectos propios del complejo de Edipo y aparecen en él ciertos rasgos que son tomados de los padres (mediante el proceso de identificación con ellos). De este modo, un niño que tiene un padre carismático, por ejemplo, copiará de él este rasgo y lo hará propio. Es decir que pasado el período propio del complejo de Edipo, se deja atrás el enamoramiento hacia el progenitor del sexo opuesto y se toma de éste algún o algunos rasgos que se harán propios, formándose así la personalidad.

El empuje propio de la pubertad hace declinar el período de latencia. Durante esta etapa aparecen nuevos cambios.

En síntesis, debemos establecer que existen dos tiempos en la vida sexual de los seres humanos:

- un primer tiempo que transcurre entre los dos y los cinco años. Luego sobreviene el período de latencia.
- El segundo tiempo viene con la pubertad y determina la conformación de la vida sexual definitiva.

A esta edad los niños se identifican con sus padres y toman rasgos de ellos

¿QUÉ ES EL COMPLEJO DE EDIPO?

«Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada *positiva*, el complejo se presenta como en la historia de *Edipo Rey*: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma *negativa*, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada *completa* del complejo de Edipo.»

(Laplanche, J, Pontalis, J.B., op. cit.).



CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

Con la llegada de la pubertad y los primeros cambios físicos todo se ordena en función de la zona genital, lo cual no aparece antes de este momento; de esa manera toda la sexualidad adquiere una característica nueva, que tendrá los rasgos propios de la sexualidad adulta. A partir de este momento se da la organización genital propiamente dicha.

La adolescencia aparece como una etapa que transcurre entre la infancia y el momento en que se accede a una sexualidad adulta. Es concebida como un 'túnel' en cuyos extremos están la niñez y la adultez. Se trata de una metamorfosis, un momento de cambios, que se desencadenan a partir de la maduración sexual del joven. Conjuntamente, toda una revolución interna moviliza los patrones de referencia que ordenaban el mundo hasta ese momento. Es entonces cuando los saberes hasta entonces válidos se vuelven carentes de sentido para ordenar el mundo.



El adolescente, una persona entre la infancia y la adultez

Quino, a través de su personaje de Mafalda, ilustra la continuidad que supone la adolescencia entre la infancia y la adultez: «¿Pensaste alguna vez que estos jóvenes que hoy sufren porque los adultos no les dejan camino son los mismos que mañana cuando sean adultos, no nos van a dejar camino a nosotros?».

En este paso de un espacio a otro deberán producirse ciertas adquisiciones, como la reconstrucción de la identidad y la emancipación. Los fracasos en estos logros conducen a vivencias de vaciamiento emocional, anomia y sujeción a pautas arcaicas o infantiles, bloqueos o directamente detención del desarrollo. El fracaso en cualquiera de estos logros deja marcas irreversibles.

Francoise Doltó, psicoanalista francesa, toma el modelo de la langosta de mar o del bogavante que en un determinado momento pierden su concha y se ocultan bajo la roca mientras segregan una nueva. Si reciben un golpe quedan heridas para siempre. Reconstruyen su caparazón que recubrirá sus heridas, formará cicatrices pero no las borrará.

El adolescente atraviesa una etapa caracterizada por sucesivos duelos, lo cual lo vuelve sumamente vulnerable. A esto se agrega que la sociedad actual le ofrece muy pocas «rocas» protectoras. Es vulnerable, entonces, porque mientras realiza esta operación de cambio, de duelo, de pérdida -igual que la langosta de mar-, no encuentra demasiados espacios de contención social que permitan aminorar el dolor de las heridas.

La presencia de la familia y de la escuela será de gran importancia para el joven en este momento de grandes incertidumbres. Si se ubican adecuadamente frente a la conflictiva de los adolescentes, una y otra pueden brindarle apoyo y seguridad para que transiten con más éxito una etapa de por sí conflictiva.

La autora recién citada lo dice del siguiente modo:

«He aquí una de las posibles y gráficas maneras de definir la adolescencia como un edad en que el ser humano no es Dios, mesa ni jofaina». Y concuerda con una visión no cronológica de esta etapa estableciendo que «no existe una edad precisa que establezca la fecha de esta fase del desarrollo del individuo... Lo que hay es una influencia que les empuja hacia esta zona de turbulencia, pues cada uno la vive según la relativa precocidad, o, por el contrario, según sus atrasos, al capricho de su propio tiempo».

Uno de los logros más dolorosos de esta etapa es el desasimiento de la autoridad parental. Doltó identifica el valor de la emancipación para el joven:

«Aquellos que de entrada no hayan consumado la ruptura que realiza la toma de autonomía...estarán en condiciones de inferioridad respecto de los otros, pero todos necesitarán de toda su voluntad de vivir, de toda la energía de su deseo de llegar para afrontar esta muerte de la infancia».

La escuela puede ofrecer contención
a los adolescentes



LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad no aparece en la vida de las personas en la adolescencia: somos seres sexuados desde el nacimiento, por lo cual la sexualidad aparece desde la infancia y se reorganiza a partir del segundo tiempo que es la pubertad.

Para entender más acabadamente esta nueva sexualidad, debemos conocer primero las características de la sexualidad en la infancia.

Sabemos que ya en la niñez se consume una elección de objeto. A esto Freud aludía bajo el concepto de «Complejo de Edipo», como el enamoramiento o la atracción que el varoncito siente hacia la madre, así como la niña hacia el papá. Aquí se da una primera elección de objeto infantil. Esta sexualidad infantil Freud la denominó 'perversa polimorfa', ya que busca su satisfacción a través de diversas vías y no tiene como fin la reproducción. Llama la atención el enterarnos de que parte de ella se lleva a cabo a través del contacto de los niños al satisfacer sus necesidades vitales, como el amamantamiento o el aseo. Es así que a través del acto de mamar el niño satisface su necesidad de alimento y de contacto con el otro materno, prolongando el acto de mamar a través del chupeteo, que le produce un 'plus de satisfacción'.

Con el advenimiento de la pubertad y el cambio corporal, se renuncia -parcialmente- a las satisfacciones sexuales infantiles y aparece una nueva sexualidad, entrando en contradicción la vieja forma de satisfacción infantil. En la nueva etapa, la elección de objeto va a realizarse fuera del ámbito familiar. El púber busca objetos de amor extra-familiares (compañeros, compañeras, vecinos, amigos de club, etc.), pero todos ellos van a estar marcados por las primeras elecciones infantiles. Es decir que la nueva elección de objeto del adolescente va a tener las características que han tenido los primeros vínculos con los objetos de amor de la primera infancia.

De este modo, la sexualidad infantil determina los modos de elección que se llevan a cabo en la adolescencia y en la juventud.



En la adolescencia aumentan las relaciones con personas de la misma edad, de ambos sexos

Los duelos del adolescente

La adolescencia está marcada por sucesivos duelos:

- 1- Duelo por el cuerpo infantil
- 2- Duelo por los padres de la infancia
- 3- Duelo por la identidad infantil
- 4- El joven es convocado a tomar la palabra

Estas pérdidas conllevan situaciones de crisis, es decir que para atravesar estos duelos el adolescente vivenciará el dolor de estas pérdidas. Es por esto que resulta ser una etapa sumamente conflictiva. Los antiguos modos de ordenamiento del mundo interno (los modos infantiles) aparecen cuestionados, ya que a esta altura deben dejarse atrás las antiguas formas de entender el mundo infantil.

1- Duelo por el cuerpo infantil

Aparece un cuerpo con características distintas a las de la infancia, empieza a configurarse una relación distinta con los padres y una identidad diferente comienza a construirse.

Es decir que, a los cambios corporales se suman los cambios psicológicos. A partir de este momento, que variará de un joven a otro, se emprenderá la búsqueda de nuevos saberes, propios y distintos a los que transmitieron los padres. Aparecen nuevos modelos, nuevos ideales y se inicia el proceso de construcción de una identidad distinta a la infantil, pero marcada por los patrones predominantes en el núcleo familiar de la infancia.

Acerca de la prohibición del incesto

La exigencia civilizadora de la sociedad debe tender a la constitución de unidades sociales más elevadas, es por ello que actúa ordenando la vida de los seres humanos y posibilitando a la vez que prohibiendo ciertos vínculos. Es así que actúa en todos, especialmente en el adolescente, para desatar y aflojar los lazos contraídos en la niñez con la familia.

En la adolescencia se produce el acercamiento al otro sexo

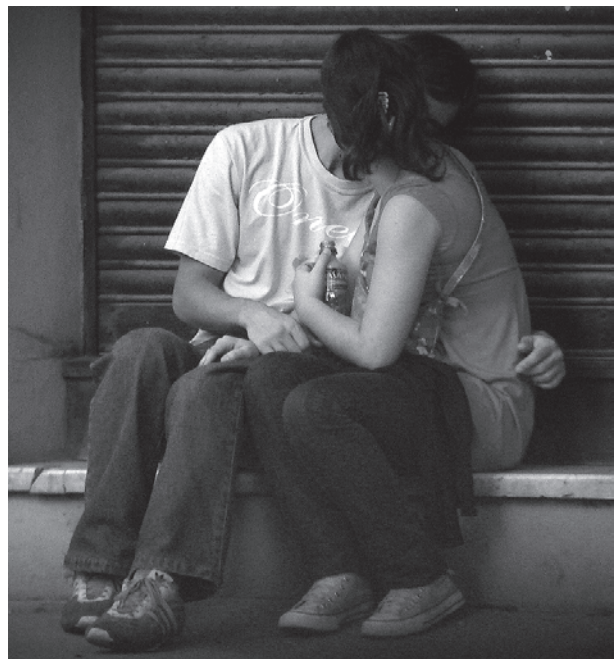
2- La relación con los padres cambia y aparecen los grupos

La pubertad aparece para el sujeto como un momento en que se torna conflictivo el vínculo con los padres. Pero, ¿por qué? Podemos explicarlo sencillamente: cambia el cuerpo, cambia la mente y es necesario que la identidad infantil sea cambiada también, y es en esto que hacemos referencia al vínculo con los padres. Si el púber tiene que dejar de ser un niño, su relación frente a los papás debe ser necesariamente otra. El joven necesita hacerse un nuevo lugar frente a ellos, lo cual al comienzo no es muy fácil por lo cual el vínculo con ellos se torna conflictivo.

El púber necesita liberarse de la autoridad de sus padres y, por momentos, la confrontación con ellos aparece como el primer intento de lograr esta meta.

Aparecen nuevos intereses: el grupo de amigos, las bandas adolescentes, las salidas. Si antes el mundo estaba compuesto por sus parientes más cercanos (tíos, abuelos, hermanos, padres), ahora el grupo de pares va a suplantarse a éstos, volviéndose el centro de interés.

Existe ya en la infancia una elección de objeto. Con la maduración sexual, estos objetos de amor primarios (los padres) deben ser abandonados y reemplazados por objetos eróticos no incestuosos.



3- Duelo por la identidad infantil

Lo específico de la pubertad no es otra cosa que lo traumático del enfrentamiento con la posibilidad efectiva del acto sexual y del ser padre. La confrontación con este cambio implica todo un reordenamiento interno del joven que conlleva el abandono de la identidad infantil.



4- El joven es convocado a tomar la palabra

¿Qué significa que el adolescente es convocado a tomar la palabra?

Significa que, en el proceso de desprendimiento de la autoridad de sus padres, deberá «hacerse responsable de su propia palabra», es decir, ya no serán ellos (sus padres) quienes decidan por él (si bien es bueno que estén presentes en este momento), sino que el adolescente irá tomando pequeñas e importantes decisiones.

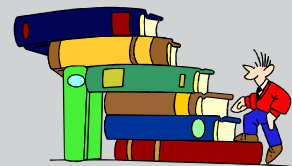
El sujeto debe liberarse de la autoridad de sus padres y, quizás sea esta una de las cuestiones más dolorosas de la pubertad. Si en la infancia su palabra no podía diferenciarse de la de sus padres, llegado este momento el joven deberá comenzar a diferenciarse, asumiendo sus semejanzas y diferencias respecto de ellos.

Aparece la posibilidad de cuestionar sus ideas, pensamientos y formas de actuar, a partir de cierta capacidad del adolescente de revisar estas verdades que en la infancia aparecían como incuestionables.



Dejando de ser niño sin llegar a ser adulto: uno de los conflictos que enfrenta el adolescente

LECTURA



Tribus urbanas, lugares de pertenencia

Cada vez son más los adolescentes que se suman a alguno de estos grupos y adoptan el look y el lenguaje de sus referentes

Por Evangelina Himittian
De la Redacción de LA NACION

Unos eligen el negro y otros, los colores. Algunos sólo buscan pasar inadvertidos y otros, ser vistos por millones. Están los que aman el deporte y los que no corren ni el colectivo, los que parecen felices por elección y los que se confiesan tristes practicantes. Lo cierto es que casi todos, sean *floggers*, emos, raperos, cumbieros, *visual kei*, *gothic* lolitas, antiemos, *fox*, góticos y *antifloggers* eligen el Abasto o la plaza del palacio Pizzurno como lugar de culto.

Cada vez son más los jóvenes que adoptan alguna de las llamadas tribus urbanas como grupo de pertenencia. Los especialistas estiman que entre el 20 y el 30% de los adolescentes se identifican hoy con alguna. «No podemos decir que toda la juventud esté tribalizada. Pero, a pesar de que son grupos pequeños, tienen una importante significación en la medida en que producen visibilidad e instalan modas, formas comunicativas y tendencias», explica Marcelo Urresti, sociólogo de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, que desde hace tres años dirige una investigación acerca de las nuevas tribus.

Agustina Vivero es un claro ejemplo. Tiene 17 años y en su fotolog se hace llamar Cumbio. Cuando «postea» una foto la gente se agolpa para comentarla. En un año y medio, su sitio fue visitado por 11 millones de usuarios y Nike la eligió para ser la cara de su campaña. Hoy organiza fiestas y sus amigos les cobran unos 600 pesos a los boliches sólo para estar.

Pero también están aquellos que prefieren el bajo perfil y que se alejan de cualquier estereotipo de violencia. Como Eva Sánchez, de 16 años, que vive en Pilar y hace un año se convirtió en *gothic* lolita. «Emulamos el estilo victoriano, con vestidos de encaje que se usan sobre un traje negro y con maquillaje gótico», contó a LA NACION, sentada frente al palacio Pizzurno. Esta tribu, de origen japonés -una de las últimas que llegaron al país-, se compone sólo por mujeres. Su actividad favorita es tomar el té en una plaza. «Todos tenemos una parte impura. Nosotras la caracterizamos vistiéndonos como chicas inocentes, para enfatizar que en realidad nadie lo es», sintetiza Eva.

Los emos son esos chicos de negro que se maquillan con fucsia y se tapan un ojo con el flequillo; los *floggers* combinan glamour con pantalones «chupines» y lentes de sol. Sin embargo, la identidad de tribu va más allá de la imagen.

«Hay cuatro pilares que sustentan la identidad de una tribu: una estética, el estilo de música, los lugares frecuentados y un lenguaje; eso, sobre la base de una ideología en común, que aunque muchas veces se enmascare como falta de ideología, siempre está allí, subyacente, ya que la no ideología es una ideología», apunta María José Hooft, responsable de la cátedra Subculturas Juveniles del Instituto Bíblico Río de la Plata, que acaba de publicar el libro *Tribus urbanas*, dirigido a líderes de iglesias, docentes y padres. Intenta evitar el «horror» que sienten los adultos cuando se enfrentan a un adolescente «tribalizado».

Algunas de las tribus son movimientos netamente locales. Tal es el caso de los *floggers* y los rolingas. «En todo el mundo hay seguidores de los Rolling Stones. En otras partes son Stones, pero acá además están los rolingas, que combinan su gusto por los Rolling con un fanatismo por bandas como Viejas Locas o expresiones del llamado rock chabón», explica Hooft. «También nos gustan Callejeros y La 25», acota Jonathan Mazzeo, de 15 años, «rolinga de alma», que tiene su propia banda de rock barrial.

Aaromm Cabrera (así pidió que se lo identificara) tiene 19 años y se inscribe entre los pioneros del movimiento *flogger*. «Hace un año y medio, Cumbio nos convocó a un grupo de amigos al Abasto porque venía un chico de Rosario. Nos juntamos un miércoles y éramos 30; a la semana nos volvimos a juntar y ya éramos 200, y al miércoles siguiente, casi 1000. Hoy, el Abasto es la iglesia *flogger* ... vamos todos los domingos», cuenta.

Mariana Sandoval, de 20 años, no se pierde un encuentro, aunque considera que el espíritu de tribu se fue perdiendo con la masividad. «Antes entraban a ver tus fotos. Ahora, es cuestión de firmar para ser popular», cuenta.

Yasmín Nazer tiene 19 años y es rastafari. «La gente nos identifica como los «drogonos». En mi casa les costó aceptarlo. Pero bueno, después lo aceptaron. Yo, por ejemplo, decidí no fumar y todos me respetan. Somos una tribu muy abierta», cuenta.

Para Rodrigo Rojas Gacitúa, de 18 años, las cosas no fueron sencillas. Sobre todo, cuando vivía en Baradero y se convirtió en el primer gótico. «Mi papá no me entendía. Decía que era gay, que andaba en la macumba. Un día vi un documental y me sentí identificado... me dije «eso soy yo»», cuenta. Tiene media cabeza rapada y una melena. «Desde entonces vivo vestido así, yo soy así. A la gente no le gusta. Nosotros nos vestimos como los personajes de sus peores pesadillas, pero tenemos la valentía de mostrar esa cara de la sociedad», sostiene.

Sólo apariencias...

Las fronteras entre tribus no son rígidas. De hecho, si uno aborda a algún adolescente tribalizado, no debe dejarse guiar por las apariencias.

Matías Laurel, de 22 años; Darío Pelozo, de 20, y Gabriel González, 16, explican por qué. «Nosotros hacemos hip-hop, pero cada vez es más difícil ponernos ropa que nos distinga, porque los cumbieros nos copian desde las zapatillas hasta las marcas de la ropa», dice Darío. Matías optó por coserse su propia ropa.

Nicolás González, de 15 años, es un emo «recuperado»: un *fox*. «Antes era emo. Me había hecho por problemas personales. En la primaria nadie me hablaba, hasta que me hice emo y encontré amigos», aclara. *Fox* es otra tribu surgida como una «cruzada» en defensa de los emos, que en todo el mundo son atacados por otras tribus, entre ellas, las de cumbieros, *floggers*, *punks* o metaleros.

«Los que nos atacan no son las tribus sino las personas. Nos burlan, nos estigmatizan como seres tristes. Cuando subo al tren la gente se aleja de mí porque piensa que soy peligroso... es ridículo», dice Ezequiel Cavanese, de 18 años, que es emo, cursa el CBC y quiere ser pediatra.

Florencia García es su novia, también emo. Le da un beso e imita al personaje del actor Diego Capusotto que encarna a un representante de esa tribu. Después, cuenta que su mamá «lo adora» a Ezequiel, y se le escapan dos lágrimas del ojo izquierdo. «Se puede ser emo y ser feliz», remata.

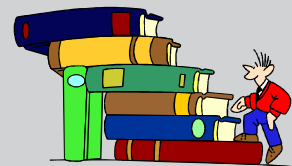
Tomado de diario *La Nación*, 15 de setiembre de 2008

ACTIVIDAD



- Reunidos en grupos de hasta cuatro chicos, lean atentamente el artículo y extraigan la idea principal. Tomen una hoja y redáctenla por escrito.
- Luego, busquen más información en diarios, revistas y/o en Internet. Si desean pueden tomar una película que hable sobre el tema y analizarla detalladamente.
- Finalmente, realicen un informe de no menos de tres páginas sobre el tema.

LECTURA



Un inquietante fenómeno urbano: jóvenes que tienden a victimizarse

«Emos», la tribu de adolescentes tristes

Son de clase media; algunos se autoflagelan para mostrar su dolor; rechazan a sus padres y a la sociedad

Todos los sábados, pasadas las 16, cientos de adolescentes vestidos de negro, con sus ojos maquillados, los flequillos en el ojo y la mirada triste, pueblan las inmediaciones de la plaza Rodríguez Peña, situada en la calle Rodríguez Peña entre Paraguay y Marcelo T. de Alvear, frente al Ministerio de Cultura y Educación. Se trata de una nueva e inquietante tribu urbana, los «emos» (abreviatura de *emotional*, en inglés), que cuenta con cultores en todo el mundo y que cada día gana nuevos adeptos en la Capital.

Debido a sus estrafalarios peinados y su andar afeminado, los «emos» muchas veces son comparados con los «metrosexuales» (hombres que cuidan mucho su estética, y terminan brindando un aspecto femenino).

Nahuel, un «emo» que ayer estaba en la plaza Rodríguez Peña, contó: «Todos los sábados hay peleas entre las distintas tribus. A nosotros siempre nos buscan para pegarnos por nuestro aspecto, un poco afeminado». En general, los «emos» son muy delgados y se dejan el pelo largo, para ocultar sus rostros. «Usamos los cabellos en el ojo para mostrar que una parte de la sociedad nos da vergüenza. No queremos que esa parte de la sociedad, que no nos gusta, nos vea», afirmó Matías.

«No queremos cambiar el mundo; sabemos que eso no tiene sentido», aclaró otro «emo».

Los «emos» se definen como personas sensibles. El mundo que los rodea no los comprende y, quizá por eso, tienden a victimizarse. Frases como «la gente nos discrimina» o «¿Por qué me dejaste?» son frecuentes entre los «emos».

El psicólogo Miguel Espeche explicó a LA NACION: «Expresar un estado del alma, y hacerlo de manera compartida es mejor que corroerse en soledad y estallar en patologías graves. A la vez, lo que se expresa, como en el caso de los grupos de jovencitos que juegan con rituales extraños a los ojos de lo normal, puede ser muy triste y dar cuenta de una imagen de una gran desolación, rabia o un gran miedo».

La mayoría de los «emos» consultados por LA NACION admitieron que se llevan muy mal con sus padres y que casi no tienen diálogo con ellos. «Ellos no nos entienden», dicen.

En este sentido, Espeche alertó: «Los padres tienen que ser capaces de ofrecerles a sus hijos un lugar en el mundo con algo más de luz que el que estos muchachos sienten tener para ellos».

Los «emos» escuchan grupos musicales como My Chemical Romance, Panic! at the Disco y 30 Seconds to Mars, que centran sus canciones en sentimientos como el amor, el odio y la desilusión. Estos grupos son fuertemente impulsados por MTV.

En un principio, el *emo-core* fue un subgénero musical que nació en los 80 en Washington DC, como un desprendimiento del punk. Los grupos pioneros fueron Rites of Spring, Embrace y Gray Matter, entre otros. Sin embargo, los grupos que hoy se conocen como «emos» tienen poco que ver con aquellos ignotos pioneros.

Autoflagelación

Existen «emos» que, entre otras prácticas oscuras, se cortan la piel como sinónimo de descontento con el mundo que los rodea y fantasean con el suicidio.

Algunas parejas de «emos» se cortan el cuerpo para llevar las mismas marcas, como símbolo de fraternidad, lo cual constituye, en tiempos del VIH/sida, un riesgo para su salud.

Hasta suben videos a Internet donde aparecen cortándose los brazos. De hecho, en You Tube se cuentan

por decenas los videoclips donde jóvenes «emo» se cortan los brazos.

«Hay muchos «emos» que se cortan los brazos para expresar el dolor que llevan adentro», indicó Sebastián, un integrante de la tribu de 16 años.

Usan piercings, tatuajes y, a diferencia de los «góticos», suelen romper con la monotonía de la ropa oscura a través de alguna prenda o accesorio fluo.

Diferencias

Por un lado están los «emos» que manifiestan que lo suyo es genuino. Del otro lado, están los que son tildados peyorativamente de «posers» (calificativo negativo que alude a los «emos» que son «pura pose»). Los «emos» sienten un aprecio especial por las películas de Tim Burton, sobre todo por *El extraño mundo de Jack*.

La disco predilecta de los «emos» es Alternativa, en el centro porteño. Allí suelen bailar en círculo, turnándose para pasar al centro. Bailan moviendo sus brazos y piernas, como en una lucha cuerpo a cuerpo.

Los «emos» suelen irradiar, mientras bailan, un grito estremecedor, conocido como «scream». Se supone que el grito de los «emos» encarna un profundo dolor.

Por Franco Ruiz, de la Redacción del diario *La Nación*
9 de marzo de 2008



Caricatura de distintas tribus urbanas

¿Qué características presentan las tribus urbanas?

Veamos a continuación cuáles son las características de las tribus urbanas:

a) El triunfo del microgrupo. Es importante estar juntos. La tribu se fundamenta en lo afectivo, el compartir una misma forma de pensar, de vestir, de hablar o de divertirse protege a los componentes contra las imposiciones externas, sean de la sociedad o de otros grupos tribales. El tribalismo propicia la necesidad de reforzar vínculos entre los miembros del grupo. La eficacia asegura la solidez del grupo pero el lazo de unión deja de ser eficaz cuando ya no es útil para el individuo.

b) La identificación y la participación son los ejes de la identidad grupal, se fundamentan sobre la igualdad de necesidades, de objetivos y de ideales. Las tribus urbanas son ejemplos de grupos en los que no existe una jerarquía, sus integrantes se tratan de igual a igual. Los mecanismos de identificación y participación se potencian mediante la utilización de rituales que permiten mantener y reforzar los vínculos que los unen. Un ejemplo lo encontramos en el ritual de la fiesta que los junta cada fin de semana.

c) La comunicación ritual es uno de los elementos esenciales de la vida de la tribu. Dicha comunicación no está basada en el discurso racional-abstracto sino en el intercambio afectivo y no verbal.

Este lenguaje crea una corriente de desindividualización y permite que el individuo pase a formar parte del grupo y se haga partícipe de esta realidad grupal. La ropa, los tatuajes, la participación en los conciertos, constituyen nuevas formas de comunicación, el discurso verbal queda diluido.

d) La emoción, el sentimiento compartido.

Toda emoción implica una tendencia a la acción, los grupos almacenan en su seno las emociones, los sentimientos compartidos que se activan en un momento determinado y se contagian. Es un ejemplo de ello el estado de histerismo que las fans manifiestan cuando van al encuentro de sus ídolos. Los lloros y los desmayos fluyen y se contagian como una corriente eléctrica y el grupo se convierte en una masa enfervorizada, casi sin control.

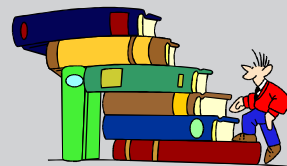
ACTIVIDAD

Elijan una tribu urbana y analicen los conceptos descriptos.

Pueden buscar un recorte de diario o imprimir una página de fotolog o de alguna página de Internet y aportar datos sobre la tribu elegida.



LECTURA



CONDUCTAS: ES EL ESCENARIO DONDE CONVIVEN «EMOS», «FLOGGERS», «RAPEROS», «CUMBIEROS» Y OTROS GRUPOS

Abasto: pelea barrial en el lugar de encuentro de tribus urbanas

La gresca del domingo a la tarde terminó con 18 jóvenes detenidos frente al shopping. Aunque se creyó que era otra pelea entre tribus urbanas, se trató de una disputa entre La Paternal y Villa Crespo. Se habían convocado por Internet.

La escalinata ancha del Shopping Abasto se convirtió en los últimos tiempos en un ícono del encuentro adolescente, un espacio multirracial. En sus bordes conviven y se reparten territorio diferentes grupos, distintas modas: los mediatizados emos y floggers (hijos de carne, hueso y flequillo diagonal de la revolucionaria Web 2.0); raperos, cumbieros y algunos otros, inclasificables.

A pesar de que son ellos mismos los que reconocen que comparten el escenario con cierto respeto a cada una de sus ondas, no siempre suele haber paz sobre la calle Agüero. El domingo, dos bandas barriales activaron un choque que habían pactado a través de Internet. Se trenzaron. Hubo piedrazos, palos y menos piñas que Policía.

Al principio se creyó que se había tratado de una batalla campal entre las tribus de emos, floggers y cumbieros. Lo cierto es que el encontronazo tuvo como protagonistas a dos bandas barriales, otro tipo de tribus urbanas, más antiguas que las que ahora están de moda: por un lado, los pibes de La Paternal; por el otro, la alianza Almagro–Palermo–Villa Crespo.

El motivo de la pelea, que terminó con 18 chicos detenidos durante varias horas en la comisaría 9ª, fue otra, que se produjo el miércoles de la semana pasada. Pero hay dos raíces que, dicen, originaron las diferencias: tal vez porque buena cantidad de adolescentes de la Capital se juntan allí, los de Paternal (también) querían parar en Abasto. Pero ése es territorio de los otros. Además se cruzaron cuestiones futboleras: los de Villa Crespo son hinchas de Atlanta; los de Paternal defienden los colores de Argentinos Juniors. Y la rivalidad barrial de estos equipos también combustionó las diferencias.

«El miércoles hubo una pequeña pelea entre Paternal y Villa Crespo. Hay lío por el fútbol. Yo soy de la banda de Palermo y vinimos a apoyar a los de Villa Crespo, porque hay un par de amigos. Y saltamos para defender a ellos, porque Paternal venía con mucha gente. Eran como 60, y nosotros terminamos juntando más o menos lo mismo», le contó Alex a Clarín, ayer en las escalinatas del Abasto.

La pelea entre ambas bandas no dejó ni heridos ni daños en los comercios ni en el shopping. Según la Policía, no se registraron denuncias. Parte de la responsabilidad de que no haya pasado nada más grave que una pelea entre adolescentes fue que allí había patrulleros, que desde las agresiones a los floggers, tiempo atrás, están siempre apostados en la cuadra.

«Por la calle Humahuaca, hacia Agüero, apareció un grupo de chicos, unos 100, 150, que iban a las escalinatas. Y justo ahí se iniciaron los incidentes. Fundamentalmente lo que hubo fue rotura de botellas y arrojaron piedras. Pero apenas venía ese grupo, la Policía trató de que no se mezclen las bandas, con apoyo de otros móviles», informaron fuentes de la Policía Federal. Los jóvenes, todos de entre 14 y 17 años, fueron detenidos por «resistencia a la autoridad».

«Como había un movimiento raro se deben de haber dado cuenta de que algo iba a pasar. La Policía estaba cerca y no se llegó a armar quilombo», contó Brian, quien dijo que la pelea se pactó por Internet: «Apenas volví a mi casa después del choque del miércoles, tenía mensajes de gente de Paternal para darnos el domingo acá».

«Yo estuve. Me agarraron, tiré algunas piñas, le pegué unos llaverazos a un par y sin querer a un policía, por eso me llevaron preso», confesó Emiliano, otro del eje Almagro–Palermo–Villa Crespo, que ostentaba ayer su soberanía en el cemento del Abasto.

A pesar de que circularon versiones de que los cumbieros habían ido a pegarles a los floggers, ellos mismos lo negaron. «La pelea fue entre bandas de los barrios. Nos pasó por el costado. Cuando llegaron, nos quisimos meter adentro del shopping y los de seguridad no nos dejaron. Pero con nosotros no pasó nada», le avisó a Clarín Agustina, conocida como «Cumbio» y referente del mundo flogger.

A pesar de que sobrevuela cierto rencor entre las bandas, Brian niega que el choque se vaya a repetir. «Paternal pidió perdón, así que no va a haber más disturbios».

Tomado del diario *Clarín*

EL SÍNDROME DEL ADOLESCENTE NORMAL

El doctor Mauricio Knobel -psiquiatra infanto juvenil- en su tesis sobre el síndrome normal del adolescente, afirma que ellos atraviesan desequilibrios e inestabilidades extremas que los obligan a recurrir a defensas y conductas también extremas, por lo cual se puede hablar de una verdadera patología normal del adolescente.

Los síntomas de esta patología son:

- 1- Búsqueda de sí mismo.
- 2- Tendencia grupal. Sobreidentificación masiva entre los miembros del grupo, huida a la uniformidad.
- 3- Necesidad de fantasear e intelectualizar.
- 4- Crisis religiosa, preocupación metafísica y ética.
- 5- Desubicación temporal. Convierte el tiempo en presente, las urgencias son enormes y las postergaciones, irracionales.
- 6- Evolución del autoerotismo a la heterosexualidad.
- 7- Actividades sociales reivindicatorias. Rebeldía juvenil.
- 8- Tendencia a la acción.
- 9- Separación progresiva de los padres.
- 10- Fluctuación del humor y del estado de ánimo.



Desequilibrio e inestabilidad emocional son normales en los adolescentes

Diferencia entre pubertad y adolescencia

Adolescencia proviene de un término latino que significa 'crecer, padecer, sufrir, ir creciendo para convertirse en adulto'. Implica un período de crisis entendido como proceso de cambio a través del cual el joven alcanza la autonomía psicológica y se inserta en el medio social, sin la mediatización de la familia. En esta etapa hay dos tareas fundamentales a realizar:

1- El logro de la propia identidad, el alcanzar una definición de sí mismo, una valoración y una seguridad personal, partiendo de la reorganización de la personalidad con la revisión de los procesos de identificación con las figuras primarias y de la integración con otras nuevas identificaciones con personas y con grupos.

2- La apertura al mundo socio-cultural con una búsqueda del sentido de la vida y el desarrollo de un proyecto personal.

Pubertad no es sinónimo de adolescencia. La pubertad podemos caracterizarla por los cambios físicos que suceden a partir de los 9 y 10 años; siendo la adolescencia un fenómeno psico-cultural que no tiene un tiempo definido que la separe de la anterior y que dura hasta comenzar la adultez.

Con el desarrollo y los cambios sociales, esta 'antesala del mundo adulto' que es la adolescencia se ha ido prolongando, alcanzado en la actualidad una extensa duración que varía según las clases sociales.

En los sectores socio-económicos medios y altos y en las zonas urbanas desarrolladas, por ejemplo, la necesidad de una mayor capacitación y educación origina una tendencia a favorecer la prolongación de la adolescencia. Así, por ejemplo, los estudios universitarios en los adolescentes de los estratos medios y altos dificultan o retardan la formación de una nueva familia, incrementando la dependencia económica y emocional del joven respecto de sus padres. Esto dificulta el logro de la autonomía, esperable de la vida adulta.

Sin embargo, esta extensión de la duración de la etapa adolescente no suele darse en los estratos sociales más bajos. En éstos, las necesidades económicas empujan al joven, y en muchos casos a los niños, a insertarse precozmente en el mundo adulto. De esta manera, la duración del período adolescente no solamente varía según las épocas, los países y las culturas, sino que también es diferente dentro de una misma comunidad, en los distintos sectores sociales.

SOCIEDAD

ENCUESTA ENTRE ALUMNOS DE ESCUELAS PRIVADAS DE CAPITAL FEDERAL

El 70% de los adolescentes pasa entre 3 y 6 horas diarias frente a la PC

Según los expertos consultados, es un dato preocupante. No deberían superar las dos horas por día

Diario *Clarín*, 19 de octubre de 2010
www.clarin.com

Características de la adolescencia en nuestra sociedad

En la actualidad la adolescencia aparece investida de ciertas características valiosas. Los medios masivos de comunicación muestran a esta etapa como un ideal a alcanzar por el conjunto de la población. Asociada a ella aparecen valores y representaciones como el éxito, la felicidad, el bienestar y la belleza. La adolescencia y la juventud parecieran quedar ligadas a estos valores sociales, siendo deseable permanecer el mayor tiempo posible en ella.

Por eso, la imagen de muchos adultos termina confundándose con la de los adolescentes. Esto hace que los jóvenes no encuentren un lugar de diferenciación entre el mundo propio y el adulto, desapareciendo este último como un referente a seguir.

En nuestra época se impone la fugacidad. El tiempo cobra una especial medida y ritmo. Todo es más rápido, todo es descartable, recargable, reciclable, tiende a durar poco tiempo y a cambiar infinitas veces. La necesidad del cambio, en el mundo de hoy es constante. Cambian los modos de relacionarse, los vínculos se tornan superficiales y poco duraderos, la tolerancia respecto del otro disminuye.

«El éxito económico, como ideal a ser alcanzado, es una de las principales utopías que conserva una sociedad posmoderna que se ufana de no sufrir de utopismo. Porque hasta los sectores carenciados, que difícilmente puedan obtener este tipo de éxito, se arroban mirando por TV divas despampanantes, ídolos televisivos, que al decirles a su anónimos admiradores 'te quiero', 'sos divina', 'te mando un beso' desde la pantalla le hacen creer que se comparte con ellos la mullida butaca de un Mercedes Benz».

(Díaz, Esther, *Posmodernidad*, Ed. Biblos, Buenos Aires, 2000, p. 19).

Los adolescentes están inmersos en esta cultura y asimilan los valores que aparecen como válidos en ella. En congruencia con esto, muestran interés por lo fugaz y lo inmediato. No hay



Los adolescentes se identifican con su grupo de pares, que adquiere gran importancia en esta etapa

tiempo de espera, el esfuerzo para llegar a una meta pierde valor, todo debe lograrse ya.

Si bien el adolescente es por naturaleza rebelde y cuestionador, parecería que la ausencia de modelos provenientes del mundo de los adultos los confronta con un gran vacío. Una de las características de la adolescencia es el cuestionamiento de los saberes transmitidos por los padres de la infancia, la pérdida de la identidad de niño y la construcción de una nueva identidad que se llevará a cabo en función de nuevos modelos. Aparece una gran necesidad de suplantarse a los antiguos modelos infantiles por otros nuevos. Sin embargo, el adolescente actual no tiene a qué oponerse, al menos no claramente, en la medida en que no existen ideologías fuertes con las que elaborar un contraste.

Esto hace que las características de la adolescencia hoy sean muy distintas a las de otros tiempos donde los adultos aparecían como modelos fuertemente idealizados a alcanzar, una especie de guía que indicaba la forma de ser adulto. Hoy, ante la carencia de modelos adultos claros, los adolescentes desarrollan problemáticas asociadas a esta carencia: adicciones, alcoholismo, problemas de límites, conductas disruptivas, etc.

LOS ADOLESCENTES MÁS VULNERABLES

Ha escrito Silvia Schlemenson

«Cuando se trabaja en contextos sociales complejos no es fácil separar el fenómeno de la pobreza como factor determinante del proceso. Sin embargo, ubicarla como única razón resta posibilidades comprensivas de los fenómenos psíquicos, que están también habitualmente implicados en la complejidad de la situación».

La adolescencia es un momento clave en la vida de toda persona, ya que en ella el individuo configura su personalidad y empieza a delinear su proyecto de vida. Las condiciones sociales y económicas no favorables generan en esta etapa un doble sentimiento de vulnerabilidad, por las crisis que deben atravesar y por la vulnerabilidad propia de su condición social:

«Para muchos jóvenes, y en especial los más pobres, el proceso de ensayo y error que permite ir modelando a la persona durante esa etapa no está acompañado, en general, por la existencia de dispositivos sociales, educativos y recreativos adecuados que sirvan de soporte para desarrollar esa búsqueda. A partir de esto se va perfilando un vacío que los coloca en situación de gran vulnerabilidad, al borde de la exclusión» (KONTERLINIK, I. y JACINTO, C., op. cit., p. 23).

Si bien la adolescencia es una etapa de grandes cambios y esto aparece como una característica general más allá de la condición social en que se encuentre el joven, la adolescencia en contextos pobres posee características específicas. Los adolescentes carenciados se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social.



La condición socio-económica del adolescente incide (positiva o negativamente) en la resolución de sus conflictos

La vulnerabilidad social es un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. La vulnerabilidad social se expresa de diversas formas: como fragilidad o indefensión ante cambios originados en el entorno; como desamparo institucional desde el Estado, que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente a los ciudadanos; como debilidad interna del individuo para realizar los cambios que le permitan aprovechar las oportunidades que se le presentan; como inseguridad que lo paraliza y le impide diseñar estrategias para lograr mejores niveles de bienestar.

Numerosas situaciones 'dejan afuera' a los adolescentes pobres. Los medios masivos de comunicación los ponen en contacto con un mundo al cual no pueden acceder y las demandas laborales -cada vez más competitivas- los excluye de las posibilidades de acceder a un empleo. Sin embargo, estos jóvenes aparecen en primera plana cuando se habla de transgresión, violencia y muerte. La familia en situación de pobreza carece de las herramientas -materiales y psíquicas- necesarias para dotar al joven de elementos que propicien condiciones de educabilidad.

Una de las funciones más importantes de la familia es transmitir a los hijos modelos con los cuales identificarse. Este proceso se lleva a cabo en forma imperceptible y es uno de los aspectos constitutivos de la subjetividad. A su vez los mensajes transmitidos en forma voluntaria complementan la educación del menor.

Desde los primeros años de vida, los padres transmiten a los hijos normas, valores y representaciones que marcarán el camino del futuro desempeño en ámbitos ajenos al hogar. Si bien al llegar a la adolescencia estos saberes se ponen en cuestionamiento, los mismos marcarán el rumbo del joven en esta etapa crítica.

La pregunta es la siguiente: ¿qué pasa con los adolescentes que no han incorporado representaciones que ordenen su mundo actual? ¿Qué pasa cuando los mensajes transmitidos en la primera infancia por los adultos predisponen al joven a violar normas y reglas sociales? En este caso, el joven que carece de pautas que guíen su conducta en esta etapa será propenso a llevar a cabo conductas de riesgo. Aquel cuya familia no haya generado marcos de contención y estímulo, carecerá de referentes ordenadores.

El adolescente se enfrenta a un mundo nuevo, con todo lo que ha sido internalizado en la infancia. Y, como los cambios que se producen en este momento son múltiples y complejos, deberá poseer los instrumentos propicios para afrontarlos. El modo en que hayan sido incorporados los límites en el medio familiar, será la guía que poseerá el joven para respetar la ley en el entorno social.

Los mensajes transmitidos por los medios de comunicación estimularán en él el desarrollo de conductas de riesgo, si no es posible tener frente a ellos una mirada crítica que permita cuestionarlos. La ausencia de un entorno familiar y social que permita interpretar críticamente estos mensajes deja sin armas a los jóvenes, que son arrastrados a llevar a cabo conductas riesgosas para ellos y para su entorno. Anorexia, bulimia, conductas compulsivas y adictivas son estimuladas por la televisión y otros medios masivos de comunicación.

Si la escuela no favorece el trato desigual de los jóvenes más vulnerables, terminará condenándolos a la exclusión. El trato desigual implica una discriminación positiva, aquella que tiene en cuenta la aceptación de las diferencias individuales. Como señala Pérez Gómez:

«...Para estos niños/as, el trato de igualdad en el aula supone de hecho la ratificación de su retraso inmediato y de un fracaso anunciado a medio plazo ya que poseen códigos de comunicación e intercambio bien diferentes a los que requiere la escuela, y manifiestan diferencias bien claras en el lenguaje y en la lógica del discurso racional, así como en las destrezas y capacidades que requiere la vida académica y no disponen de apoyo familiar ni en cuanto a las expectativas sociales y laborales que puede abrirles la escuela, ni en cuanto al clima de intereses por el mundo de la cultura».

LOS ADOLESCENTES MÁS VULNERABLES Y LA MOVILIDAD SOCIAL

Sin caer en un reduccionismo clasista, analizaremos a continuación la temática de la escuela y su importancia y valoración atribuida por los diversos sectores sociales. En un intento de realizar una clasificación según ciertos rasgos generales, tomaremos los conceptos de clases sociales, sin descuidar las individualidades propias de cada persona dentro de esta clasificación.

Hoy en día los adolescentes mantienen con las instituciones escolares una relación ambigua y compleja. No podemos establecer una única relación que permita entender esta vinculación. Por un lado, porque existen distintos tipos de escuelas, que responden a modelos educativos diversos, que difunden distintos saberes, y que se insertan en contextos geográficos con características disímiles los cuales se enfrentan con problemas sociales completamente distintos.

Se suma a esto la diversidad de los jóvenes, pertenecientes a medios familiares y sociales distintos, lo cual complejiza aún más esta situación.

«Hoy en día ‘escuela’ no se asocia automáticamente con ascenso social; se la ve como un condición básica, necesaria aunque no suficiente, para la reproducción del lugar social ocupado por la familia de origen. Ya no se la ve como ascensor social, sino como un estabilizador, y esto se debe a que la probabilidad de movilidad social existente ya no es de ascenso, como hace treinta años, sino de descenso»

Tenti Fanfani, *Una escuela para los adolescentes*, Losada-Unicef, Buenos Aires, 2000, p. 63



Los adolescentes pobres son más vulnerables

En términos generales podemos decir que la escuela no ocupa hoy el lugar que tuvo para las generaciones anteriores, dejando de ser para los adolescentes el medio para el logro de ascenso social que durante tanto tiempo fue. La valoración actual de la institución educativa está fuertemente ligada al cambio que ha sufrido la idea de movilidad social en el imaginario de la población. Para los sectores populares y medios, la escuela representó durante décadas «la vía» de ascenso social; al encontrarse hoy obstruida esta posibilidad, parte de estos sectores decide abandonarla. A esta falta de expectativas hay que agregar las necesidades económicas, que dificultan a las familias de escasos recursos sostener una escolaridad prolongada.



Las chicas y chicos de más recursos disfrutan de condiciones favorables para una escolaridad exitosa

Adolescentes de sectores medios

La valoración que se le atribuye a la escuela cobrará características distintas según el marco social de la familia de origen, siendo las clases medias las que han ejercido la más alta presión escolarizante sobre sus hijos.

Para los sectores populares la escuela nunca ocupó un lugar destacado, comparado con la importancia que siempre se le ha atribuido al trabajo. De igual forma, el valor que las clases altas asignan a la educación no llega a ocupar la valoración que tiene para los sectores medios. En los sectores altos la presión ejercida sobre los hijos es más baja y se desarrolla en un contexto de mayor relajación, ya que no se espera de la escolarización la posibilidad de mejora, como ocurre en los sectores medios.

Como ha escrito Tenti Fanfani:

«Las clases altas tiene claro e incorporado el camino a seguir y no se juegan todo a la carta exclusiva del estudio como entre los sectores medios, lo cual les reduce ansiedad y dramatismo»

Los sectores medios, carentes de recursos materiales que aseguren la conservación del nivel de vida a través de otras vías, apuestan todo a la educación, esperando a través de ella que las generaciones más jóvenes logren mantener o mejorar la posición lograda por los padres. Sin embargo hoy no alcanza un nivel de educación básica para mantener esto. Hoy la escuela no garantiza el acceso a un empleo ni, menos aún, la posibilidad de ascenso social.

La caída de estas dos funciones atribuidas a la escuela históricamente, genera fuertes cambios en la valoración de esta institución. La posibilidad de deserción escolar en las clases medias era impensable décadas atrás, cuando se pensaba que la escuela era el medio para el logro de un futuro digno, el único capital que los padres dejaban a sus hijos. Sin embargo, la búsqueda de caminos ajenos a la escuela es hoy parte de nuestra realidad social.

El cambio de sentido asociado a la institución escolar es parte de ello:

«La tradicional mística de la escuela secundaria, entre los sectores medios, se está secularizando, es decir, está perdiendo su valor sagrado, de entidad indiscutible y, con más realismo, como lo muestra la valoración como mero ‘medio’, se va volviendo algo sin valor y que llegado el caso, si no se pretende el esfuerzo que llegue hasta el final, puede ‘abandonarse’».

(Tenti Fanfani, E., op. cit., p.65).

El empobrecimiento progresivo que está alcanzando la clase media es un factor a tener en cuenta. Cada vez resulta más costoso para estas familias mantener a sus hijos en el sistema educativo y teniendo en cuenta la gran incertidumbre asociada a la inserción laboral futura, muchos deciden abandonarlo. Muchas veces la apremiante situación económica hace que la búsqueda de un trabajo sea lo más inmediato, continuando sus estudios en el sector informal que, aparte de requerir menos años de estudio, resulta mucho más fácil. La presión que los medios de comunicación ejercen sobre los jóvenes, llevándolos a búsquedas inmediatas y sin esfuerzo, también genera grandes conflictos entre padres e hijos.

Es decir que, para aquellas familias que poseen un capital acumulado obtenido en base al esfuerzo personal, muchas de ellas provenientes de sectores populares, resulta problemático ver en sus hijos la búsqueda de soluciones mágicas. Por la presión que ejerce el desempleo juvenil y por la creciente cultura de lo fácil, este segmento de jóvenes se volverá susceptible a las ofertas de estudios informales, de secundarios acelerados, de ciertas escuelas de oficios (reconocidas o no), de instituciones que están al margen del sistema o de establecimientos que venden soluciones mágicas para resolver en poco tiempo lo que normalmente se realiza en mucho.

Adolescentes de sectores populares

¿Qué valor otorgan las clases populares a la escuela? ¿Qué importancia cobra en estos sectores el trabajo? Grandes diferencias aparecen al analizar los valores existentes en los sectores medios y populares. En los sectores populares la relación asociada al dinero parece estar en estrecha relación con este concepto. La poca o casi inexistente posibilidad de ascenso social, más marcada en el mundo actual, lleva a que en sectores de bajos ingresos a que el ahorrar carezca de sentido, convirtiéndose en un acto irracional. Según Tenti Fanfani, junto con este sentido del dinero para estos sectores, aparece otro asociado a él:

«Unida a esta idea de ser hombre está la de ser proveedor, ser generoso y cobijar: si se tiene dinero se puede sostener a otros, 'bancarlos' y mostrar (y demostrarse) a través de esa actitud que se está en condiciones de ser un verdadero hombre».

La idea de trabajar desde muy temprana edad aparece como un valor en estas clases. La independencia económica es uno de los requerimientos para ser adulto. En este contexto, el concurrir a la escuela, que vuelve dependientes a chicas y chicos adolescentes respecto de sus padres, muchas veces se vuelve una práctica sin sentido.

En otros tiempos la escuela estaba ligada a la posibilidad de ascenso social y retenía en su interior a muchos jóvenes pobres en espera de un 'futuro mejor'. Hoy en día esta posibilidad aparece cada vez más difusa. Se necesita invertir una cantidad de esfuerzo, tiempo y dinero en la escolarización secundaria lo cual no garantiza ni siquiera el acceso a un empleo estable.



Los adolescentes de los sectores sociales medios y altos disfrutan de posibilidades de las que carecen los chicos pobres

Los requerimientos materiales hacen que cada vez sea más difícil para estas familias enviar a sus hijos a estudiar. En ellas un hijo constituye un recurso, una fuente de ingresos, por lo cual, convertirlo en estudiante implica disponer de los medios para que esto sea posible. Citamos nuevamente a Tenti Fanfani:

«La escuela tradicionalmente poco valorada salvo en relación con el trabajo, cae junto con la caída del trabajo. Imaginariamente pierde posición de rentabilidad, mucho más aún si se la vincula con el otro estímulo ambiente que es la cultura de lo fácil. Así la voluntad de insistir, de permanecer en el sistema, se vuelve más lábil, más ténue, más vulnerable. No es casual que en esta situación aumente el fracaso escolar».

En estos sectores, el lugar del hombre aparece asociado con la posibilidad de trabajar y poseer dinero. Las mujeres son valoradas cuando se realizan como madres y cuantos más hijos tengan, mejor. Si para el hombre la carta ganadora es el trabajo, para la mujer es el 'ser madre'.

Esto explica, en parte, la alta tasa de deserción escolar en los sectores populares. Asociado a la poca capacidad de la institución educativa para el acceso a un trabajo digno, los adolescentes pobres eligen otros caminos más vinculados a los valores de su clase.

En el caso de la mujer,

«...sin horizontes de realización profesional o laboral, y mucho menos ahora que falta trabajo, sin expectativas de ascenso social a través del estudio, lo cual supone una costosa inversión de largo plazo, no son muchas las vías de mejora que le quedan disponibles. Una de ellas es la de ser madre. Una mujer de sectores populares nunca es abandonada por su entorno familiar previo: entra en la trama de co-operación de las mujeres, cría hermanos al mismo tiempo que hijos, es ayudada por su madres, sus abuelas y hasta sus hermanos. La forma de sentar cabeza es teniendo hijos.»

(Tenti Fanfani, E., op. cit., p.70).

Así como la presión familiar en las clases medias impulsa a los jóvenes a continuar sus estudios secundarios (y si es posible universitarios) en los sectores populares existe una fuerte presión que estimula a las adolescentes mujeres a tener hijos y a los varones a trabajar desde temprana edad. Esto explica el por qué de los embarazos precoces en adolescentes pobres que, contando muchas veces con la información necesaria sobre métodos anticonceptivos, quedan embarazadas, aparentemente sin desearlo, constituyendo esto una de las causas más importantes de la deserción escolar en ellas.

Es por esto que la escuela no sólo debería brindar información sobre educación sexual sino estimular el pensamiento crítico. Es decir, a través del trabajo con las ideas, el proyecto vital, los prejuicios y los conocimientos adquiridos previamente, repensar el modo en que éstos son entendidos por los jóvenes. La mirada crítica respecto de estos saberes internalizados previamente, resulta sumamente provechosa para su ubicación en el presente.

Una forma de desarrollar el pensamiento crítico en el aula consiste en tomar frases cotidianas y analizar su valor de verdad. Por ejemplo, cada alumno puede escribir en un papel qué saben acerca de la sexualidad. El anonimato permite el trabajo en un clima de mayor distensión. Se escriben estas frases en el pizarrón y se debate en grupos acerca de su veracidad. Por ejemplo: 'nunca puedes embarazarte en la primera relación sexual' o 'los varones son siempre los que deben tomar la iniciativa', etc.



TRABAJO INFANTIL Y ADOLESCENTE EN CIFRAS

SÍNTESIS DE LA PRIMERA
ENCUESTA NACIONAL Y REGISTRO
DE SUS PEORES FORMAS



OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL



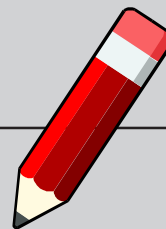
INstituto Nacional
de Estadísticas



GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO NACIONAL
DE MENORES

Un derecho que en la Argentina frecuentemente no se respeta:
'El único trabajo de un chico debe ser la escuela'

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

1- Nos dividimos en grupos de no más de 4 o 5 integrantes. Desplegamos un papel en el centro de cada grupo.

2- Vamos a trabajar con los dichos populares. Para eso recordaremos todos los dichos que hayan escuchado o leído sobre los adolescentes. Irán recordando y diciendo, y luego escribirán en el papel ubicado en el centro del grupo los dichos que consideren más significativos.

3- A continuación, compartiremos con el resto de los grupos lo trabajado, para eso un representante del grupo leerá las frases anotadas.

A continuación, aparecen algunas preguntas que les permitirán guiar la reflexión entre los alumnos:

¿Qué imagen de adolescencia transmiten los dichos?

¿Describen tu realidad? ¿Por qué?

¿Son verdaderas estas frases al hablar de los adolescentes? ¿Por qué?

¿Qué sentís al escucharlas?

¿Podríamos pensar que se trata de estereotipos? ¿Por qué?

4- Piensen una definición de adolescencia entre todos y redáctenla por escrito, compartiéndola luego con el resto del curso.

5- Realicen un cuadro sinóptico en el cual aparecerán las principales características de las fases del desarrollo sexual humano.

6- ¿Qué cambios aparecen con la llegada de la pubertad?

7- Analicen la siguiente frase de Francoise Doltó:

«He aquí una de las posibles y gráficas maneras de definir la adolescencia como un edad en que el ser humano no es Dios, mesa ni jofaina». Y concuerda con una visión no cronológica de esta etapa estableciendo que «no existe una edad precisa que establezca la fecha de esta fase del desarrollo del individuo... Lo que hay es una influencia que les empuja hacia esta zona de turbulencia, pues cada uno la vive según la relativa precocidad, o, por el contrario, según sus atrasos, al capricho de su propio tiempo».

8- Expliquen cómo entienden la siguiente frase:

«Aquellos que de entrada no hayan consumado la ruptura que realiza la toma de autonomía...estarán en condiciones de inferioridad respecto de los otros, pero todos necesitarán de toda su voluntad de vivir, de toda la energía de su deseo de llegar para afrontar esta muerte de la infancia».

9- Analicemos ahora qué características presenta la sexualidad en la adolescencia. Lean atentamente las páginas que hablan sobre esta temática y respondan:

¿Cuándo comienza la sexualidad en el ser humano?

¿Qué significa que existen «dos tiempos del desarrollo sexual»?

¿Qué características tiene la sexualidad en la adolescencia?

¿Cuáles son los sucesivos cambios que se deben atravesar? Explícalos con tus palabras.

10- El fenómeno de desasimilación de la autoridad parental, conjuntamente con los cambios en la identidad son dos procesos propios de la adolescencia. Investiga acerca de las tribus urbanas como modo de agrupamiento adolescente y armado de una nueva identidad. Pueden buscar en diarios y revistas información acerca de las diversas tribus.

11- Lee atentamente «Emos, las tribus de los adolescentes tristes» y realiza una síntesis del artículo, explicando de qué trata.

12- Explica con tus palabras el «síndrome del adolescente normal».

13- ¿Quiénes son los adolescentes más vulnerables? ¿Por qué?

14- ¿Qué significa 'movilidad social'? ¿Cómo afecta a los adolescentes más vulnerables? ¿Por qué?

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

CAPITAL (TODO EL MUNDO VA A BUENOS AIRES)

Director: Augusto González Polo

Sinopsis:

La ruptura de su corazón genera en Sergio anticuerpos de odio a una ciudad. Una ciudad llena de adolescentes tardíos, chicas que hacen llorar, borrachos preocupados por asuntos que no podrían manejar aun sobrios...y canciones que dicen lo que todos hubieran querido decir (si supieran que quieren decir algo)

1. Reunidos en pequeños grupos, sinteticen el contenido de la película.
2. Indiquen cuándo y dónde ocurre.
3. En cinco frases breves, relacionen lo visto con puntos importantes de este capítulo.
4. ¿Qué opinan?: «La película refleja situaciones y conflictos vividos por ustedes», fundamenten su opinión.
5. Animense a proponer otro título para este film. Justifiquen su elección.

Busca el video en www.cinevivo.com.ar

CAPÍTULO II

EL HOMBRE Y LA SALUD

Gozar de buena salud es uno de los beneficios que todas las personas desean poseer. Por el contrario, las dolencias, las enfermedades y la muerte han preocupado al hombre desde siempre; por eso, en todas las culturas gozan de gran prestigio aquellos individuos encargados de preservar la salud. Brujos, hechiceros, chamanes, sanadores llamados de diversas maneras en los distintos tiempos y lugares, curanderos y médicos entre nosotros, fueron (y son) los responsables de esa función tan valorada.

Sin embargo no resulta fácil definir qué es la salud, ya que el significado de este término ha variado a lo largo del tiempo y ha sido diferente en los diversos pueblos. Tampoco ha habido unanimidad acerca de los motivos por los cuales nos enfermamos o sobre qué debemos hacer para curarnos. En este capítulo te brindaremos un rápido panorama de algunas de las respuestas más comunes a estos interrogantes a lo largo de la historia. En el capítulo siguiente verás algunas variantes existentes en nuestra época, en la que junto a la acción terapéutica individual, protagonizada por profesionales diplomados, se encuentran la prevención, la promoción y la educación para la salud, que buscan comprometer a los individuos y a la comunidad toda en su preservación.



En nuestra sociedad, los más reconocidos entre los 'profesionales de la salud' son los médicos

También verás que lo que hoy es el modelo médico hegemónico conquistó este lugar en los últimos ciento cincuenta años, venciendo muchas resistencias; aún hoy, la medicina científica convive en muchos países latinoamericanos con la medicina tradicional, muy extendida entre los sectores indígenas de su población. Lo mismo ocurre en aquellos países con altos porcentajes de población de origen africano, donde se han conservado muchas de sus antiguas tradiciones culturales.

Hoy mismo tampoco existe un criterio unánime, ni siquiera entre los profesionales ‘del arte de curar’, por lo que cada una de las preguntas siguientes pueden encontrar, seguramente, más de una respuesta: ¿la salud y la enfermedad son entidades distintas?, ¿cuál es el límite entre una y otra?, ¿enfermar depende solamente de factores biológicos o también intervienen lo psicológico y diversas circunstancias socioeconómicas y culturales?, ¿los encargados de la salud son sólo los médicos?, ¿qué lugar tienen otros profesionales y diversos organismos, públicos y privados, ajenos al campo médico?, ¿las personas pueden hacer algo por si mismas para conservarse sanos?, ¿todos los individuos pueden adquirir las mismas enfermedades o hay circunstancias que favorecen que unos enfermen más que otros y contraigan afecciones especiales?, ¿qué actitud deben tomar las autoridades ante la ‘medicina popular’?, ¿la salud es un derecho básico del que deben disfrutar todas las personas o se trata de una mercancía, que cada uno adquirirá de acuerdo a sus recursos?, ¿por qué hay tanta distancia entre los derechos que se reconocen y la realidad?.

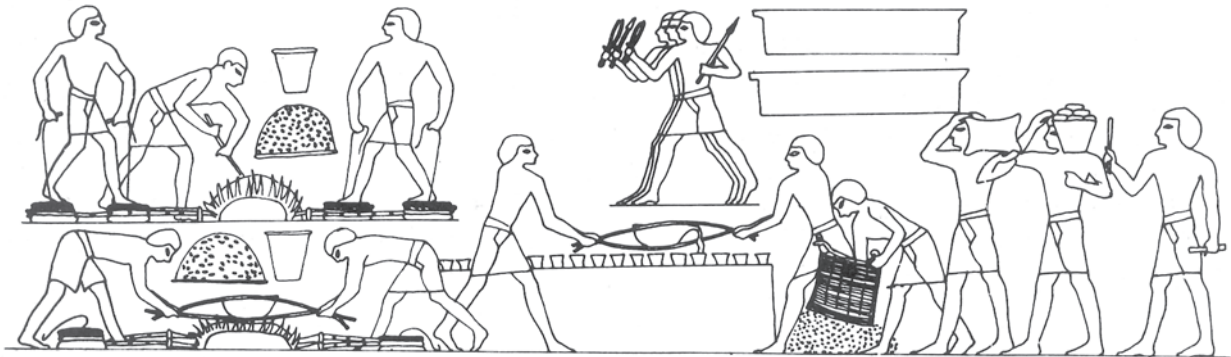
Seguidamente, comenzaremos a tratar estos temas, tratando de ofrecerte elementos de reflexión para que vayas construyendo, en diálogo con tus compañeros y tu profesor o profesora, una opinión propia sobre cada uno de ellos. Es una tarea que te interesa, ya que de esa manera tendrás más elementos para cuidar tu capital máspreciado: tu salud.



En muchos países latinoamericanos la medicina tradicional
está muy extendida entre la población

UN POCO DE HISTORIA SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En general, la medicina de los pueblos primitivos se basó en una concepción mágico-religiosa. Sin sospechar siquiera la existencia de causas naturales, todo lo que alterara la salud – particularmente las grandes epidemias– fue considerado como un castigo de los dioses. De allí también, que la función de curar fuera asignada a individuos a los que se atribuía poderes especiales, en particular su condición de comunicarse con la divinidad; de esta manera la figura del curador se asoció a la del sacerdote.



Trabajadores del antiguo Egipto, unos cuatro mil años atrás
En las sociedades antiguas, las enfermedades -especialmente las grandes epidemias- eran consideradas como un castigo de los dioses

La medicina en las primeras civilizaciones

En las primeras civilizaciones del Cercano Oriente (Egipto y los diversos pueblos de la Mesopotamia asiática) la actividad de curar estuvo a cargo de corporaciones, generalmente de sacerdotes especializados. En Egipto aparecieron las primeras escuelas de medicina, dependientes de la corte faraónica o de los templos; uno de éstos estaba dedica al dios de la medicina, Imhotep, un gran sabio que fue divinizado.

La importancia que tenía la práctica médica en Egipto y la Mesopotamia asiática ha quedado registrada en algunos papiros y en el Código de Hammurabi, de alrededor del segundo milenio antes de Cristo. En el código mesopotámico aparecen incluso las tarifas a pagar por los servicios médicos, las que variaban de acuerdo con la posición social del enfermo; además, los sanadores tenían responsabilidad por el resultado de su tarea y eran sancionados si el paciente fallecía.

Los papiros médicos

Los papiros constituyen la principal fuente de estudio de la medicina en el antiguo Egipto. La forma más conocida, aunque no la única, de escritura egipcia son los jeroglíficos. Alguna información se ha transmitido a partir de escritos en material duro, grabado en piedra. Existen también restos de escritos sobre conchas, las «ostraka».

Pero sobre todo queda el material elaborado específicamente para la escritura, los papiros, largas tiras enrolladas que se elaboran a partir de las fibras de esta planta. Ha quedado una cierta cantidad de papiros de contenido médico. En su mayoría suelen datar de mediados del segundo milenio a. C. Algunos se conservan en muy buen estado, a pesar de los tres milenios y medio transcurridos. Empezaron a estudiarse en el siglo XIX, a partir de la traducción que hizo Brugsch del papiro Berlín en 1853.

Los grandes papiros médicos, los que proporcionan mayor información, son dos: el de Ebers y el de Edwin Smith.

El más famoso es el papiro estudiado por en 1875 por George Ebers. Data de la XVIII dinastía, hacia el año 1550 a. C. Es el más largo de los papiros médicos: tiene 20,23 metros, con una anchura de 30 centímetros. Se describen principalmente las afecciones propias de la medicina interna, bastante sistematizadas, con indicaciones terapéuticas. También hay una gran información sobre las plantas que tienen efectos curativos y las dosis que deben emplearse. Se conservó en la universidad de Leipzig.

Casi contemporáneo, también de la XVIII dinastía, es el papiro de Edwin Smith, nombre de su primer propietario occidental. Empieza refiriéndose al corazón y trata después de las heridas.

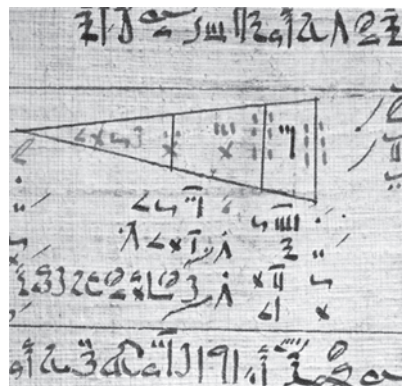
China e India

La medicina y los médicos también fueron estimados en las civilizaciones del Lejano Oriente. Los chinos utilizaron hierbas medicinales y practicaron la cirugía torácica y abdominal, y la acupuntura. También realizaron algunas observaciones respecto a la relación existente entre las ratas y la transmisión de la peste, y entre las contracciones del corazón y el movimiento de la sangre.

En la India antigua se practicó una higiene desarrollada, se describieron los síntomas de la inflamación y se desarrollaron algunos procedimientos obstétricos (como la cesárea) y de cirugía (extirpación de cálculos y cirugía estética de la nariz); también se desarrolló una versión propia de la acupuntura.

A pesar de estar inmersos en un clima mental que explicaba mágicamente los fenómenos naturales, los antiguos no dejaron de avanzar en el conocimiento empírico de muchas enfermedades y ensayaron tratamientos bastante racionales.

De esta manera describieron muchas afecciones, formularon recomendaciones prácticas para su cura, realizaron observaciones anatómicas y desarrollaron proyectos higiénicos. Como hemos visto, sospecharon algunas relaciones causales (por ejemplo: ratas-pestes) y procesos fisiológicos (la circulación sanguínea). Esto convivió durante mucho tiempo con conjuros y exorcismos, que a partir del surgimiento del cristianismo fueron reemplazados por plegarias y procesiones.



Fragmento de un antiguo papiro egipcio

LECTURA

Los papiros médicos



Se han catalogado menos de una veintena de papiros médicos. Los primeros de Rammesseum, hallados cerca de Tebas, datan de aproximadamente 1.900 a. C. Contienen numerosas referencias a los factores mágicos.

Aunque la mayoría de papiros datan de hace entre tres y cuatro milenios, parece que son transcripciones de textos más antiguos, probablemente de un par de milenios antes, que se han perdido. Esto significa que la información real que contienen data de entre cinco y seis mil años. Los grandes textos, que parece seguro que hubo algunos, sólo han llegado en forma de noticia breve de su existencia. Quizá la más segura es la referencia de Clemente de Alejandría, de los siglos II-III de nuestra era, que informa de una verdadera enciclopedia en cuarenta y dos volúmenes, supuestamente inspirada por Toth. Aquí, como en otros campos, podemos darnos cuenta de la enorme catástrofe cultural que han supuesto los incendios de la biblioteca de Alejandría.

La medicina en Grecia y Roma

En las civilizaciones del mundo clásico, los griegos y los romanos, existieron divinidades protectoras de la salud: Esculapio, entre los griegos, cuyos templos funcionaban como escuelas de medicina. También allí se combinaba lo empírico (el uso de hierbas medicinales, por ejemplo) con lo mágico (los conjuros). En Grecia también se cultivó una enseñanza laica de la medicina. La gran figura fue Hipócrates, a quien se considera como el padre de esta especialidad, y cuyo juramento se sigue practicando; tuvo alumnos en toda Grecia y su gran aporte consistió en desechar las supersticiones y reemplazarlas por la observación racional.

Sus discípulos se denominaron ‘asclepiades’, pues se organizaron corporativamente y adoptaron como patrono a Asclepio; su aprendizaje era de tipo artesanal, como ayudantes de otros médicos. Viajaban mucho, practicando su actividad, que era muy estimada. Los antiguos griegos estimaron la belleza del cuerpo – como quedó reflejado en sus obras escultóricas – y apreciaron la salud; los deportes alcanzaron entre ellos un gran desarrollo.

En Roma, los primeros médicos fueron esclavos de conocimientos primitivos. A partir del siglo IV a.C. llegaron médicos griegos, que recibieron muchos privilegios. Las familias romanas ricas elegían un médico, el que atendía a todos sus integrantes.

Lo más notable de los romanos fue el gran desarrollo que alcanzó entre ellos la higiene pública: desecaron pantanos, enterraron los cadáveres fuera de las ciudades, construyeron acueductos que proveían de agua potable, además de cloacas y baños públicos. Su carácter de pueblo conquistador y guerrero impulsó cierto desarrollo de la cirugía y de los hospitales militares; también instalaron lugares para la atención de los indigentes.

La situación en las distintas culturas del mundo medieval

Durante la Edad Media debemos distinguir la situación de tres áreas diferenciadas: la Europa Occidental, donde se desarrollaron los reinos bárbaros, como resultado de las invasiones germánicas del siglo V; el Imperio Bizantino, que quedó libre de esa ocupación y el mundo islámico, que abarcaba todo el Cercano Oriente y se había introducido en España.

Europa Occidental y Bizancio

Durante esta etapa, el occidente europeo vivió un período de retroceso general, al que no escapó la medicina, donde se produjo un cambio ostensible en la actitud hacia la enfermedad y, en consecuencia, ante el enfermo y el médico. En la visión cristiana de la época las dolencias eran parte de un camino de purificación y ante ellas lo mejor era la resignación y la oración. Más que la vida en la tierra, el verdadero destino del hombre era la salvación de su alma después de la muerte. Al mismo tiempo, como una manifestación de la caridad cristiana algunas órdenes religiosas se dedicaron al cuidado de los enfermos y en sus conventos y monasterios instalaron hospitales.

Posteriormente, con el renacimiento de los ciudades y del comercio, se desarrolló la actividad médica independientemente de la Iglesia, aunque siempre sujeta a su celoso control (no olvidemos la existencia de la Inquisición, guardiana de las verdades de la fe).

En el siglo X surgió en Salerno, Italia, la primera facultad de medicina del mundo occidental, la que tuvo su florecimiento dos siglos después, debido a la difusión de los textos de la medicina árabe traducidos al latín (que fue hasta el Renacimiento la lengua universal de los filósofos, humanistas y científicos).

Más tarde se desarrollaron otras universidades con estudios médicos en Montpellier, Francia, y en Padua y Bologna, Italia. Allí se desarrollaron los estudios de anatomía y los franceses realizaron la primera disección humana. La higiene, que había declinado considerablemente durante el medioevo, comenzó a ser tenida nuevamente en cuenta al final de esa época.

El mundo bizantino, a diferencia de Europa Occidental, se caracterizó por el esplendor cultural y económico de sus grandes ciudades (Bizancio, Atenas, Alejandría, Beyruh, Gaza), donde se conservaron las mejores tradiciones racionalistas antiguas. Allí se conocían bien las obras de los antiguos médicos griegos y romanos y se crearon hospitales y farmacias civiles.

GALENO (Pérgamo, 130 - Pérgamo, 190)

Médico griego. Inicia su formación en la medicina a los 17 años de edad. Viaja a Esmirna, Corinto y Alejandría, donde amplía sus conocimientos en anatomía y clínica. Galeno atiende a otras disciplinas pero finalmente centra su interés en la investigación fisiológica. Siendo ya reconocido, ubica su residencia en Roma, como médico de los emperadores Marco Aurelio y Lucio Vero. En sus obras, Galeno demuestra su capacidad para emitir conclusiones a partir de las relaciones que encuentra entre datos provenientes de la experimentación con animales, la práctica clínica y el quehacer filosófico, científico y práctico decantado con la experiencia. Siguiendo la senda abierta por Hipócrates, trata de distinguir entre los síntomas y la localización orgánica de las enfermedades. En su obra más extensa, *Therapeutiké Méthodos*, se refiere a los fármacos. Por otra parte, destaca la importancia que tiene para la salud un régimen de vida, una dieta y una higiene adecuados. De la misma forma, hace hincapié en el uso de productos médicos de componentes naturales, que son conocidos como composiciones galénicas. Con su obra sobre la anatomía, compuesta por *Técnica anatómica* y *Anatomía funcional*, Galeno elabora uno de

El mundo árabe

En el mundo árabe existió una interesante organización de la práctica médica: las escuelas de medicina funcionaban junto a las mezquitas; la enseñanza era teórico-práctica y estaba sujeta al control de las autoridades. A fines del siglo X se sometió el ejercicio profesional a previos exámenes, que también comprendían algunas especialidades. Algunas ciudades – como Damasco, en Siria, y El Cairo, en Egipto – contaron con grandes hospitales provistos de farmacias, con cierto desarrollo de la química. También se crearon hospitales especializados (por ejemplo, algún manicomio) y ambulantes (estos últimos, de carácter militar). La terapéutica estaba claramente pautada: se iniciaba con medidas higiénicas y dietéticas; luego, si era necesario, se recurría a la farmacopea y, por último, a la cirugía, que estaba bastante desarrollada. Sin embargo, por motivos religiosos las disecciones estaban prohibidas.

Los árabes hicieron un gran aporte a la cultura occidental, conservando muchas obras de los filósofos griegos, las que luego fueron volcadas al latín (y más tarde, traducidas a todas las lenguas modernas).

La medicina en el Renacimiento

Renacimiento es el nombre que han dado los historiadores al conjunto de cambios artísticos y científicos que ocurrieron en Europa Occidental durante los siglos XV y XVI. Iniciado en las grandes ciudades italianas (Venecia, Florencia, Roma), estos cambios se extendieron a los otros países. En gran medida, el espíritu renacentista representó una ruptura con las actitudes medievales ante el hombre y la naturaleza y, en cierta forma, un retorno a los valores clásicos de racionalidad y humanismo.

Este proceso coincidió con el desarrollo de la burguesía dedicada al comercio y las actividades financieras, cuyas preocupaciones se orientaron cada vez más hacia la vida terrenal; esto favoreció el desarrollo de varios adelantos tecnológicos (como la utilización de la pólvora con fines bélicos y la invención de las armas de fuego; la invención del papel y la imprenta; el perfeccionamiento del telescopio; la aparición de las carabelas y la difusión de la brújula) y los progresos científicos en la astronomía, la anatomía humana, la física y las matemáticas. Simultáneamente, se produjo

un quiebre en la unidad religiosa de Europa, debido al movimiento de la Reforma, que se extendió por varios países. Los descubrimientos geográficos y las conquistas que realizaron los europeos, los pusieron en contacto con otras tierras, pueblos y culturas, lo que amplió su visión de las cosas.

Todo este proceso repercutió, naturalmente, en la enseñanza y la práctica de la medicina, que en un proceso lento y complejo fue avanzando en un camino de racionalidad, independizándose progresivamente de la tutela religiosa. No obstante, en esta etapa se mantuvo la precariedad de la higiene, con sus efectos negativos. Desde el siglo XVI los médicos se organizaron en corporaciones, como ocurría en las demás actividades, y se produjo entre ellos un activo intercambio. También se desarrollaron las universidades, en las que fue penetrando un espíritu de secularización y racionalismo, en una conflictiva relación con la Iglesia. De esta manera, las enfermedades fueron perdiendo poco a poco su carácter de fenómenos mágicos.

Historia del proceso salud-enfermedad	
	Características
La medicina en las	
Los papiros médicos	
China e India	
La medicina en	
La medicina en el	

ACTIVIDAD



Lee con atención los cambios sucedidos en la historia del proceso salud-enfermedad y sintetiza con tus palabras las características de cada etapa. Reunidos en grupos, armen en una cartulina o papel afiche un cuadro detallando lo mismo. (Si desean, busquen información sobre la Teoría de los Humores de Hipócrates). Compártanlo con el resto de sus compañeros.

LOS PROGRESOS DEL SIGLO XVIII

Desde la antigüedad se conoció el efecto negativo que tienen ciertas condiciones de trabajo sobre las personas que desempeñan determinados oficios. Esta perspectiva fue retomada a partir del siglo XVI: en 1556 Agrícola publicó 'De Re Metalica', en la que describió las consecuencias del trabajo de los mineros; en 1713, Bernardino Rammazzini dio a conocer 'De Morbis Artificum Diatriba', en el que analizó los efectos dañinos de distintos trabajos, proponiendo medidas para evitarlos; esta obra, que merece considerarse como el primer tratado de enfermedades ocupacionales, justifica que se considere a este médico italiano como el padre de la medicina del trabajo.

El aporte de Rammazzini, que relacionó ciertas afecciones con situaciones vitales concretas, fue acompañado por W.Thomas Raus, que en 1764 propuso dividir las enfermedades en dos grandes grupos: *naturales* (las contagiosas y epidémicas) y *sociales* (las producidas por los seres humanos).

En esta época, los monarcas absolutistas de algunos países establecieron severas medidas de policía sanitaria, prescribiendo distintas acciones para conservar la salud, individual y colectiva. La vigilancia fue mayor en época de epidemias, donde los controles fueron estrictos con el propósito de cortar la cadena del contagio; esto tuvo efectos limitados, naturalmente, dado los escasos conocimientos sobre el origen de las enfermedades y los pocos recursos terapéuticos de la época.

Las medidas más generalizadas fueron la clausura de los puertos y el cierre de las ciudades, prohibiéndose bajo pena de muerte todo ingreso y egreso; se ordenó terminantemente la permanencia en las casas y se restringió hasta la visita de los sacerdotes. También se difundió en todas partes el aislamiento forzoso de los enfermos contagiosos y el exilio de los leprosos, sumamente temidos. De esta manera, los gobiernos tomaron una intervención decidida en las cuestiones sanitarias; también se multiplicaron los hospitales y se establecieron pautas para su funcionamiento.

ACTIVIDAD



■ Después de leer sobre los estudios realizados por Bernardino Ramazzini, piensen, en grupos de no más de cuatro chicos, en las condiciones de trabajo en la actualidad en nuestro país. ¿A qué accidentes o enfermedades se encuentran expuestos los trabajadores?

Pueden elegir cuatro o cinco ocupaciones para pensar este tema.



■ Elijan una de ellas (la que más les interese), investiguen y desarrollen un informe. Finalmente, propongan medidas que se podrían implementar para evitar los riesgos.

EL SIGLO XIX: UNA ETAPA DE ENORMES AVANCES EL PARADIGMA BIOMÉDICO

El siglo XIX fue una etapa de grandes avances en las ciencias naturales, cuya aplicación al campo de la medicina produjo enormes progresos. Los adelantos más importantes se dieron en el terreno de la microbiología gracias a los descubrimientos de Pasteur (entre 1860 y 1870) y Koch (en 1882), que al identificar los agentes bacteriológicos de varias enfermedades sentaron las bases científicas para su control. De ellos hablaremos en el siguiente capítulo. También progresaron la asepsia y la antisepsia, como resultado de los estudios de Semelweis (1816-1865) y Lister (en 1881) y se desarrollaron diversos instrumentos y equipos médicos, que facilitaron la actividad de diagnóstico y cirugía: citemos solamente los rayos X, de Röntgen, en 1895.

Los descubrimientos de la bacteriología dejaron en claro que algunas enfermedades tienen una causa específica (un agente etiológico), que al ser identificado (por ejemplo el 'bacilo de Koch', responsable de la tuberculosis pulmonar) permitía un tratamiento específico; con ello, la tarea del médico consistía en identificar la enfermedad, haciendo un buen diagnóstico, y recomendar un tratamiento específico. Más adelante se crearon vacunas que permitieron controlar este tipo de enfermedades (la BCG, por ejemplo, contra la tuberculosis).

Este paradigma biomédico, instalado hace más de ciento veinte años, es la base de la práctica médica tradicional, a través del consultorio privado o el hospital, que atiende los problemas específicos de salud de cada persona en particular.

La propia tuberculosis, que fue el mayor problema sanitario de las primeras décadas del siglo XX, planteó dudas acerca de la eficacia del esquema anterior. Se descubrió, por una parte, que la enfermedad tenía mayor incidencia entre los sectores pobres de la población, cuyas condiciones de vida no sólo favorecían su adquisición, sino que dificultaban (y muchas veces hacían imposible) el tratamiento oportuno. A la mala alimentación (que debilitaba al organismo), el trabajo fatigante (que disminuía todavía más las defensas) y la vivienda deficiente (que favorecía el contagio), se agregaba la pobreza que impedía dejar de trabajar como se recomendaba y disponer del tiempo necesario para un tratamiento que era muy prolongado.

En nuestro país, los médicos que se interesaron en esta cuestión y crearon en 1901 la Liga Argentina contra la Tuberculosis, puntualizaron todos estos factores, subrayando que al germen (el microorganismo productor de la enfermedad) y el terreno (el hombre susceptible de enfermar), había que agregar las condiciones sociales (que disminuían o aumentaban la posibilidad de adquirir la tuberculosis).



Retrato de Louis Pasteur
Sus estudios permitieron detectar
los agentes bacteriológicos de varias enfermedades

Nace la Higiene Pública

Simultáneamente con la afirmación del paradigma biomédico – en realidad, un poco antes del mismo – surgió la Higiene Pública, que acentuó la importancia de las condiciones sociales y el valor de la prevención.

El proceso de urbanización que siguió a la Revolución Industrial, desde fines del siglo XVIII, primero en Inglaterra y más tarde en otros países de Europa y el mundo, tuvo una fuerte repercusión sobre la salud, que no pasó desapercibida para los médicos de la época. Las aglomeraciones, los barrios pobres, las viviendas deficientes, las notorias carencias de servicios de saneamiento urbano, fueron señaladas como causas de la difusión de epidemias, la extensión de la tuberculosis y una elevada mortalidad infantil. Otros médicos, de mayor sensibilidad social, percibieron las pésimas condiciones que soportaban los trabajadores, entre ellos muchas mujeres y niños de corta edad, con gran impacto sobre su salud. Muchos filántropos y religiosos se sumaron a estas denuncias, que también fueron reflejadas en la literatura (en las novelas de Charles Dickens, por ejemplo). Además de sus buenos sentimientos, estas personas reflejaban los intereses de la gente más rica, cuya vida se veía amenazada por la difusión de enfermedades que se incubaban en los barrios miserables.

En estas circunstancias surgió una rama de la medicina de orientación fundamentalmente preventiva: la Higiene Pública, que remarcó que la mejor defensa contra las epidemias era el saneamiento interno. Esto incluía la instalación de servicios de agua potable domiciliaria, cloacas, desagües, pavimentación e iluminación de las calles, erradicación de los cementerios de las ciudades y las mejoras en los barrios obreros.

Esta corriente, nacida en Gran Bretaña, se difundió entre nosotros en la segunda mitad del siglo XIX por obra de Guillermo Rawson. Éste – médico y político importante – fue el primer titular de la cátedra de Higiene Pública

en la Facultad de Medicina de Buenos Aires (1873) y sus lecciones tuvieron una gran influencia sobre generaciones sucesivas de médicos, que lo reconocieron como su maestro. Otras figuras destacadas del higienismo argentino fueron Eduardo Wilde, Pedro Mallo, Emilio Ramón Coni, José Pena y Luis Agote; todos ellos estuvieron muy ligados a los gobiernos conservadores de la época (entre 1860 y 1910, aproximadamente), los que aplicaron sus recomendaciones en materia de saneamiento ambiental, vacunación masiva, control de las enfermedades infecto-contagiosa y desarrollo del sistema hospitalario, con gran beneficio para la salud pública que mejoró considerablemente en esa etapa. También adhirieron a los principios de la higiene otros médicos de ideas socialistas (es el caso de Telémaco Sussini y Angel Mariano Giménez) o católicos (como Juan Cafferata y Gregorio Aráoz Alfaro). Estos se preocuparon por la salud laboral y la vivienda obrera, presentando proyectos de leyes del trabajo y reclamando la acción estatal para proveer a los pobres de habitaciones dignas y saludables.

El higienismo constituye un antecedente directo de la epidemiología social, de la que después hablaremos, ya que reclamó la prevención, la acción gubernativa sobre las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos, y el desarrollo de un servicio social a cargo del Estado. Los médicos higienistas también fueron pioneros en el desarrollo de las estadísticas médicas, que se constituyeron en un valioso recurso para la acción preventiva. A través de ellas demostraron la eficacia de las medidas que propiciaban, las que produjeron considerables descensos en las tasas de mortalidad y morbilidad. De esta manera, los médicos higienistas sentaron las bases de una medicina social que, sin ignorar los factores biológicos de la enfermedad, destacaron sus profundas raíces, sociales, económicas e históricas. Algunos gobiernos conservadores, como el de Bismarck en Alemania, en la década de 1880, establecieron seguros sociales, que cubrían las necesidades más urgentes de los trabajadores en casos de desocupación, enfermedad o retiro del trabajo por vejez.

La medicina social

Desde la segunda mitad del siglo XIX varios médicos, algunos de ellos destacados en el terreno de la investigación biológica, sentaron las bases de la medicina social, muy emparentada con la corriente de la higiene social. Salomón Newman, Rudolph Virchow y Jules Guérin, todos alrededor de 1848, reclamaron la intervención del Estado en defensa de los trabajadores. Uno de ellos, Virchow, que fue un destacado fisiólogo, señaló que ‘Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen bajo su jurisdicción’. Con este criterio, estos médicos reclamaron de sus gobiernos la aprobación de una legislación laboral que protegiera a los obreros, especialmente a las mujeres y los niños.

La corriente sociológica de la medicina se mantuvo durante el siglo XX. Uno de sus representantes destacados fue Henry Sigerist, quien en 1945 definió cuatro tareas principales de la medicina:

- La promoción de la salud
- La prevención de las enfermedades
- La recuperación del enfermo
- La rehabilitación



El doctor José María Ramos Mejía (1842-1914)
fue el fundador de la Asistencia Pública de la
Ciudad de Buenos Aires y representante
del enfoque de la medicina social
Caricatura de la época

EL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL LA OMS Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La perspectiva de la medicina social ha sido adoptada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sus organismos específicos en el área de la salud: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Como verás en el punto siguiente, la ONU ha formulado varias declaraciones de derechos que incluyen el derecho a la salud, el que aparece íntimamente vinculado a las condiciones de vida y de trabajo; lo mismo han hecho la OMS y OPS. Un documento muy importante de la OMS fue el preparado en Alma Atá, en 1978, en el cual los Estados participantes se plantearon una estrategia para alcanzar 'la salud para todos' en el año 2000: la Atención Primaria de la Salud (APS).

Es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención puede resolver un 80% de los problemas de salud de la población, abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. Como expresa Federico Tobar, pareciera que en salud «hace más ruido un árbol al caer que todo un bosque que crece en silencio». Con esto señala la importancia que otorgan los sistemas de salud a la enfermedad y a los enfermos, en vez de privilegiar el primer nivel de salud, que insiste en prevenir las enfermedades.

23 de junio de 2010/sistemas de salud

LA PRIORIDAD EN OPS Y OMS: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Una conferencia para compartir experiencias y abordar diferentes acciones y estrategias para el fortalecimiento y renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) tuvo lugar el 7 de mayo de 2008 en Tegucigalpa, Honduras. El evento, promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), reunió a autoridades y más de 50 personas del sistema nacional de salud

La atención primaria de la salud resuelve la mayor parte de los problemas sanitarios de la población

EL CONCEPTO ACTUAL DE SALUD LA SALUD PÚBLICA

A esta altura tendrás en claro que el concepto de salud ha variado a lo largo del tiempo, como así también las prácticas médicas encaminadas a recuperarla o a prevenir la ocurrencia de enfermedades. Se ha pasado, como vimos, de las concepciones mágico-religiosas y las observaciones empíricas, a la observación y el método científicos. El salto entre uno y otro - anunciado en la antigua Grecia (siglo V a.C.) y en el Renacimiento (siglos XV y XVI)- se consolidó en la segunda mitad del siglo XIX, cuando surgieron, casi simultáneamente, el paradigma biológico y el paradigma biopsicosocial, que todavía coexisten.

¿Qué se entiende hoy por ‘salud’? Es muy conocida la definición que dio la OMS, en 1946:

‘Completo estado de bienestar físico, mental y social
y no solamente la ausencia de enfermedad’



Esta definición, que sigue siendo aceptada universalmente, ha recibido propuestas de ampliación, agregando la capacidad de funcionamiento, es decir de positiva integración social. En 1988, el epidemiólogo norteamericano Milton Terris difundió un nuevo concepto de salud:

‘La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo’.

Una buena salud depende de la confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, presentes desde la infancia

El mismo año, Terris enunció su definición de Salud Pública, que complementa la anterior:

‘La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud’.

Por su enorme riqueza, te recomendamos que analices bien las dos definiciones de Terris, en las que queremos destacar algunos aspectos:

- La salud es el resultado de factores biológicos, económicos, sociales, políticos y culturales.
- Es un medio para la realización individual y colectiva: es decir, cada persona en particular y la comunidad toda están interesadas en que exista el mejor nivel de salud.
- Constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad en la búsqueda del bienestar: es decir, una sociedad equitativa, justa y económicamente desarrollada presenta un buen nivel de salud; en los regímenes injustos y atrasados ocurre a la inversa.
- La maquinaria social debe asegurar a cada miembro un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud: ésta no sólo es responsabilidad de los individuos sino de la comunidad toda, que debe atender especialmente a los carecientes.
- Las instituciones de gobierno tienen responsabilidad respecto a la salud. Esto comprende, además de la atención médica convencional, la prevención, la promoción y la educación para la salud.



Las condiciones de vida de muchos niños y adolescentes afectan su salud y limitan sus posibilidades

Las medicinas tradicionales y populares

Como hemos visto, los distintos pueblos desarrollaron conocimientos y prácticas médicas para resolver los problemas de salud. El desarrollo de la ‘medicina científica’ no ha hecho desaparecer estas manifestaciones de la cultura popular, que siguen vivas en distintas partes del mundo, especialmente en las poblaciones rurales. En América Latina su presencia es fuerte en aquellos países con una proporción importante de población indígena: Bolivia (71%), Guatemala (66%), Perú (47%), Ecuador (38%) y México (14%), en los cuales a las tradiciones médicas de los pueblos originarios se han agregado elementos africanos (a través de la población negra) y europeos. En otros países con menos incidencia indígena, como Chile (8%) y Costa Rica (15%) también se manifiestan expresiones de medicina tradicional, localizadas en regiones pobladas por aborígenes. Lo mismo ocurre en la Argentina, en zonas bien localizadas.



La medicina tradicional es parte de la cultura popular y sigue viva en los distintos países de América Latina

De esta manera, en el sistema de salud conviven dos subsectores: el subsector *formal* y el subsector *folk*, en el que mantienen su prestigio los médicos tradicionales. La situación de éstos varía según los países: en Bolivia, Chile, Guatemala y México se les concede permiso para ejercer sus prácticas, a través de los ministerios de Desarrollo Humano, aunque sólo el 10 % lo ha solicitado; en Ecuador, Perú, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana no cuentan con permiso oficial, por lo que su actividad está oficialmente ilegalizada, aunque es en general consentida. Eventualmente, los médicos tradicionales pueden verse ante problemas legales.

La OMS ha reconocido recientemente ‘que los conocimientos de la medicina tradicional son propiedad de las comunidades y las naciones donde se originaron, y que deben respetarse plenamente’. La estrategia planteada por el organismo internacional comprende cuatro puntos principales: formular políticas; fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad; garantizar el acceso y promover el uso racional. A partir de estos lineamientos generales, la OMS instó a los Estados Miembros a que:

‘reconozcan la función de determinadas prácticas tradicionales como uno de los recursos importantes de los servicios de atención primaria de la salud, particularmente en los países de bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales’.

A partir de estas recomendaciones, varios países de la región intentan levantar registros de médicos tradicionales y tienden a regular su actividad. También se trata de aprovechar conocimientos ancestrales útiles, como los de las parteras tradicionales, y canalizar positivamente la influencia que los curadores ejercen normalmente sobre sus comunidades, convirtiéndolos en promotores de salud.

EL DERECHO A LA SALUD

El reconocimiento de la salud como un derecho común a todas las personas es algo reciente. Forma parte de los derechos económicos y sociales que fueron incorporados a las constituciones desde mediados del siglo XX; por la misma época, también se suscribieron algunas declaraciones internacionales de derechos, entre los cuales se incluía el derecho a la salud. Hoy es un derecho básico universalmente reconocido, aunque la realidad de los países más pobres y de los sectores sociales de menores recursos en todo el mundo, muestran que todavía falta mucho para convertir las abundantes declaraciones en realidad.

El derecho a la salud en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales de derechos incorporados a la misma

En el caso de nuestro país, el artículo 14° bis de la *Constitución Nacional* enumera los derechos sociales del trabajador y su familia, obviamente relacionados con la salud de todos ellos:

‘El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática reconocida por la simple inscripción en un registro especial.

Queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo.

El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna’.

El artículo 41°, por su parte, reconoce a todos los habitantes del país el derecho a disfrutar de un ambiente sano y el artículo 42° reconoce los derechos de los consumidores, entre otros el de protección de su salud garantizando la calidad de los productos.

El derecho a la salud está explícitamente reconocido en varios tratados internacionales incorporados a la misma en la reforma del año 1994. La *Declaración Universal de Derechos Humanos*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 25°:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Como puedes ver a través de la lectura de este artículo, el reconocimiento del derecho a la salud va acompañado del señalamiento de las condiciones que lo hacen posible: la satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales) y la protección especial en casos de pérdida del trabajo y en los momentos de desamparo. También se contempla la protección especial de los más vulnerables: las madres recientes y los niños. Otros artículos de la misma Declaración reconocen derechos íntimamente ligados al de la salud; por ejemplo, los siguientes:

Artículo 22- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo. 2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual. 3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social. 4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24 - Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

También se relaciona con la salud el artículo 26º que reconoce el derecho de toda persona a la educación gratuita, ‘al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental .../que/ tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales (...)’

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana reunida en Bogotá en 1945, reconoce en su Artículo XI:

Derecho a la preservación de la salud y al bienestar – Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Otros artículos de esta Declaración se relacionan con el derecho a la salud: el Artículo VI, que se refiere al derecho a la constitución y a la protección de la familia; el Artículo VII, sobre el derecho de protección a la maternidad y a la infancia; el Artículo XII, que reconoce el derecho a la educación; el Artículo XIV, que reconoce el derecho al trabajo en condiciones dignas y a una justa retribución; el Artículo XV, que establece el derecho al descanso y el Artículo XVI, referido al derecho a la seguridad social ‘que la proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia’.

El derecho a la salud también está reconocido en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1965, que en su Artículo 12º dispone:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Como en los otros tratados internacionales, en éste se reconocen otros derechos relacionados, directa o indirectamente, con la salud: el derecho a trabajar (artículo 6º), el derecho a gozar de condiciones de trabajo equitativas y dignas (artículo 7º), el derecho a fundar sindicatos (artículo 8º), el derecho a la seguridad social (artículo 9º), el derecho a la educación (artículo 13º). Por el interés especial que presenta, transcribimos el Artículo 7º, que marca la relación – no siempre tenida en cuenta – que existe entre las condiciones laborales y la salud de los trabajadores:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial:

- a) Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores:
 - i) Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; en particular, debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres, con salario igual por trabajo igual;
 - ii) Condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto;
- b) La seguridad y la higiene en el trabajo;
- c) Igual oportunidad para todos de ser promovidos, dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad;
- d) El descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las variaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos.

También interesa conocer el Artículo 10º, que hace referencia a la protección de los miembros más vulnerables de las familias pobres: las madres recientes, los niños y los adolescentes:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su

constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.

3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.

El Artículo 11º, por su parte, es de una gran amplitud, reconociendo el derecho a una situación integral que haga realmente efectivo el derecho a la salud.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

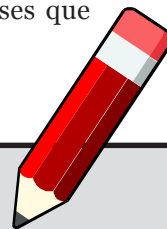
2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:

a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;

b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.

ACTIVIDAD

- Reunidos en pequeños grupos, identifiquen algunos problemas que pueden afectar a la salud en su barrio?
- Propongan algunas soluciones. Realicen un informe escrito, si es posible acompañado de fotografías.
- En clase, hagan una puesta en común.



SALUD: ¿DERECHO O MERCANCÍA?



Como ves, nuestra Constitución Nacional y varios de los tratados internacionales incorporados a la misma no dejan lugar a dudas: la salud es un derecho básico de todas las personas y el Estado Nacional está obligado a garantizar su cumplimiento.

Sin embargo, diversas circunstancias económico-sociales impiden que gran parte de nuestra población puedan hacer efectivo ese derecho: se trata de los pobres e indigentes, cuya baja remuneración o, más dramáticamente, su situación de desempleo, hace que carezcan de los

recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. Se trata de un amplio sector de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), según la denominación técnica del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

A las carencias de estas personas se agregan las deficiencias de las prestaciones públicas de salud, muy resentidas por la crisis que soporta el país como resultado de más de una década de políticas neoliberales.

Por otra parte, existen poderosos intereses que tratan de hacer de la atención de la salud una actividad comercial, como cualquier otra. Para esos grupos – por ejemplo, los grandes laboratorios de medicamentos, generalmente de capital internacional-, los servicios de salud deben regirse por las leyes de la oferta y la demanda, y las prestaciones adecuadas deben reservarse a los sectores con poder adquisitivo suficiente.

Un buen ejemplo es el debate producido alrededor de las patentes de los medicamentos, aún aquéllos imprescindibles para atender enfermedades graves como el SIDA o el cáncer, cuyos propietarios (los grandes laboratorios internacionales) tratan de impedir que se fabriquen sin pagarles las regalías correspondientes. Si llegara a predominar este criterio, países cuya población tiene un ínfimo poder adquisitivo y sus Estados, muy pocos recursos, como los africanos, verían diezmada su población en muy poco tiempo.

Para paliar el elevado costo de los medicamentos, en nuestro país se han desarrollado distintas políticas sociales, que incluyen la distribución gratuita o con considerables descuentos de remedios esenciales



LECTURA

**«La salud no es una mercancía»**

Contra la idea de la Organización Mundial de Comercio (OMC), debe imponerse otra sobre un derecho humano básico.

El italiano Gianni Tognoni, uno de los mayores especialistas en el mundo en farmacología y epidemiología, visitó Argentina y defendió la salud como bien público antes que mercancía, idea que prevalece en la Organización Mundial de Comercio (OMC). Tognoni dirige el Instituto Mario Negri en Roma, es asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y secretario general del Tribunal Permanente de los Pueblos, que defiende los bienes públicos: alimentos, recursos naturales y «los avances científicos, que son patrimonio de la humanidad», dijo a Clarín.

—Al fracasar la OMC en Cancún, ¿cómo está el debate sobre acceso de países pobres a remedios esenciales?

—En general se admite que el sida, la tuberculosis y la malaria, por su mayor impacto y tasa de mortandad, se excluyan del libre comercio y el pago de patentes. Cómo hacer operativo ese principio básico es el problema. No se resuelve con otro capítulo en la negociación comercial general (como el del agro) que considere mercancía a la salud. Es un derecho básico, y la OMC lo rechaza.

—¿Y la Organización Mundial de la Salud?

—Habla de fármacos esenciales, pero no de derecho de la humanidad. Así, no contradice la tendencia del mercado y de la OMC. Falta una política que rompa ese frente sobre un supuesto acuerdo sobre salud —en el que están los grandes laboratorios— y trabe todo el debate sobre servicios.

—¿Cómo jugó el Grupo de los 22, donde están Brasil, Argentina, India y China?

—Es un bloque importante. Pero se pronunció sólo sobre subsidios agrícolas. Fue el tema del año y a la OMC no quiso reabrir la discusión sobre fármacos más allá de lo hablado en general en Doha. Pero son temas afines ante situaciones de emergencia.

—El fiasco Cancún, ¿alentará una globalización alternativa?

—Esperemos que sí. La decisión del G22 vale pues refiere a bienes comunes (el agro no es sólo comercio: es acceso a alimentos), que incluye el agua o los medicamentos. El cuadro político se alteró y la OMC ya fracasó tres veces, en Seattle, Doha y Cancún. Si antes todo iba en una línea, ya no. Y hay contradicciones en EE.UU. y Europa.

—En remedios, ¿qué normas de excepción hubo?

—Ante la amenaza de un ataque bioterrorista con ántrax, Canadá desarrolló antibióticos sin suscribir patentes. Y Tailandia, frente a una emergencia nacional de sida, tomó el principio de cautela de la OMC y sin pagar patentes unió cuatro pastillas que eran de multinacionales distintas y muy caras en una sola, exitosamente.

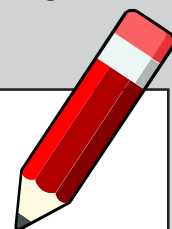
—¿Cómo está Argentina?

—Igual que Brasil, tiene capacidad instalada. Pero debe avanzar más en genéricos (que en países ricos ocupan 30% del mercado) y obligar a abaratar precios, acordando con colegios médicos y laboratorios. Le falta un plan de salud. Y aunque avanzó en experimentación (algo normal en los países avanzados), hay déficit en la transparencia, control y registros de los pacientes tratados.

Néstor Restivo nrestivo@clarin.com

ACTIVIDAD

- 1- Lee con mucha atención el artículo anterior.
- 2- Luego, sintetiza en tres frases breves lo principal de su contenido.



EL ESTADO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

El desarrollo social es un proceso de mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad. En tal sentido, no es una meta a la cual hay que aspirar llegar para después mantenerse estable: el desarrollo social es un camino que se recorre siempre, día tras día, teniendo como fin mejorar permanentemente la calidad de vida.

Si hablamos de mejorar la calidad de vida debemos hacer referencia a una mayor igualdad de oportunidades, respeto a los derechos humanos básicos y reforzamiento de la capacidad de los individuos para controlar sus propias vidas. Esto puede alcanzarse por medio de acciones económicas, sociales y políticas.

La política pública es el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del poder político frente a situaciones socialmente problemáticas, que tienen por objetivo la resolución de las mismas. En el plano de la salud, estas acciones tienen como fin la prevención de riesgos y enfermedades a través de un grupo de programas que tienden a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas y sus consecuencias. También apuntan a la detección temprana de patologías como drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, anorexia, desnutrición, embarazos adolescentes, mortalidad infantil, violencia familiar, entre otras.

En la Argentina, si bien hubo avances en la creación de entornos saludables, no se ha alcanzado aún el éxito deseado. Será necesario seguir trabajando, a través de diversas acciones implementadas como políticas de Estado, teniendo como objetivo la prevención y promoción de la salud.



Los hospitales públicos no cuentan siempre con los recursos necesarios para brindar un servicio óptimo

¿Cómo fortalece el Ministerio de Salud de la Nación la Atención Primaria de la Salud?

Son muchos los ámbitos y programas del Ministerio de Salud que por medio de sus actividades contribuyen a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud. A continuación detallaremos algunos de ellos y sus características:

■ El *Programa Remediar* fortalece la estrategia de Atención Primaria de la Salud, haciendo llegar medicamentos en forma gratuita a la población que se atiende en diversos centros de salud.

■ Desde el *Programa VIGI+A* se promueve también la participación social en los procesos de vigilancia en Salud y en el control y prevención de las enfermedades, por medio de acciones de divulgación hacia la población de los criterios de prevención.

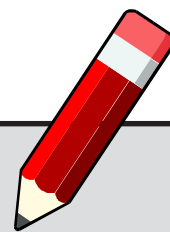
■ El *Programa Nacional de Lucha contra las E.T.S.* (enfermedades de transmisión sexual) y *SIDA* realiza actividades de prevención dirigidas a la población en general, promoviendo que las personas afectadas sean atendidas por las enfermedades comunes en los Centros de Atención Primaria, e impulsa el análisis voluntario y con consentimiento escrito para toda mujer embarazada.

■ El *Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud* (PROMAPS) –antes conocido como «Programa Médicos de Cabecera»– se propone consolidar una estrategia de atención primaria a nivel nacional, y mejorar la cobertura de la población de extrema pobreza y alta vulnerabilidad social y sanitaria, garantizándole el acceso a los servicios básicos de salud.

■ El *Programa Federal de Salud* (PROFE) prevé la atención de sus afiliados en los Centros de Atención Primaria (CAP) o Médicos de Cabecera. Este programa fortalece el sector público y ha logrado un fuerte impacto en la APS, dada las necesidades de la población que cubre, cuya vulnerabilidad médico social es manifiesta.

■ A través del *Programa Anahí* (Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas) se realizan actividades de prevención y promoción de la salud y se capacita a Agentes Sanitarios Aborígenes.

ACTIVIDAD



■ Existe un programa implementado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que se denomina *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Investiga en diarios, revistas y en la web acerca del mismo y realiza un informe detallando sus principales características.

Consulta, a partir de la página 269, la Ley 25.673

¿Qué es el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Libres de Humo?

Es un formulario que pueden llenar las organizaciones que estén llevando a cabo políticas activas de control del tabaco en sus propios ámbitos. El registro se realiza on-line y una vez efectuado, el Ministerio de Salud y Ambiente tomará contacto con la organización para corroborar los datos e incluirlos en el Registro Nacional.

Aquellas organizaciones que lo deseen podrán acceder a una certificación oficial.

¿Cómo afecta a las personas el humo de tabaco?

- El humo de tabaco contiene más de 50 sustancias cancerígenas.
- Quienes lo respiran están expuestos a un mayor riesgo de padecer cáncer, enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y pulmonar.
- Provoca muerte súbita del lactante.

¿Qué normativa existe para que los ambientes sean libres de humo?

Hay normas nacionales, provinciales y municipales para instituciones públicas. Las organizaciones privadas fijan sus propias normas.

¿Por qué los ambientes de trabajo deben ser libres de humo?

Los ambientes sin humo protegen la salud de los trabajadores y clientes. Además reducen los riesgos de accidentes, incendios y deterioro de las instalaciones y equipos por efecto del humo ambiental. Se reduce el ausentismo, aumenta la productividad y la satisfacción del personal.

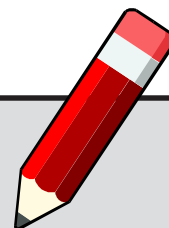
¿Cómo puedo hacer para que mi organización sea libre de humo?

No alcanza con establecer una norma. Existen metodologías de probada eficacia, para promover cambios en la conducta de fumadores y no fumadores. El Ministerio de Salud y Ambiente desarrolla programas de capacitación. En nuestra Web puede encontrar material y links relacionados.

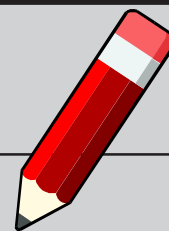
Extraído de www.msal.gov.ar.

ACTIVIDAD

- ¿Qué piensan del Registro Nacional de Instituciones y Empresas Libre de Humo de Tabaco?
- Busquen en Internet el formulario de inscripción, léanlo en grupos, y complétenlo imaginando que pertenecen a una empresa.
- En esta misma dirección aparecen documentos sobre este tema. Si desean, pueden elegir uno por grupo y realizar un informe que luego compartirán con el resto de la clase.



ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

1- Intenten armar una definición de «salud», redáctenla por escrito y compártanla con el resto de la clase.

2- Lean con atención los cambios sucedidos en la historia del proceso salud-enfermedad y sintetiza con sus palabras las características de cada etapa. Armen en una cartulina o papel afiche un cuadro detallando las principales características. (Si desean, busquen información sobre la Teoría de los Humores de Hipócrates). Compártanlo con el resto de sus compañeros.

3- ¿Qué progresos pueden destacar en el siglo XVIII?

4- ¿Qué progresos aparecen en el siglo XIX?

5- ¿Qué es el paradigma biopsicosocial?

6- ¿Cuál es el concepto actual de salud?

7- ¿Qué es el derecho a la salud?

8- Piensen detenidamente si la salud es un derecho de las personas o constituye una mercancía. Busquen dos artículos en el diario que den cuenta de la salud como derecho y de la salud como mercancía.

9- Busquen información sobre las políticas que realiza el Estado para fortalecer la salud de la población. Realicen un informe escrito sobre este tema.

10- Caractericen la concepción mágico- religiosa de la salud. Indiquen en qué pueblos de la antigüedad existió.

11- Esta manera de concebir la enfermedad ¿ha desaparecido totalmente? Ejemplifiquen.

12 - Justifiquen esta afirmación: 'Los antiguos adquirieron muchos *conocimientos empíricos* con respecto a la salud.

13 - Busquen en el diccionario la palabra 'conjuro' y relaciónenla con la anterior.

14 - Realicen una lista de grandes médicos mencionados en este capítulo y busquen información adicional sobre cada uno de ellos.

15 - Averiguen y respondan: ¿Cuál fue el gran aporte de Hipócrates a la medicina?

16 - Justifiquen esta afirmación y relaciónenla con la salud: 'Los romanos dieron gran importancia a la higiene pública'.

17 - Respondan: ¿Cuál fue el gran aporte de los árabes a nuestra cultura?

18 - Justifiquen esta afirmación con siete u ocho frases breves: 'Desde la antigüedad hasta fines del siglo XIX, las epidemias fueron el mayor castigo sanitario para la humanidad. Los distintos pueblos adoptaron diversas medidas defensivas'.

19 - Expliquen el significado de 'microbiología', 'asepsia' y 'antisepsia' y relaciona esos conceptos con el cuidado de la salud (la consulta de un buen diccionario te será muy útil). Expliquen en qué consiste la «policía sanitaria».

20 - Qué es la medicina del trabajo. Nombren algunos médicos importantes relacionados con esta corriente.

21 - En un cuadro comparativo de dos columnas, señalen las características del *paradigma biomédico* y el *paradigma biopsicosocial*.

22 - Desde el punto de vista de los médicos higienistas ¿qué factores sociales están relacionados con la salud?

23 - En la perspectiva de la medicina social ¿qué papel debe cumplir el Estado respecto a la salud?

24 - Con fundamentos extraídos del capítulo respondan esta pregunta: ¿De qué depende estar sano?

25 - Justifiquen por qué la salud está relacionada con la alimentación, la vivienda, la vestimenta y el trabajo.

26 - ¿Por qué el dicho popular afirma que 'el trabajo es salud'? ¿Siempre es así? Fundamenten.

27 - Indiquen qué grupos o empresas están interesados en que la salud sea una mercancía.

28 - Mencionen algunos programas desarrollados actualmente por el Ministerio de Salud de la Nación (para informarse, pueden consultar Internet).

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

SICKO

Director: Michael Moore

Sinopsis:

‘Michael Moore está obsesionado con tirar abajo todos los mitos sobre Estados Unidos. Más de una vez se ha escuchado decir que el gobierno y las empresas estadounidenses hacen para afuera lo que no pueden hacer hacia adentro. Sicko, su nuevo documental sobre el sistema médico norteamericano, demuestra con golpes bajos, ironías y cifras impactantes que la privatización de los servicios esenciales y el laissez faire del Estado no fueron sólo consejos para los países subdesarrollados de América latina.

Como en sus anteriores documentales, el mensaje es muy simple y muy claro. “El país más rico del mundo ocupa el puesto número 37 en el ranking de la Organización Mundial de la Salud”, relata en off Moore en el comienzo de la película. Para demostrarlo, el documentalista y archienemigo de George Bush compara el modelo norteamericano con el británico y el cubano, dos sistemas que aunque vienen de países muy diferentes son llamativamente parecidos. Para ese experimento Moore eligió un grupo de verdaderos héroes. Durante gran parte de la película lo acompañan rescatistas voluntarios que ayudaron a las víctimas del 11-S en la Zona Cero. Son ciudadanos comunes y sin grandes ingresos, que seis años después cruzaron la ciudad e incluso el río para ayudar y enfrentarse al peor acto terrorista en suelo norteamericano. Ahora, relata Moore, deben encarar una nueva batalla. El enemigo, claro, ya no es Osama Bin Laden, sino las empresas prestadoras de salud.’ (Tomado de www.pagina12.com.ar, domingo 12 de agosto de 2007).

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Luego de proyectar el film, analicen el mensaje grupalmente.
2. En una frase breve, de cinco renglones como máximo, sinteticen cómo es el sistema de salud de los Estados Unidos, de acuerdo a lo que muestra esta película.
3. ¿A qué otros países se refiere la misma?
4. Confeccionen un cuadro de columnas en el que figuren Estados Unidos y los demás países a los que se refiere el film e indiquen las principales características que presenta el sistema de salud en cada uno de ellos.
5. ¿En cuáles de estos países la salud es una mercancía y en cuáles es respetada como un derecho?

Busca más información en www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-89569-2007-08-12.html

CAPÍTULO III

PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

'MEJOR PREVENIR QUE CURAR'

La sabiduría popular ha sintetizado en una frase lo que es una gran verdad científica: 'Mejor prevenir que curar'. Esto significa que más vale tomar a tiempo determinadas medidas para evitar que algo negativo suceda que arrepentirse por las consecuencias. La máxima también es válida en el terreno de la salud, en el cual la prevención economiza vidas, sufrimientos y gastos. En el campo sanitario la prevención se traduce en las medidas de higiene pública y privada, que dan como resultado un descenso de las tasas de mortalidad y morbilidad y producen un aumento de la expectativa y calidad de vida.

El valor de la prevención fue descubierto por los seres humanos desde la antigüedad. Así lo muestran los libros sagrados de las grandes religiones, que contienen numerosas prescripciones higiénicas. En el Corán, por ejemplo, podemos leer lo siguiente:

'El Profeta, La Paz Sea Contigo, dijo: 'Quienquiera que duerma y sus manos no estén limpias de grasa y por esto resulte dañado no debe culpar a nadie sino a si mismo'.

'El Profeta, la Paz Sea Contigo, solía lavar sus manos antes de comer'.

Las palabras y los actos de Mahoma, registrados en el libro sagrado del Islam, constituyen para sus seguidores una obligación que favorece el cuidado de su salud. Normas semejantes pueden localizarse en el Talmud y la Biblia. Hipócrates (460-377? a.C.), considerado el padre de la medicina, también subrayó el valor de la prevención al establecer el concepto de 'Salud Positiva':



Para conservar una buena salud,
'Mejor prevenir que curar'

‘La Salud Positiva requiere del conocimiento de la constitución primaria del hombre y de los poderes de diversos alimentos, ya sean naturales o los que resultan de la habilidad humana. Pero comer solamente no es suficiente para la salud. Debe haber también ejercicios... La combinación de estas dos cosas hace el régimen, cuando se pone adecuada atención a la estación del año, el cambio de los vientos, la edad del individuo y la situación de su hogar. Si hay alguna deficiencia de comida o ejercicio, el cuerpo caerá enfermo’.

Estos preceptos higiénicos, formulados en la antigua Grecia casi dos mil quinientos años atrás, mantienen todavía su validez. Se entiende, entonces, que el 19 de septiembre (que se celebra en Grecia como el Día de Hipócrates) haya sido propuesto para celebrar el Día Mundial de la Prevención.

Los romanos también tuvieron en cuenta las prescripciones de la higiene urbana y se destacaron por sus obras de saneamiento, muchas de las cuales se han conservado a través de los tiempos. Sin embargo, la decadencia que se extendió por Europa Occidental durante el período medieval ocasionó el olvido de estas recomendaciones, por lo cual las ‘pestes’ – nombre con el que se designaban las grandes enfermedades epidémicas – constituyeron uno de los mayores problemas de esa etapa. Contemporáneamente, el mundo árabe mostraba un cuadro totalmente distinto, ya que sus ciudades se caracterizaban por una saludable higiene.

Las grandes epidemias y el saneamiento urbano

Las consecuencias de las deficiencias sanitarias de las ciudades se hicieron evidentes en Inglaterra desde fines del siglo XVIII, cuando el crecimiento urbano que acompañó a la Revolución Industrial produjo hacinamiento y favoreció la difusión de grandes epidemias, particularmente de cólera. A ello contribuyeron la mala provisión de agua potable y la falta de medios adecuados para la eliminación de los excrementos, además de las terribles condiciones en que vivían los sectores sociales más pobres. Una situación similar se observaba en otras capitales europeas, por lo cual la difusión de esa enfermedad adquirió en varios casos el carácter de pandemia. Sucesivas epidemias de cólera se produjeron en Europa en 1817, 1830, 1845, 1854, 1865 y 1883. La expansión internacional del contagio se vio favorecida por el aumento del comercio y los grandes movimientos de población característicos de la segunda mitad del siglo XIX; como consecuencia, varios brotes coléricos alcanzaron el continente americano.

Desde luego, nuestro país también fue castigado por las epidemias, favorecidas en nuestro caso por la gran afluencia de inmigrantes y las deficiencias sanitarias que presentaba Buenos Aires y otras ciudades del litoral que crecieron rápidamente. También contribuyeron los conventillos, viviendas colectivas en las que se hacinaban los extranjeros recién llegados, en condiciones muy insalubres. De esta manera, en 1856 ocurrió un pequeño brote de cólera en el sur, que pasó casi inadvertido; episodios de mayor envergadura se registraron en 1867-1869, 1873-1874, 1886-87 y 1894-1895. Desde entonces esta terrible enfermedad no volvió a presentarse entre nosotros, lo que fue considerado como un triunfo de las medidas de saneamiento urbano adoptadas. Sin embargo, casi cien años después, en 1991, el cólera reapareció en la Provincia de Salta, mostrando los riesgos sanitarios que representa el atraso económico y social.

En nuestro país también se produjeron epidemias de fiebre amarilla, en 1858, 1870 y 1871. Esta última ocasionó una enorme mortandad en Buenos Aires y es, quizás, la única que se

conserva en la memoria colectiva de los porteños. Casos aislados, que no dieron lugar a epidemias, aunque sembraron la alarma, se registraron en 1883; en 1892, 1893 y 1894 el servicio sanitario del puerto de Buenos Aires descubrió algunos enfermos provenientes del exterior.

Por último, al filo de ambos siglos cundió la alarma ante lo que parecieron algunos casos de peste bubónica – la legendaria ‘peste negra’ de la Edad Media –, que felizmente no tuvieron consecuencias.

Ante el peligro de introducción de epidemias, los distintos países adoptaron dos tipos de medidas preventivas: el control sanitario exterior, dirigido a las personas llegadas de ultramar, y el saneamiento interno. Desde fines del siglo XIX, en las grandes ciudades de Europa y los Estados Unidos se llevaron a cabo importantes obras que mejoraron considerablemente la salubridad: construcción de cloacas, desagües y servicios de provisión de agua potable domiciliaria; además, se organizó la recolección de los residuos y se pavimentaron las calles. Lo mismo ocurrió en Buenos Aires, donde las ‘obras de salubridad’ fueron uno de los grandes orgullos de los gobiernos de la época, que exhibían sus benéficos resultados como una muestra del progreso que vivía nuestro país; más lentamente, esas instalaciones también se extendieron a las otras ciudades argentinas.

Curiosamente, más de ciento veinte años después, una parte significativa de la población nacional carece de servicios de agua potable por red y de cloacas, que permitan la evacuación higiénica de los excrementos y otros desechos domiciliarios. Como es natural, tales deficiencias tienen un efecto negativo sobre la salud de nuestra población.

PREVENCIÓN

FOMENTAN EL USO DEL PRESERVATIVO Y EL ANALISIS DE VIH

Nueva campaña para la prevención del sida

Según las estadísticas de la Dirección de Sida del Ministerio de Salud de la Nación, desde el comienzo de la epidemia en 1982 hasta fin de 2007 se notificaron 67.245 personas infectadas con VIH, aunque se cree que muchas personas viven con el virus y aún no lo saben. Para ahondar en prevención, el ministerio lanzó la segunda etapa de una publicidad centrada en la necesidad del uso del preservativo y el análisis de VIH voluntario, gratuito y confidencial.

Esta vez, la campaña «Triki Triki Bang Bang» (www.trikitrikibangbang.com.ar), que culminará el 1° de diciembre (Día Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA), pone el preservativo en manos de la mujer: «Si no se lo pone, se lo pongo yo», es su lema. La primera había sido: «Sin triki triki no hay bang bang». No sólo apunta a jóvenes sino a hombres y mujeres de 13 a 50 años. Para comunicarlo eligieron famosos, como Jéssica Cirio, Roberto Piazza y Laura Azcurra.

El SIDA constituye uno de los grandes flagelos sanitarios de nuestra época y ante él, el mejor recurso es la prevención

La vacunación masiva

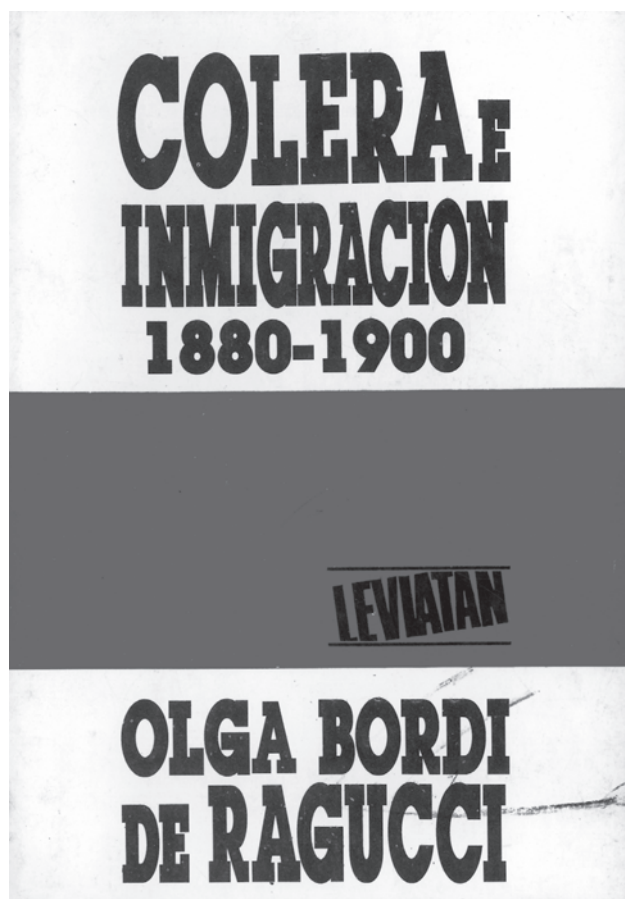
Hasta fines del siglo XIX el origen (etiología) de las enfermedades infecto-contagiosas era desconocido; en consecuencia, tampoco existían recursos eficaces para evitar su difusión, ni otros que permitieran atender a los enfermos. Por eso era muy elevada la mortalidad como resultado de la viruela; entre los niños, enfermedades que hoy pasan casi desapercibidas (como el sarampión, las paperas, el coqueluche y la difteria) producían una gran mortandad, a tal punto que la última de las mencionadas era calificada como 'la segadora de la infancia'. La situación se agravaba por las características de las viviendas populares, que impedían el aislamiento de los enfermos, favoreciendo el contagio. La única enfermedad contagiosa que contaba con un medio preventivo eficaz era la viruela. Una preocupación de los gobiernos fue la difusión masiva de la vacunación, que dio rápidos frutos, disminuyendo los contagios. Sin embargo, el combate mundial contra la viruela continuaba en la segunda mitad del siglo pasado.

En 1967 se estimaba que la viruela afectaba anualmente a quince millones de personas, produciendo la muerte a dos millones de ellas. Muchos de los sobrevivientes quedaban ciegos y casi todos, con el rostro afeado por las cicatrices propias de esa enfermedad. Fue entonces cuando la Organización Mundial de la Salud inició una campaña mundial tendiente a la erradicación de este mal. Las masivas campañas de vacunación fueron coronadas por el éxito y en 1989 la OMS anunció que el terrible flagelo había desaparecido completamente.

ACTIVIDAD



■ Reunidos en grupos de hasta cuatro integrantes investiguen sobre las grandes epidemias del siglo pasado. Pueden buscar en libros y en Internet. Realicen un informe escrito, que luego compartirán con el resto de la clase.



Durante el siglo XIX, las epidemias de cólera y otras enfermedades causaron estragos en nuestro país

LECTURA



Breve historia de las vacunas

Por Bertha Sola Valdés

Las vacunas fueron descubiertas en 1771 por Edward Jenner, a partir de unos experimentos que realizaba con gérmenes de viruela que atacaban a las vacas, pero que a los trabajadores de las granjas que las ordeñaban hacía inmunes hacia esta enfermedad.

De ahí proviene el nombre 'vacuna' y este descubrimiento fue el inicio de todo un programa de inmunizaciones que ha permitido prevenir muchas enfermedades mortales y evitar grandes epidemias. A partir de ese momento, se han inventado una serie de vacunas, tanto para prevenir algunas enfermedades infecto-contagiosas, como para controlar alergias a sustancias tóxicas o elementos ambientales.

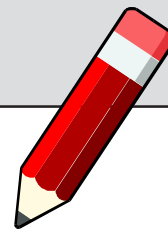
Una breve historia de las vacunas es la siguiente:

- En 1798 se aplicó por primera vez la vacuna contra la viruela, enfermedad que ha sido erradicada totalmente. Como ya dijimos, fue descubierta por el médico inglés Edward Jenner en 1771.
- En 1880, Louis Pasteur y Robert Koch descubrieron los gérmenes causantes de algunas enfermedades infecciosas como el cólera y la rabia y a partir de ellos elaboraron las vacunas respectivas.
- En 1891, Emil Adolf von Gelming y Shibasaburo Kitasato elaboraron las vacunas contra la difteria y el tétanos.
- En 1906, León Calmetre y Camilla Guérin crearon la vacuna BCG contra la tuberculosis.
- En 1954, Jonas E. Salk produjo la maravillosa vacuna contra la poliomielitis, enfermedad que desde entonces ha quedado controlada en aquellos países con buenos sistemas de inmunización.
- En 1960, John F. Enders elaboró la vacuna contra el sarampión.
- En 1962, Thomas H. Séller creó la vacuna contra la rubéola.

También existen vacunas contra la tos ferina (conocida entre nosotros, como 'tos convulsa'), la hepatitis A y B, la neumonía, la fiebre amarilla, la tifoidea, la gripe o influenza, las paperas, varicela, neumococo y meningococo y otras enfermedades graves y los científicos de muchos países trabajan para encontrar la del virus causante del SIDA y otras enfermedades que se extendido como pandemias.

Fuente: esmas.com

ACTIVIDAD



1- Lee atentamente el artículo anterior.

2- Luego, utiliza los siguientes términos para redactar un párrafo breve (no más de cinco renglones) que sintetice su contenido: Edward Jenner, viruela, vacuna, prevención, cólera, rabia, difteria, tétanos, tuberculosis, poliomielitis, sarampión, rubéola, otras enfermedades.

Más avanzado el siglo XX se conocieron los agentes transmisores de diversas enfermedades contagiosas y se fueron elaborando vacunas para prevenir sus ataques. De esa manera, poco a poco, el combate contra las enfermedades infecciosas fue sumando triunfos. A ello contribuyó la vacunación obligatoria de los escolares. Todavía a comienzos de la década de 1950 la población sufría los ataques de la terrible ‘parálisis infantil’, la poliomielitis, que también tuvo su remedio algunos años después con la vacuna correspondiente.

El siguiente documento de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) nos pone al tanto de lo que debemos saber sobre las vacunas.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS VACUNAS?

Lo más importante

Como padre, usted siempre tiene presente la salud y seguridad de sus hijos, desde los seguros para puertas a prueba de niños hasta los asientos de seguridad. Del mismo modo, las vacunas tienen como función proteger a sus hijos de las enfermedades infecciosas que pueden afectar su salud y causar incluso la muerte.

Las vacunas ayudan a preparar el organismo de su hijo para combatir enfermedades mortales.

Hechos

El organismo pasa por una serie de fases para combatir las enfermedades:

Primero - Se administra la vacuna por medio de una inyección o en forma líquida por vía oral. La mayor parte de las vacunas contienen un germen causante de la enfermedad, muerto o debilitado.

Luego - El organismo produce anticuerpos para luchar contra los gérmenes muertos o debilitados de la vacuna.

Después - Estos anticuerpos practican con los gérmenes débiles de modo que cuando lo gérmenes verdaderos y fuertes causantes de la enfermedad -que pueden estar acechándonos en cualquier parte- ataquen al niño, los anticuerpos sabrán cómo destruirlos y el niño no enfermará.

Finalmente - Los anticuerpos protectores permanecen en guardia en el cuerpo del niño para protegerlo de los verdaderos gérmenes de la enfermedad.

Los anticuerpos luchan contra las enfermedades infecciosas y generalmente

permanecen en nuestro organismo, incluso después de que la enfermedad ha desaparecido, para impedir que usted enferme nuevamente. Esto se conoce como *inmunidad*.

Lo que usted debe saber

Los niños recién nacidos son inmunes a muchas enfermedades porque tienen anticuerpos que han recibido de sus madres, sin embargo esta inmunidad sólo dura alrededor de un año.

Asegurarse de que su hijo tenga al día todas las inmunizaciones recomendadas es también una manera de preservar la salud de nuestra comunidad. De este modo las personas enfermas tienen menores posibilidades de estar expuestas a los gérmenes de la enfermedad transmitidos por los niños no vacunados.

Si su hijo no está vacunado y se ve expuesto al germen causante de la enfermedad, puede que su organismo no sea lo suficientemente fuerte para luchar contra ésta. Antes de que hubiera las vacunas, muchos niños morían a causa de enfermedades como tos ferina, sarampión y polio, que se pueden evitar con inmunizaciones. Los mismo gérmenes existen hoy en día, pero los niños están protegidos por las vacunas y por ello las enfermedades son menos comunes.

La vacunación es uno de los medios más eficaces de prevención de varias enfermedades por lo cual es muy importante que la población, particularmente las madres, observen el cronograma que figura en la página siguiente.

Normas Nacionales de vacunación

Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina (2003)

Edad	BCG	Hepatitis B (HB)	Cuádruple (DTP-Hib)	Sabin (OPV)	Triple Bacteriana	Triple Viral (SRP)	Doble viral (SR)	Doble bacteriana (dT)
Recién nacidos	1ra. dosis	1ra. dosis						
2 meses		2da. dosis	1ra. dosis	1ra. dosis				
4 meses			2da. dosis	2da. dosis				
6 meses		3ra. dosis	3ra. dosis	3ra. dosis				
12 meses						1ra. dosis		
18 meses			4ta. dosis	4ta. dosis				
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2da. dosis		
11 años		Iniciar o completar esquema (3 dosis)				Refuerzo		
16 años								Refuerzo
Cada 10 años								Refuerzo
Puerperio o post-aborto							1ra. dosis	

* BCG

+ Hepatitis B: En las primeras 12 horas de vida

El Recién Nacido Prematuro con peso menor a 2000 g. debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12 hs. de vida) y 3 dosis más: a los 2, 4 y 6 meses.

& Si no recibió el esquema en la infancia, se aplicará 1ra. dosis, 2da. dosis al mes de la primera y la 3ra. dosis a los 6 meses de la primera.

@ Si no recibió previamente dos dosis de triple viral o bien 1 dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral.

Embarazadas: aplicar vacunas dT a partir del 2do. trimestre de embarazo; 1º y 2º dosis o refuerzo según corresponda y luego cada 10 años.

(3) S.R.P. : Sarampion - Rubeola - Parotiditis.

(4) dTa : Difteria - Tetanos.

EMBARAZADAS: Aplicar la vacuna Doble Adultos (dT_a), 1era, 2da dosis o refuerzo, según corresponda. En caso de no contar con la vacuna d_{Ta}. aplicar de igual manera la vacuna antitetánica (IT).

Otras medidas de prevención

Desde fines del siglo XIX los gobiernos desarrollaron otras medidas de prevención de las enfermedades: se organizó el control sanitario de los alimentos y la inspección de tambos y mataderos. Además, se pusieron en práctica medidas para cortar la cadena de contagio (fundamentalmente, el aislamiento de los enfermos y la desinfección de sus viviendas). También aumentó el número de hospitales y mejoraron los servicios que prestaban. En Buenos Aires, por ejemplo, la Asistencia Pública de la Capital (creada en 1882) ofrecía un servicio bastante apropiado a las necesidades de los pobres, a quienes se reservaba la atención hospitalaria.

A través de las escuelas públicas, que tuvieron en esa etapa un período de auge, se transmitió a los alumnos y sus familias una educación sanitaria de la que hasta entonces habían carecido. Como ya dijimos, la vacunación obligatoria de los escolares favoreció la erradicación de la viruela y más adelante de la difteria.



Los logros de la prevención

Las estadísticas sanitarias demostraron la eficacia de las medidas preventivas: descendieron las tasas de mortalidad y de morbilidad, disminuyó considerablemente la mortalidad infantil y, con el tiempo, las enfermedades contagiosas propias de la infancia dejaron de ser un peligro. Como resultado, en los últimos cien años la esperanza de vida ha aumentado en alrededor de treinta años en los países desarrollados. En ese aspecto, los promedios argentinos son similares a los de los países más avanzados del mundo. Tales progresos son resultado del saneamiento urbano, la inmunización masiva, el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, más que de la práctica clínica de la medicina orientada a la atención de los individuos.

Hasta mediados del siglo pasado, otro terrible mal era la tuberculosis pulmonar, altamente contagiosa y mortal. Si bien el microorganismo que la produce era conocido a fines del siglo XIX, todavía no se contaba con una vacuna para prevenirla. Aún descubierta ésta, la terrible tisis (otra denominación de la enfermedad) siguió haciendo estragos hasta la mitad del siglo pasado. Todavía hoy no ha desaparecido y su difusión se ve favorecida por la mala alimentación y las pésimas condiciones de vida, ya que se trata de una enfermedad eminentemente social.

Desde la primera infancia, la consulta periódica al médico ayuda a conservar la salud

LECTURA



Robert Koch y la bacteriología moderna

Robert Koch (1843-1910), científico alemán galardonado con el premio Nobel, fue el iniciador de la bacteriología médica moderna; aisló varias bacterias patógenas, incluida la de la tuberculosis, denominada por ello en su honor bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), y descubrió los vectores animales de transmisión de una serie de enfermedades importantes.

Nacido en Alemania, en 1843, Koch se incorporó a la Universidad de Göttingen en 1862, donde estudió botánica, física y matemáticas e inició la carrera médica, que ocuparía el resto de su vida. Tras breves estancias en el Hospital General de Hamburgo y en una institución para niños discapacitados psíquicos, comenzó a ejercer la medicina privada. Sus actividades profesionales no le impidieron desarrollar otros intereses como la arqueología, la antropología, las enfermedades ocupacionales, como el envenenamiento por plomo, y el emergente campo de la bacteriología.

Su primer descubrimiento importante se produjo en la década de 1870, cuando demostró que el carbunco infeccioso sólo se desarrollaba en los ratones cuando el material inyectado en su torrente sanguíneo contenía bastones o esporas viables del *Bacillus anthracis*. El aislamiento del bacilo del carbunco por parte de Koch constituyó un hito histórico, ya que por primera vez pudo demostrarse sin duda cuál era el agente causante de una enfermedad infecciosa. Quedó claro que las enfermedades infecciosas no estaban causadas por sustancias misteriosas, sino por microorganismos específicos, en este caso bacterias. Koch mostró también cómo debe trabajar el investigador con dichos microorganismos, cómo obtenerlos a partir de animales infectados, cómo cultivarlos artificialmente y cómo destruirlos. Koch comunicó sus observaciones al gran patólogo alemán Julius Friedrich Cohnheim y sus colaboradores, uno de los cuales era el bacteriólogo Paul Ehrlich, pionero de la inmunología moderna.

En 1880, tras finalizar un importante trabajo bacteriológico sobre infecciones en las heridas, fue nombrado consejero del gobierno en el Departamento Imperial de la Salud en Berlín, donde, a partir de entonces, llevó a cabo la mayoría de sus investigaciones. En 1881 dio a conocer sus estudios sobre la tuberculosis y al año siguiente anunció que había aislado el bacilo responsable de tan terrible enfermedad. Sus hallazgos fueron confirmados por investigadores de todo el mundo. El descubrimiento permitió mejorar las técnicas diagnósticas mediante la identificación del bacilo en las excreciones corporales, especialmente en los esputos.

Koch dedicó entonces su atención al cólera, que en 1883 había alcanzado niveles de epidemia en la India. Se desplazó allí, identificó el bacilo causante de la enfermedad y descubrió que era transmitido a los seres humanos sobre todo a través del agua. Más tarde viajó a África, donde estudió las causas de las enfermedades transmitidas por insectos.

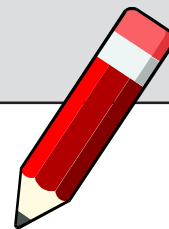
En 1891 Koch fue nombrado director del Instituto de Enfermedades Infecciosas de Berlín (que en la actualidad lleva su nombre), creado para la investigación médica especializada. Permaneció al frente del mismo hasta el día de su jubilación en 1904. En 1905 obtuvo el Premio Nobel de Fisiología y Medicina. Murió el 27 de mayo de 1910 en el balneario alemán de Baden-Baden.

LOUIS PASTEUR

Nació en Dôle, Francia, el 27 de diciembre de 1822, pero poco se conoce de su infancia y su adolescencia hasta que hizo estudios en la Escuela Normal Superior de París. Formado en el Liceo de Besançon, en la que había ingresado en 1843, Louis Pasteur obtuvo un doctorado en Física y Química por la Escuela Normal de París en 1847. En ese mismo año realizó algunas investigaciones sobre la relación entre la actividad óptica, la estructura cristalina y la composición química de los compuestos orgánicos, lo cual terminó asentando las bases de la estereoquímica, ciencia que estudia la distribución de las moléculas y la incidencia de ésta en sus propiedades. En 1849 enseñó química en la Universidad de Estrasburgo y en 1854 se desempeñó como profesor y decano en la Universidad de Lille. A petición de viticultores y cerveceros de la región, Pasteur comenzó a investigar la razón por la cual se agria el vino y la cerveza (1857); gracias al microscopio consigue identificar la levadura responsable. Propuso eliminar el problema calentando la bebida lentamente hasta alcanzar 48 grados centígrados para matar las levaduras y después encerrar el líquido en cubas bien selladas. Este proceso dio lugar a la actual técnica de pasteurización de los alimentos. En 1860 hizo algunos estudios respecto a la teoría de la generación espontánea, a partir de lo cual fue uno de los primeros en oponerse a ella. También sentó las bases de la cirugía aséptica y salvó la industria francesa de la seda, que amenazaba con arruinarse, al descubrir cómo se transmitía la enfermedad del gusano de seda, investigación que comenzara en 1865. El propio Pasteur, en 1871 obligó a los médicos de los hospitales militares a hervir el instrumental y los vendajes. Expuso la «teoría germinal de las enfermedades infecciosas». Toda enfermedad infecciosa tiene su causa (etiología) en un germen con capacidad de propagarse entre las personas. Se debe buscar el germen de cada enfermedad para hallar un modo de combatirlo. En 1877, emprende el estudio contra el carbunco, enfermedad infecciosa de los animales de la cual en 1879 encuentra el método de inmunización y en 1881 presenta públicamente la vacuna contra esta enfermedad. En 1881 Pasteur comenzó los trabajos para la vacuna contra la rabia; para ello se basó en el principio de que si debilitaba lo suficiente el virus de la rabia, podía usarlo como vacuna para estimular al sistema inmunológico a estimular defensas contra el virus; el principio dio resultado en conejos. En 1885 llegaron a su laboratorio un muchacho y su madre. El joven había sufrido graves mordeduras de un perro rabioso y su madre le pidió a Pasteur que le tratara con su nuevo método. Al final del tratamiento, que duraba diez días, el muchacho estaba siendo inoculado con el virus de la rabia más potente que se conocía; se recuperó y conservó la salud. La noticia se propagó con rapidez y el interés del público por este descubrimiento científico no tuvo precedentes; la recompensa de Pasteur fue una espontánea colecta mundial para que el científico tuviera su instituto de investigaciones y el 14 de noviembre de 1888 el Instituto Louis Pasteur se hizo realidad. Pasteur se encargó de la dirección de dicha institución hasta que le llegó la muerte en St. Cloud el 28 de septiembre de 1895. Pasteur era ya considerado un héroe nacional y había recibido todo tipo de honores. Se celebró un funeral propio de un jefe de Estado en la catedral de Notre Dame y su cuerpo fue inhumado en una cripta en el instituto que lleva su nombre.

ACTIVIDAD

- ¿En qué consiste la *pasteurización*?
- ¿Qué es la *asepsia quirúrgica*?
- Explica con tus palabras la 'Teoría germinal de las enfermedades infecciosas'?
- ¿Qué enfermedades estudió Pasteur y qué recursos contra ellas descubrió?
- ¿Qué institución vinculada a Pasteur sigue funcionando? Busca información en Internet y realiza un breve informe escrito sobre la misma.



LA PREVENCIÓN HOY

Distintos niveles

John M. Last, en la cuarta edición de su *Dictionary of Epidemiology*, define la prevención de la siguiente manera:

‘Las acciones orientadas a la erradicación, eliminación o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad. El concepto de prevención es mejor definido en el contexto de niveles tradicionalmente llamados prevención primaria, secundaria y terciaria’.

ACTIVIDAD

■ Reunidos en grupos pequeños realicen un cuadro sinóptico en el cual detallarán acciones de prevención primaria que lleva a cabo gente cercana a ustedes, señalando en qué consisten.



El control de la madre durante el embarazo beneficia la salud de su hijo

DISTINTOS NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

Es el conjunto de medidas que se toman antes de que el individuo enferme, a fin de que pueda preservar su salud: se trata, en definitiva, de la auténtica prevención

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es el conjunto de acciones encaminadas a la detección precoz (es decir, en su fase inicial) y el tratamiento oportuno de una enfermedad, este nivel también incluye acciones de recuperación de la salud

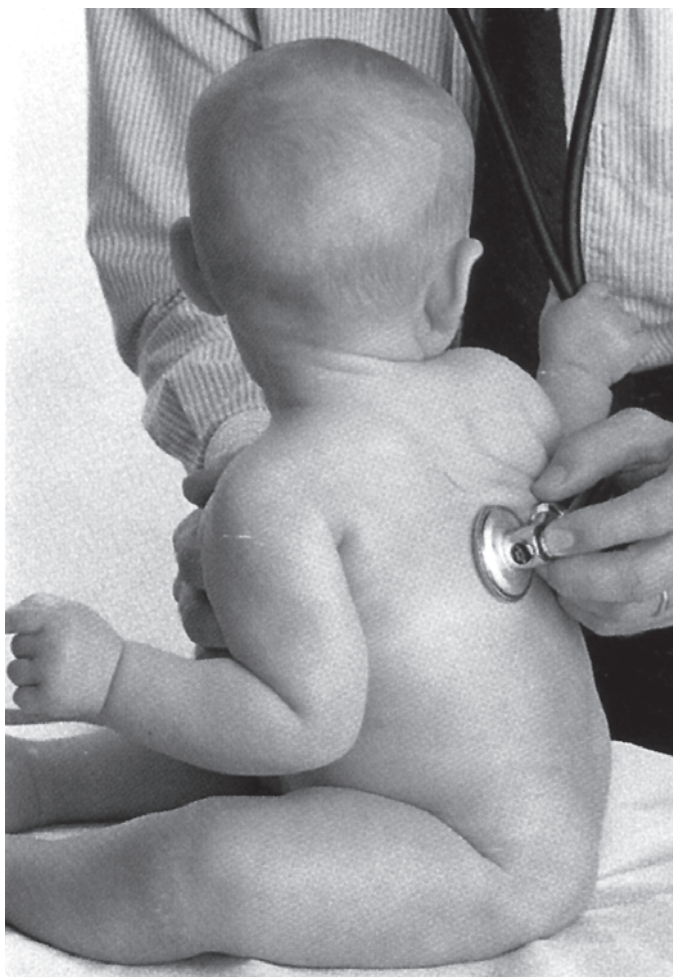
PREVENCIÓN TERCIARIA

Está formada por todos los servicios brindados a las personas enfermas a fin de que puedan utilizar sus capacidades e integrarse positivamente a la sociedad

La observancia de las normas de higiene individual en lo que respecta a la alimentación, el vestido, la vivienda, el ritmo de trabajo, el ejercicio y el descanso, las diversiones adecuadas, forman parte, aunque no lo sepamos, de la prevención primaria. A ello se agrega la consulta periódica al médico y el cumplimiento de sus indicaciones.

Lamentablemente, el respeto de estas normas depende parcialmente de la voluntad de los individuos de escasos recursos, cuyas condiciones de vida son por si mismas antihigiénicas y atentan contra su salud. También se da el caso de muchos otros, sin apremios económicos pero con una vida desordenada que perjudica su salud.

Los especialistas distinguen también entre la *prevención directa o específica* y la *prevención indirecta o inespecífica*. La primera comprende acciones referidas a problemas particulares: el uso indebido de drogas, el SIDA, el embarazo precoz, las enfermedades cardiovasculares, etcétera; la otra comprende todas aquellas estrategias dirigidas a la promoción de conductas saludables y fortalecimiento de valores y actitudes positivas, que posibiliten un buen desarrollo psicofísico y una integración social adecuada. Se trata, en definitiva, de otra forma de designar a la prevención primaria y constituye la forma más auténtica de la prevención.



Un niño sano también debe ser llevado periódicamente a la consulta médica

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La manera actual de concebir la salud va más allá de la práctica médica tradicional (la concurrencia del 'paciente' al consultorio o al hospital) y compromete a las autoridades, la sociedad civil y a cada individuo en su preservación.

Además del trabajo de los médicos y otros terapeutas, el cuidado de la salud incluye acciones preventivas cuya realización excede largamente el campo de estos profesionales y requiere de medidas económicas, culturales, en el ámbito laboral, en el comportamiento urbano, respecto al medio ambiente, etc. Como interesados en lograr una comunidad lo más sana posible, gobiernos, sindicatos, partidos políticos, ONGs y otras organizaciones sociales, así como cada persona en particular, deben contribuir a ello.

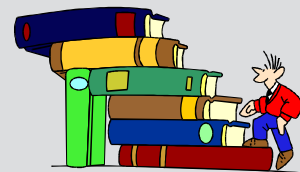
En definitiva, todos y cada uno de los seres humanos debiera constituirse – en su esfera de acción – en un custodio de la salud propia y ajena, que están íntimamente relacionadas. A esto apuntan las acciones de promoción de la salud y educación sanitaria.

La escuela también debe jugar un papel en este sentido, de dos maneras: generando espacios participativos de reflexión, en los que chicos y chicas se vean estimulados a opinar, cuestionar y preguntar sobre aquellos aspectos relacionados con su salud y ofreciéndoles - a través de la información autorizada que ellos mismos pueden buscar, debidamente orientados, y la palabra de los docentes - respuestas a sus inquietudes. En aquellas cuestiones en las que existen diversas posturas, debido a la pluralidad de creencias e ideologías existentes en nuestra sociedad, la escuela debe mostrarse respetuosa de las mismas, presentando a los adolescentes las distintas alternativas.



Los hábitos higiénicos
deben adquirirse en la infancia

LECTURA



Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

La práctica médica no basta para garantizar la salud de la población, ya que los resultados dependerán de factores de desarrollo social, económico, ecológico y cultural. Para mejorar la salud no sólo hace falta una buena atención sanitaria, sino también: medio ambiente no contaminado, respeto a los derechos humanos, buen gobierno, acceso a los servicios básicos.

Elementos clave para poder llevar a cabo un proyecto de promoción de la salud son:

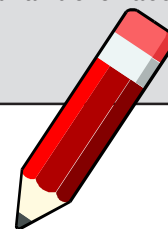
- Apoyo de las políticas internacionales, nacionales y locales que faciliten los medios para poder hacer elecciones de vida sanas.
- Participación comunitaria: la participación de la comunidad afectada en el reconocimiento de sus problemas, toma de decisiones de las medidas y programas para enfrentarlos y evaluación de las medidas concretas que incluyen estos programas.
- Acción intersectorial : es el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de la salud y aportar bienestar y calidad de vida a la población.

La concepción holística de la salud, no como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar general de la persona, implica la promoción de la salud como vehículo hacia una conciencia sanitaria que trascienda la preocupación por la cura e incluya la prevención, la información, el conocimiento para una vida saludable.

«La promoción de la salud es un proceso, no una solución fácil. Su propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos. Los resultados concretos varían, pero comprenden la participación de los ciudadanos y la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida».

La OPS viene realizando actividades destinadas a promover un amplio concepto de la salud como base del desarrollo humano y de una calidad de vida aceptable. Para esto insta a los Estados Miembros a trabajar en los cinco campos de acción o estrategias de promoción de la salud: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios para la salud, la habilitación de las comunidades, la adquisición de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores influyen en los factores determinantes de la salud. Y también constituyen importantes vehículos para reducir las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud.

ACTIVIDAD



- Lee con mucha atención, subrayando las ideas principales.
- Luego, indica si estás de acuerdo con esta afirmación: 'La buena salud de una población depende exclusivamente de la atención médica'. Fundamenta con una frase breve.

La educación sanitaria -o educación para la salud- es otro recurso fundamental para lograr personas sanas. Consiste en:

‘(...) un proceso de formación del individuo a fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es un intento de responsabilizar a cada uno y prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud. No se limita, naturalmente, a la transmisión de conocimientos, sino que debe inculcar fundamentalmente una valoración positiva de la vida, propia y ajena, de los seres humanos y de los seres en general.’

La escuela debe jugar un papel importante en la educación para la salud, aunque no es la única encargada de realizarla. También deben tener una participación activa la familia - que es la primera formadora de hábitos, actitudes y valores -, los grupos de pares, los medios masivos de comunicación y, en definitiva, todas las organizaciones sociales.

Como ya te habrás dado cuenta, la promoción y la educación para la salud son manifestación de la prevención sanitaria, el mejor recurso para evitar la enfermedad y la muerte prematura.

Educación: polémica

EDUCACIÓN SEXUAL

Las autoridades educativas nacionales han dispuesto que se realice educación sexual en las escuelas. Con ello, buscan prevenir los embarazos adolescentes y la difusión de las enfermedades de transmisión sexual.

La medida ha generado una gran polémica con los obispos de la Iglesia Católica.

La educación sanitaria -o educación para la salud- es un recurso fundamental para lograr personas sanas. La educación sexual es una forma de llevarla adelante, aunque en muchos casos no se desarrolla correctamente.

LA SALUD Y LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Desde mediados del siglo XIX los médicos asociaron la salud a las condiciones de vida y de trabajo, comprobando a través de las estadísticas sanitarias que los grupos socialmente desfavorecidos sufrían más la enfermedad y la muerte prematura. En tal sentido, denunciaron que la vivienda deficiente, la mala alimentación, la vestimenta inadecuada y las condiciones de trabajo inapropiadas influían negativamente sobre la salud. También demostraron que la mortalidad infantil era mucho más elevada entre los pobres y que la calidad de vida de los mismos era inferior. Las extensas jornadas de trabajo y la falta de un descanso reparador también eran nocivas, lo mismo que el jornal insuficiente, que impedía un nivel de vida digno. Además, los trabajadores estaban sujetos al riesgo de adquirir enfermedades profesionales y sufrir accidentes de trabajo.

Como afirmó una importante personalidad científica de la época, el doctor Virchow, ‘los médicos eran los abogados naturales de los pobres’; con ello quiso significar que les correspondía reclamar para ellos mejores condiciones de existencia, favoreciendo de esa manera una vida más saludable. No es casual, entonces, que los médicos higienistas promovieran las primeras leyes laborales, buscando con ello proteger a los grupos más vulnerables: las mujeres y los niños trabajadores, estos últimos de muy corta edad.

Varios de estos médicos, generalmente de orientación socialista o católicos sociales, reclamaron una política estatal que permitiera a los trabajadores acceder a una vivienda digna.

Por otra parte, estos médicos estaban preocupados por el hecho de que las malas condiciones de las viviendas obreras las constituían en un foco peligroso para la salud de toda la población: como escribió Guillermo Rawson alrededor de 1875 ‘de las casas de los pobres salen las infecciones que arrebatan a los ricos sus hijos’. Los más conservadores entre ellos querían prevenir los conflictos sociales, ya que la miseria obrera producía y protestas sociales.



Lamentablemente, transcurridos más de ciento cuarenta años, el reclamo de los médicos higienistas todavía no se ha concretado para una parte importante de la población de nuestro país, la que vive y trabaja en condiciones indignas, que afectan su salud y acortan su vida.

Las buenas condiciones de higiene y seguridad laboral contribuyen a la salud de los trabajadores

Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales

Los problemas de salud se manifiestan de maneras diversas y tienen diferentes causas. Es por ello que la única forma de abordarlos es realizando un estudio interdisciplinario, es decir, a partir del análisis que de ellos hacen las distintas disciplinas (medicina, sociología, economía política, psicología, epidemiología, bioética, etc.).

Desde la segunda mitad del siglo pasado se ha producido un gradual encuentro entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Científicos biomédicos comenzaron a interesarse en la dimensión social de los problemas de salud. Rubor y McKeown demostraron avances asombrosos en los problemas de salud de la población al interesarse en las condiciones de vida de las personas: sus condiciones de trabajo, alimentación, educación, vivienda y saneamiento ambiental. Es decir que, se empezó a plantear la salud poblacional más allá de las causas médicas en juego poniendo el acento en las condiciones de vida. Sin embargo, este acercamiento entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud no estuvo exento de complicaciones. Esto se ha debido a diversas causas:

- 1) Las ciencias de la salud, con excepción de la Salud Pública, centran su atención en el ámbito subindividual o en el individual. Las ciencias sociales, en cambio, trabajan con grupos de población.
- 2) Las ciencias de la salud, como las ciencias naturales en general, estudian fenómenos cuyos comportamientos obedecen a las llamadas 'leyes naturales'. Las ciencias sociales, en cambio, estudian sujetos cuyos comportamientos se explican básicamente por factores culturales.
- 3) Ha existido tradicionalmente un problema de comunicación y mutua comprensión: las ciencias de la salud suelen dar por sentado que el método científico es uno, caracterizado por la observación objetiva. Las ciencias sociales postulan que existen diversas maneras de hacer ciencia.
- 4) Falta de lenguaje común, lo que se traduce en una falta de entendimiento mutuo entre los científicos biomédicos y sociales.

A pesar de estas dificultades, los aportes de las ciencias sociales son muy importantes a la hora de entender acabadamente las problemáticas de salud de la población. Conceptos como: esperanza de vida, equidad y desigualdad social, conductas de riesgo, género, etc., han sido incorporadas a su estudio. Asimismo, se han tomado de estas ciencias las técnicas de indagación: encuestas, entrevistas, grupos focales, etc., las cuales exceden las técnicas propias de las ciencias naturales.

De este modo, el aporte de las ciencias sociales es producir conocimiento científico que contribuya a transformar la realidad con el objetivo de mejorar el estado de la salud de la población. Es decir que la salud y la enfermedad es un fenómeno multicausal, determinado por condiciones favorables o desfavorables de orden biológico-genético, ambiental, cultural, económico, social, político e institucionales.

LECTURA



‘...La medicina es la lucha por la vida, contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Este es el mensaje cotidiano que surge de una práctica radicada en el consultorio, en la relación paciente-médico, en el quirófano, en todo el hospital, en la universidad, cuya capacidad máxima de excelencia será conseguir el menor índice de morbi-mortalidad; en el laboratorio que busca la etiología de una anomalía... En cualquier lugar donde exista una praxis médica, su ejecutante sabe y cree que está luchando por la vida...

Pero allí aparecen evidencias del doble mensaje...Si luchamos por la vida será oportuno que miremos hondo, que escuchemos el mensaje verdadero y comencemos por descubrir que los síntomas no son la enfermedad y que ésta tiene una localización más compleja que la célula o la disfunción, que el tejido o la angustia.

Entonces...por qué las recetas de balsámicos para bronquitis que requieren dejar el cigarrillo, vivir y trabajar en lugares con aire puro...Ah, eso no es tan fácil...Por qué reiteramos cientos, miles, millones de veces cotidianamente en el mundo, las indicaciones de tranquilizantes, hipnóticos, relajantes, etc. Si de lo que se trata es de armonizar el mundo con nuestras exigencias y posibilidades...claro, evitar el stress, las tensiones, la locura constante de la competencia...pero más allá, mucho más allá de cualquier enfoque individual e inmediato o coyuntural.

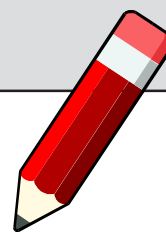
Podrá ser que ahora no quede otra respuesta que la cirugía coronaria, que la angioplastia, y hasta el trasplante cardíaco... Se ha llegado a tal situación, que no le queda al cirujano otro discurso que arribar a estos procedimientos. Parece perfecto, científico y hasta inevitable. Además es un adelanto médico, intenso, casi increíble, subyugante...Para qué negarlo...

Si nos pusiéramos a escuchar el sentido del doble mensaje volveríamos a percibir, la complejidad de la existencia, las tensiones del trabajo, los salarios, los despidos y la desocupación que mortifica. O la inquietud constante de mayor prestigio, de mejor posición, de más dinero, de subir en la escala de esta sociedad «bien», en la que vivo...La escucha nos conduce a la sociedad, a las relaciones sociales, antes del ateroma, el infarto o el síncope final»...

Tomado de Floreal Ferrara, *Salud y corrupción*, Catálogos, Buenos Aires, 1998.

El autor es médico cardiólogo y ha sido Ministro de Salud Pública en la Provincia de Buenos Aires. Su pensamiento se ubica en la línea de los médicos higienistas o sanitaristas.

ACTIVIDAD



Reunidos en grupos de hasta cinco integrantes lean el artículo de Floreal Ferrara –trabajador de la Salud Pública de larga data- y respondan:

- ¿Qué relación tiene con los temas que venimos tratando?
- ¿A qué factores causantes de enfermedades da mayor importancia el autor?
- Sinteticen la idea central del artículo.
- Como nos olvidamos de poner el título, coloquen uno apropiado.

LA EPIDEMIOLOGÍA

¿Qué es la epidemiología? Según López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Ávila, esta disciplina estudia ‘... todos aquellos eventos relacionados directa o indirectamente con la salud, comprendiendo este concepto en su forma más amplia’. En consecuencia la epidemiología investiga:

- a) La distribución, frecuencia y determinantes de la enfermedad y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales;
- b) la distribución y frecuencia de los marcadores de enfermedad;
- c) la distribución, frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud;
- d) las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y de sus riesgos, y
- e) las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender todos estos eventos.

En estas actividades, concluyen estos autores, la epidemiología combina principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplica metodología de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

La epidemiología se maneja a partir de ciertos principios respecto a la enfermedad:

- a) No ocurre al azar.
- b) No se distribuye de manera homogénea, sino que afecta de manera diferencial de acuerdo a marcadores de riesgo (edad y sexo, por ejemplo) y condiciones sociales.
- c) Tiene determinantes causales y factores protectores que pueden ser identificados, medidos y modificados.
- d) Es un fenómeno dinámico, ya que el tipo de enfermedad predominante varía con los cambios de las condiciones sociales.

De acuerdo a la perspectiva epidemiológica existen distintos determinantes del estado de salud de una población:

- los factores biogénéticos,
- los factores ambientales (naturales y psicosociales),
- los servicios de salud
- y el estilo y condiciones de vida de los distintos grupos sociales e individuos en particular.

En realidad, todos estos factores están íntimamente relacionados y su separación se realiza solamente para facilitar el análisis.

Por el nombre, te darás cuenta que lo que hoy llamamos ‘epidemiología’ se originó en observaciones y prácticas muy relacionada con las epidemias, que desde la antigüedad constituían la preocupación sanitaria casi exclusiva. Así ocurrió hasta fines del siglo XIX, cuando las enfermedades contagiosas dejaron de constituir el mayor riesgo para la población mundial. Desde entonces la epidemiología se aplica al control de las enfermedades infecto-contagiosas tradicionales, las enfermedades de transmisión sexual (particularmente el SIDA) y otros problemas importantes de nuestra época, las enfermedades crónicas y degenerativas. La epidemiología social, a la que nos referiremos en un punto posterior, se ocupa de las patologías propias de la miseria, que afectan a los países más pobres y a los sectores sociales menos favorecidos, que no faltan en los países ricos.

A diferencia de la clínica médica, que se ejerce sobre los *individuos*, generalmente con propósitos terapéuticos, la epidemiología actúa sobre las *poblaciones* con la intención de prevenir las calamidades de impacto masivo. También se diferencia de la práctica médica tradicional por sus cursos de acción, que son muy variados, y por su estrecha conexión con las ciencias sociales y de la conducta. La principal utilidad de la epidemiología es que proporciona evidencias suficientes para estimular actividades de prevención y control.

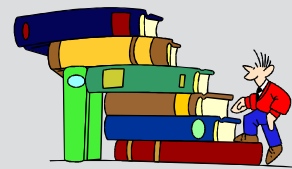


El agitado ritmo de vida urbano puede afectar nuestra salud
La calle Florida en Buenos Aires

En definitiva, la epidemiología es un instrumento imprescindible de la salud pública y sus principales usos son los siguientes:

1. Medir el nivel de salud de las poblaciones, detectando las enfermedades prevalentes e identificando los principales grupos de riesgo. A partir de aquí se pueden planificar la asignación de servicios y recursos.
2. Identificar los determinantes de las enfermedades, estableciendo relaciones entre ellas y los factores y condiciones vinculados a su aparición y distribución. Esto no implica necesariamente el establecimiento de relaciones causales, sujetas a otro tipo de investigaciones, pero permite actuar sobre ciertas condiciones del medio para mejorar el estado sanitario.
3. Controlar y prevenir las enfermedades, removiendo los factores de insalubridad del medio natural o social y tratando de modificar el comportamiento individual en un sentido favorable a la salud.
4. Planificar y evaluar el funcionamiento de los servicios de salud en relación a las necesidades y demandas sociales.

LECTURA



¿QUÉ ES LA SALUD PÚBLICA?

Seguindo a Milton Terris, la salud pública queda definida como:

‘La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud’.

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues éstos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos.

Como especialidad no clínica de la medicina, esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención, influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad.

Las fuentes de información epidemiológica

De acuerdo al Manual de Normas y Procedimientos para Vigilancia Epidemiológica, elaborado por el Ministerio de Salud de nuestro país, las fuentes de información epidemiológica se dividen de la siguiente manera:

Fuentes básicas

Provenientes de los registros de consultas externas, internaciones y atenciones en guardia de los hospitales, centros de salud, unidades centinelas, laboratorios y establecimientos privados.

Otras fuentes

- a) Estadísticas vitales (nacimientos, muertes, causas de muerte).
- b) Estadísticas hospitalarias (egresos, egresos por residencia y producción de servicios).
- c) Estadísticas y censos (datos demográficos y encuestas permanentes de hogares elaborados por el INDEC).
- d) Datos ambientales (registros permanentes, periódicos).
- e) Registros de tumores.
- f) Bancos de drogas.
- g) Bancos de sangre.
- h) Otros organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales (la OPS, por ejemplo).
- i) Informes de laboratorios.
- j) Rumores y medios masivos de comunicación.

Fuentes especiales de datos

Las investigaciones epidemiológicas operativas, de campo, de casos clínicos y encuestas poblacionales, pueden representar una fuente especial de datos que complementen los objetivos y el propósito del sistema. La información obtenida por las Unidades Centinelas permite caracterizar mejor el evento en estudio, aun cuando no se pueda conocer con precisión su incidencia ya que se trata de una información sin base poblacional.

La primera preocupación: las grandes epidemias

Las enfermedades contagiosas de difusión colectiva aterrorizaron a los pueblos desde la antigüedad y tenemos de ellas muchos testimonios a través de papiros egipcios; libros sagrados de las grandes religiones; escritores griegos y latinos; relatos medievales y renacentistas, y testimonios posteriores. A partir del siglo XIX encontramos muchos informes oficiales, tesis universitarias, artículos en revistas científicas y libros.

Hasta los comienzos del siglo pasado, las epidemias (también llamadas 'pestes' o 'plagas') fueron los flagelos más grandes para la humanidad; recién a partir de 1880, aproximadamente, comenzó a conocerse científicamente su origen y desde entonces, en forma lenta, fueron lográndose recursos preventivos efectivos ante las mismas.

La primera referencia médica a estos fenómenos la encontramos en Hipócrates, quien usó las expresiones epidémico y endémico, para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de cada lugar. Aunque este sabio griego desconocía las causas reales de las enfermedades infecto-contagiosas, descartó las explicaciones supersticiosas y se inclinó por razones naturales como la dieta, el ejercicio físico y el ambiente malsano. No aceptó, sin embargo, la creencia popular en el contagio, que sin embargo resultó finalmente adecuada.



Día Mundial del SIDA 2010

Acceso Universal y Derechos Humanos

Invita
Comisión Interuniversitaria de Prevención de VIH/SIDA

Programa
Alerta

Detener el SIDA, Mantener La Promesa

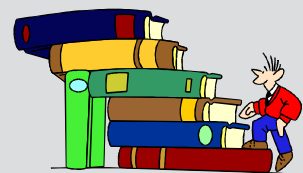
Fecha de Realización
Día, lugar y Horarios:

Lunes 08 de Noviembre	Universidad Técnica Federico Santa María, Sede Viña del Mar
11:00 - 13:00	Feria de Vida Saludable, Patio USM Sede.
Martes 09 de Noviembre	Universidad Técnica Federico Santa María, Casa Central y Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Casa Central.
09:30 - 13:00	Consejerías y Tomas de Muestras de Detección de Anticuerpos VIH/SIDA, USM Patio Central.
11:00 - 13:00	Feria de Vida Saludable, USM Patio Central.
12:00 - 13:30	Presentación Cortometraje y Mesa de Diálogo USM Casa Central: Salón de Honor, Edificio A.
15:30 - 17:00	Presentación Cortometraje y Mesa de Diálogo PUCV Casa Central: Cafetería Casa Central.
Miércoles 10 de Noviembre	Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Casa Central.
09:00 - 13:00	Consejerías y Tomas de Muestras de Detección de Anticuerpos VIH/SIDA, PUCV Patio Central. Muestra Concurso de Fotografía Derechos Humanos y Acceso Universal.

La lucha contra el SIDA
es una preocupación mundial

LECTURA



EPIDEMIAS, ENDEMIAS, PANDEMIAS

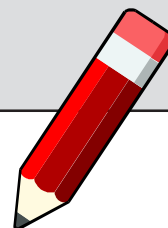
El término epidemia proviene del griego epi: sobre y demos: pueblo, y significa aparición súbita de una enfermedad, que ataca un gran número de individuos que habita una región determinada. Para que una enfermedad sea considerada epidemia, la cantidad de afectados debe superar el número habitual de casos esperados. Como ejemplos de epidemias en nuestro país, se pueden mencionar la de la poliomielitis, ocurrida en el año 1956, y la de la gripe, en el año 1968.

Si una enfermedad persiste durante años en un lugar determinado, ya no se habla de epidemia, sino de endemia (del griego en: en y demos: pueblo). El número de afectados puede, o no, ser elevado. Una endemia es, por lo tanto, una enfermedad crónica en una zona determinada. En nuestro país, el Mal de Chagas y la hidatidosis, entre otras enfermedades, son consideradas como endemias.

Por último, cuando una enfermedad se extiende a través de varios países y continentes, traspasa todas las fronteras, supera el número de casos esperados y persiste en el tiempo, se habla de pandemia (del griego pan: todo, demos: pueblo). La peste bubónica, la viruela y el cólera son ejemplos históricos de pandemias. Tal vez el episodio más terrible haya sido la 'peste negra' del siglo XIV (una pandemia de peste bubónica), que afectó a gran parte de Europa y produjo alrededor de 25 millones de muertos. Durante el siglo XIX fueron muy importantes las pandemias de cólera, que se extendieron desde Asia a Europa y llegaron al continente americano, incluyendo a nuestro país.

ACTIVIDAD

Con *tres* palabras, señala las características distintivas de las epidemias, las endemias y las pandemias.



Los mecanismos del contagio

El padre de la epidemiología moderna es Girolamo Fracastoro, quien fue el primero en establecer claramente el concepto de enfermedad contagiosa y en establecer por lo menos tres formas posibles de infección:

1. Por medio del contacto directo (como la lepra);
2. por medio de elementos transportando la 'seminaria prima' – nombre que dio a los transmisores del contagio, ya que virus y bacterias eran desconocidos – (como la ropa de los enfermos);
3. por inspiración del aire o miasmas infectados por los seminaia prima (como en la tuberculosis).

Las explicaciones de Fracastoro resultaron básicamente correctas, como lo comprobaron los descubrimientos de Pasteur y Koch en las últimas décadas del siglo XIX, que sentaron las bases de la microbiología.

Mucho antes de que se conociera científicamente el mecanismo del contagio, la gente común advirtió que la proximidad con los enfermos favorecía la difusión de la enfermedad. Por ello se los aislaba y en algunos casos, como los leprosos, se los expulsaba de la comunidad condenándolos a la soledad. La propia Iglesia medieval - que abandonó el racionalismo propio del mundo antiguo y retomó las concepciones mágico-religiosas de la enfermedad – estimuló las medidas empíricas de control de las infecciones, como el aislamiento y las cuarentenas. Durante los siglos XIV al XVII estas medidas se generalizaron en toda Europa y eran recomendadas por los médicos. En general, la receta más difundida ante los brotes epidémicos era alejarse de las aglomeraciones, huir al campo, con lo cual lo único que se lograba muchas veces era expandir el contagio a las zonas rurales.

Estableciendo correlaciones numéricas

Las estadísticas sanitarias registran, entre otras cosas, la natalidad y la mortalidad, con datos adicionales como el sexo, la edad, la condición social, la ocupación y el lugar de residencia de las parturientas y los fallecidos; en este último caso se agrega la causa de las defunciones. Estos registros constituyen una fuente fundamental de información epidemiológica, ya que a través de ellos se pueden establecer correlaciones entre ciertas circunstancias vitales y la adquisición de determinadas enfermedades, lo que permite y encarar acciones preventivas.

Los registros de fenómenos relacionados con la salud vienen de siglos atrás y tuvieron un gran desarrollo a partir del siglo XVII. A partir de registros de nacimientos y muertes se realizaron comprobaciones demográficas correctas y observaciones muy interesantes respecto a las causas de enfermedad y de muerte. A medida que ha avanzado el conocimiento de las enfermedades y los recursos técnicos, la bioestadística se ha vuelto más precisa y completa, y muchas de las inferencias de aquellos trabajos precursores han sido confirmadas.



LECTURA

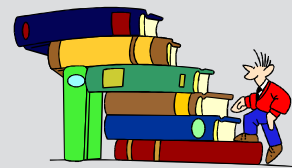
Girolamo Fracastoro (1478?-1553), médico, científico, escritor y poeta italiano. Sus observaciones sobre la naturaleza y la propagación de las enfermedades infecciosas le convierten en el padre de la epidemiología científica, que consiste en el estudio de la incidencia de las enfermedades y de los factores ambientales que influyen en su transmisión. Su trabajo más famoso es un poema narrativo *Syphilis sive morbus gallicus* (1530), que describe una nueva enfermedad de transmisión sexual, conocida en la actualidad como sífilis, y su tratamiento.

Nació en Verona. Estudió Literatura, Matemáticas, Astronomía, Filosofía y Medicina en la Universidad de Padua, en la que más tarde, a partir de 1502, enseñaría Filosofía. Uno de sus colegas en la universidad fue el polaco Nicolás Copérnico, el padre de la astronomía moderna. Su interés por esta materia le llevó a escribir *Homocentrica sive de stellis liber* (1538), que prefiguraba algunos aspectos del modelo copernicano sobre el sistema solar.

En Verona, Fracastoro también se ocupó de la práctica privada de la medicina. Además, dirigió investigaciones sobre las enfermedades contagiosas y epidémicas. Ese trabajo culminó en la publicación de *De contagione et contagiosis morbus et curatione* (1546), que describía diferentes tipos de enfermedades contagiosas y la manera en que se transmitían. Fracastoro suponía que las infecciones pasaban de una persona a otra por medio de pequeños cuerpos capaces de autorreplicarse. Tres siglos más tarde, el científico francés Louis Pasteur y el científico alemán Robert Koch confirmaron sus teorías.

‘Girolamo Fracastoro’, en Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation

LECTURA



EL TRABAJO DE LOS EPIDEMIÓLOGOS HOY

Determinación de riesgos

Como antes sucedió con las enfermedades infecciosas, en el estudio de las afecciones crónicas y degenerativas la epidemiología ha vuelto a jugar un papel fundamental, al mostrar la relación existente entre determinadas condiciones del medio ambiente, el estilo de vida y la carga genética, y la aparición de daños específicos en las poblaciones en riesgo. Entre sus aportes más importantes se encuentran, por ejemplo, la comprobación de la relación existente entre el consumo de cigarrillos y el cáncer de pulmón; entre radiaciones ionizantes y determinadas formas de cáncer; entre exposición a diversas sustancias químicas y tumores malignos; entre obesidad y diabetes mellitus; entre consumo de estrógenos y cáncer endometrial; entre uso de fármacos y malformaciones congénitas, y entre sedentarismo e infarto de miocardio. En la década de los ochenta, diversos estudios epidemiológicos encontraron una fuerte asociación entre las prácticas sexuales y el riesgo de transmisión del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, aun antes del descubrimiento del virus responsable de su aparición. Más recientemente, la epidemiología ha aportado múltiples muestras del daño asociado a la exposición de sustancias contaminantes presentes en el aire y el agua. Muchas otras relaciones, como las que podrían existir entre la exposición a ciertos procesos físicos (como los campos electromagnéticos) y algunos tipos de cáncer, todavía se investigan. Como antes lo hizo para los padecimientos infecciosos y las enfermedades carenciales, la investigación epidemiológica sigue jugando un extraordinario papel en la identificación de nuevos riesgos, abriendo caminos para la toma de medidas preventivas selectivas entre las poblaciones en riesgo.

Identificación y evaluación de las modalidades de la respuesta social

La epidemiología también se ha usado como instrumento en la planificación de los servicios sanitarios, mediante la identificación de los problemas prioritarios de salud, las acciones y recursos que son necesarios para atenderlos, y el diseño de programas para aplicar estas acciones y recursos. La evaluación de estos programas -que habitualmente se realiza comparando la frecuencia de enfermedad en el grupo intervenido con la de un grupo testigo y que, por ello, se podría denominar epidemiología experimental-, es un instrumento cada vez más utilizado en el diseño de los planes sanitarios. Así, mediante el uso de métodos y técnicas epidemiológicos se ha logrado identificar el impacto real y la calidad con la que se prestan los servicios médicos; las formas más eficaces para promover la salud de los que están sanos y las relaciones entre el costo, la efectividad y el beneficio de acciones específicas de salud. Combinada con otras disciplinas, como la administración, la economía, las ciencias políticas y las ciencias de la conducta, la epidemiología ha permitido estudiar las relaciones entre las necesidades de asistencia y la oferta y demanda de servicios. También con ella se evalúan la certeza de los diversos medios diagnósticos y la efectividad de diferentes terapias sobre el estado de salud de los enfermos. Los estudios sociológicos y antropológicos que hacen uso de técnicas epidemiológicas también son cada vez más frecuentes, y ello ha fortalecido el trabajo y mejorado los resultados de las tres disciplinas. En este campo también se investigan la manera precisa en que los factores genéticos influyen en la aparición de complicaciones y la forma en que interactúan con las características del medio ambiente.

Dinámica general de la enfermedad

La identificación del comportamiento epidemiológico de los padecimientos según la edad, el género y la región que afectan ha contribuido a la elaboración de teorías generales sobre la dinámica espacial y temporal de la enfermedad, considerada como un fenómeno social. Actualmente, por ejemplo, ya nadie niega que a cada tipo de sociedad corresponde un perfil específico de enfermedad, y que este perfil está ligado al volumen y la estructura de su población, su organización socioeconómica y su capacidad para atender la enfermedad entre sus miembros. En este caso, la epidemiología ha representado el papel protagónico al identificar las fases del cambio sanitario y los mecanismos a partir de los cuales un grupo de patologías, característico de una sociedad determinada, es sustituido por otro, propio de una nueva fase.

De acuerdo con la teoría de la transición epidemiológica, todos los países deben atravesar tres grandes eras, y la mayoría se encuentra en transición entre la segunda y la tercera fase del proceso. Siguiendo esta teoría, las enfermedades se han reclasificado según el sitio que teóricamente deberían ocupar en el perfil de daños de una sociedad determinada. Así, además de las clasificaciones tradicionales (enfermedades endémicas, epidémicas y pandémicas), hoy se habla de enfermedades pretransicionales, transicionales y postransicionales; emergentes y resurgentes, y se ha vuelto común hablar de los perfiles de salud en términos de rezagos o retos epidemiológicos. Desde otro terreno, ya hace varias décadas, se acepta que, en gran medida, el estatuto científico de la salud pública depende de la cantidad de epidemiología que contenga. Guerra de Macedo, por ejemplo, afirma que las tareas de formar conocimiento nuevo y emplearlo adecuadamente en materia de salud colectiva son específicas de la epidemiología, en especial cuando ésta se concibe no como un mero instrumento de vigilancia y control de enfermedades, sino en esa dimensión mayor de la inteligencia sanitaria que permite comprender a la salud como un todo. La epidemiología, según este punto de vista, no sólo es una parte fundamental de la salud pública, sino su principal fuente de teorías, métodos y técnicas.

La epidemiología social

La epidemiología social es una rama de la epidemiología que remarca la influencia que tienen las condiciones socioeconómicas sobre la salud de grandes grupos humanos, superando el punto de vista de la medicina de orientación meramente biológica que no presta atención a estas circunstancias. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud comparten esta opinión, subrayando que el combate contra la pobreza es la forma más auténtica de luchar por la salud popular.



La pobreza extrema significa una mala calidad de vida y, generalmente, una existencia más corta

LECTURA



Introducción a la Epidemiología Social Organización Panamericana de la Salud

El estudio de las condiciones sociales y de cómo éstas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y relevancia para la salud pública en general. En años recientes ha nacido un vínculo más fuerte entre la epidemiología y las ciencias sociales, estimulado por la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones, dando nacimiento a la llamada «epidemiología social».

La preocupación principal de la epidemiología social es el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. En particular, estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en la población. De esta forma, la epidemiología social va más allá del análisis de factores de riesgo individuales e incluye el estudio del contexto social en el cual se produce el fenómeno salud-enfermedad.

Para explicar los caminos entre la exposición a características sociales del ambiente y sus efectos en la salud colectiva, la epidemiología social enriquece el enfoque epidemiológico tradicional con conceptos y técnicas provenientes de disciplinas sociales como la economía, la sociología, la demografía y aún la biología, lo que también implica un verdadero desafío metodológico. El uso creciente de métodos de análisis multinivel en diseños ecológicos, el control de la falacia ecológica y el empleo de nuevas aplicaciones de herramientas y técnicas conocidas son ejemplos de este desarrollo.

Una preocupación constante y vigente en el paisaje sanitario mundial es la presencia de desigualdades -particularmente desigualdades sociales- en salud. La epidemiología social permite incorporar en el enfoque etiológico tradicional de la salud pública la experiencia social de las poblaciones y por lo tanto permite un mejor entendimiento de cómo, dónde y porqué las desigualdades afectan la salud. En tal sentido, la epidemiología social puede aportar significativamente al proceso de gestión sanitaria y la reducción de las inequidades en salud.

Glosario de Epidemiología Social

Nancy Krieger, PhD – Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Massachussets, Estados Unidos

Pobreza, depravación (material y social) y exclusión social

Estar empobrecido significa carecer o que se le nieguen a uno los recursos suficientes para participar de manera significativa en la sociedad. La pobreza, un concepto complejo, es intrínsecamente un concepto normativo que se puede definir —en términos absolutos y relativos— en relación con: la «necesidad», el «nivel de vida», la «limitación de recursos», la «carencia de seguridad básica», la «falta de reconocimiento de los derechos propios», las «privaciones múltiples», la «exclusión», la «desigualdad», la «clase social», la «dependencia» y las «penurias inadmisibles». También es pertinente determinar si la experiencia de la pobreza es pasajera o crónica.

Según las Naciones Unidas, en el Informe del PNUD sobre la pobreza 2000, Superar la pobreza humana, pueden distinguirse dos formas de pobreza: la 'pobreza humana' y la 'pobreza de ingreso'. La pobreza humana es definida como el empobrecimiento de múltiples dimensiones y tiene un carácter multidimensional y 'se refiere a la privación en cuanto a la capacidad más esencial de la vida, incluso vivir una vida larga y saludable, tener conocimientos, tener aprovisionamiento económico suficiente y participar plenamente en la vida de la comunidad'.

Por contraposición, la pobreza de ingreso se define como la privación en una dimensión única: el ingreso. Desde este punto de vista, la pobreza de ingreso constituye un determinante crítico (pero no exclusivo) de la pobreza humana, incluyendo en esta última el compromiso del estado de salud.

La privación se puede conceptualizar y medir, en el nivel individual y colectivo, en relación con la privación material, que abarca 'las carencias alimentarias, de ropa, de alojamiento, de servicios domésticos, ambientales, de ubicación y de trabajo (remunerado o no)', y la privación social, que se refiere a los derechos con respecto a 'empleo, actividades familiares, integración a la comunidad, participación formal en las instituciones sociales, recreación y educación. En conformidad con lo anterior, se pueden establecer umbrales de pobreza, a saber: a) un nivel de ingreso (e.g., la línea de pobreza) que se considera insuficiente para satisfacer las necesidades de subsistencia; o bien b) 'el punto en que los recursos están tan gravemente por debajo de los que percibe el individuo o la familia promedio que los pobres quedan, de hecho, excluidos de las formas de vida, costumbres y actividades', de tal manera que la línea de pobreza es igual 'al punto en que la privación aumenta intensa y desproporcionadamente con relación a los recursos que van disminuyendo'.

La exclusión social, otro término que abarca varios aspectos de la pobreza, concentra a su vez la atención no solo en las repercusiones sino en el proceso de la marginación. Las vías por las cuales los grupos sociales y las personas pueden quedar excluidos de la plena participación en la vida social y comunitaria son: a) la exclusión jurídica (por ej., la discriminación de derecho); b) la exclusión económica (debida a privaciones económicas); c) la exclusión debida a la carencia de servicios sociales (por ej., cuando no se facilitan servicios de traducción o medios para ayudar a las personas discapacitadas), y d) exclusión derivada del estigma (por ej., de las personas que padecen SIDA o infección por el VIH) y la discriminación de hecho.

Teoría ecosocial de distribución de enfermedades

El marco ecosocial y otros marcos epidemiológicos de niveles múltiples que están surgiendo pretenden integrar la teoría sociológica y biológica y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para obtener nuevos conocimientos acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. La pregunta central de la teoría ecosocial es: '¿Quién y qué es responsable por los patrones poblacionales de salud, enfermedad y bienestar, tal como se manifiestan en las desigualdades sociales en salud actuales, pasadas y en transición?'. En consonancia con lo anterior, las explicaciones epidemiológicas apropiadas deben explicar las distribuciones de las enfermedades, tanto persistentes como en transición, especialmente las desigualdades sociales en materia de salud, a lo largo del tiempo y del espacio. Para ayudar a la conceptualización, la teoría ecosocial se vale de una metáfora de los fractales visuales en la cual un árbol de la vida se entrelaza con el entramado social que diferentes grupos fundamentales de la sociedad a diario refuerzan o tratan de modificar. Se eligió esta metáfora porque los fractales son estructuras recurrentes, que se repiten y son idénticas en cada nivel, desde el micro hasta el macro. Así pues, la teoría ecosocial invita a considerar la manera en que la salud de la población es el producto de las condiciones sociales que necesariamente se entrelazan con los procesos biológicos en cada nivel espaciotemporal, ya sea del subcelular al mundial, o de los nanosegundos a los milenios (...)

Expresiones biológicas de la inequidad social

Este término se refiere a la manera como las personas literalmente encarnan y expresan biológicamente las experiencias de las desigualdades económicas y sociales, desde el período intrauterino hasta la muerte, con lo cual se producen desigualdades sociales relacionadas con la salud que se reflejan en una amplia variedad de resultados. El concepto de expresiones biológicas de las desigualdades sociales ocupa un lugar central en la epidemiología social y ha

estado presente en el pensamiento epidemiológico —aunque no siempre de manera explícita— desde el surgimiento de esta disciplina a comienzos del siglo XIX, como lo ejemplifican las investigaciones pioneras (como las realizadas por Louis René Villermé [1782-1863]) sobre los gradientes socioeconómicos en la mortalidad, la morbilidad y la talla, y los efectos de la pobreza sobre aquellos.

Entre los ejemplos figuran las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como la que depende de la raza/ grupo étnico, el concepto de género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. El hecho de que estas expresiones biológicas de las desigualdades sociales se interpreten como manifestaciones de características innatas y no impuestas, o individuales y no sociales, está determinado en parte por las propias desigualdades sociales que moldean la salud de la población. De esta manera, el concepto de «expresiones biológicas de las desigualdades sociales» contrasta con las formulaciones biológicamente deterministas que presentan procesos y características biológicas invocados de manera tautológica para definir la pertenencia a los grupos subordinados o a los dominantes (por ej., determinadas por el color de la piel o el sexo) como explicaciones de las desigualdades sociales en la salud.

Los grupos de riesgo o vulnerables

Además de cuidar de la satisfacción de las necesidades básicas de salud, hay que poner especial empeño en proteger y educar a los grupos vulnerables, especialmente los niños, los jóvenes adultos, las mujeres, las poblaciones indígenas y los muy pobres, como medida indispensable para alcanzar el desarrollo sostenible.

Los recién nacidos y los niños: Los menores de 15 años constituyen alrededor de una tercera parte de la población mundial. De ellos mueren por lo menos 15 millones al año debido a traumatismos o asfixia durante el parto, infecciones respiratorias agudas, malnutrición, enfermedades diarreicas o transmisibles, es decir, por accidentes o enfermedades que se podrían evitar.

Los jóvenes: Son particularmente vulnerables a los problemas asociados con el desarrollo económico que suelen debilitar las formas tradicionales de desarrollo social indispensables para el desarrollo sano de los jóvenes. La urbanización y los cambios de costumbres sociales han aumentado el uso indebido de drogas, los embarazos no deseados y las enfermedades venéreas, incluido el SIDA.

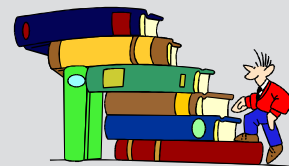
La mujer: En nuestro país sigue siendo precario el estado de salud de la mujer, incluso se ha acrecentado su pobreza, su malnutrición y su llegada a los servicios de salud. La mayoría de las mujeres sigue careciendo de oportunidades de educación básica y de los medios para promover su salud, ejercer un control responsable de su función reproductora y mejorar su condición socioeconómica.



Los ancianos constituyen otro grupo de riesgo, particularmente aquellos cuya situación económica no les permite atender a sus necesidades básicas ni contar con la atención médica y la provisión oportuna y regular de los medicamentos que necesitan. En esta etapa de la vida – al igual que en la niñez y la adolescencia – las personas son particularmente vulnerables a las malas condiciones de vida.

Hay que poner especial empeño en proteger y educar a los grupos vulnerables, especialmente los niños.

LECTURA



DIA INTERNACIONAL DE LA MUJER | UN DRAMA SOCIAL EN CRECIMIENTO

Radiografía del aborto en la Argentina

Las internaciones en hospitales públicos por complicaciones en la interrupción del embarazo crecieron un 46% en 5 años.

Claudia Selser

Desde las 8 de la mañana del sábado 28 de febrero hasta las 8 de la mañana del lunes pasado en el Hospital Paroissien de Isidro Casanova se practicaron tres raspados a mujeres que llegaron al hospital con complicaciones de abortos. No se puede saber si esos abortos fueron «espontáneos» o «provocados» porque las mujeres, por miedo, no suelen reconocer ante los médicos si perforaron o no sus úteros para interrumpir el embarazo que estaban cursando.

Este problema no es el único que afrontan las mujeres. Salarios menores que los de sus pares masculinos en tareas idénticas. Discriminación en el acceso al trabajo por el costo de eventuales embarazos, licencias maternales y cargas familiares. Y, por añadidura, un problema que cobra dimensiones de drama social: la imposibilidad de la mayor parte de las argentinas, por falta de educación y recursos, de decidir cuándo, cómo y cuántos hijos tener.

- En el hospital Cecilia Grierson, en Guernica, el año pasado nacieron por mes 280 niños, y se produjeron entre 50 y 60 abortos, de los cuales el 40% fue provocado. Seis de cada 10 pacientes que abortaron tienen entre 15 y 18 años. El resto son mujeres adultas, con muchos hijos.
- En el hospital Cosme Argerich, de La Boca, una médica del servicio de Adolescencia investigó un fenómeno recurrente en los últimos tres años: muchas adolescentes llegaban con hemorragias después de haber usado inadecuadamente un antiinflamatorio para interrumpir el embarazo.
- En el Hospital Teodoro Alvarez, en Flores, la demanda de atención se incrementó mucho durante 2003: hubo un 15% más de nacimientos que en 2002 (1.507 niños), y un 25% más de abortos que en 2002 (401 casos, espontáneos o provocados) que requirieron atención.

Esta recorrida de Clarín por dos hospitales de la Capital y dos de la provincia de Buenos Aires permite trazar el perfil aproximado que reviste hoy el aborto, una realidad que pervive desde siempre en la Argentina como un conveniente secreto a voces.

Como todo el mundo sabe, el aborto está prohibido en la mayoría de los casos: sólo lo puede autorizar un juez en casos de violación, cuando se trata de mujeres «idiotas o dementes», o cuando corre serio riesgo la salud de la madre. Pero, como todo el mundo también sabe, esta prohibición no impide que las mujeres que ya han tomado la difícilísima decisión, la lleven a la práctica.

La penalización del aborto da lugar a prácticas diferenciadas, según las posibilidades socioeconómicas de las mujeres. Las mujeres con más recursos recurren a consultorios privados donde son atendidas, en la clandestinidad, por profesionales idóneos en las mejores condiciones de higiene y cuidado.

Las mujeres de menores ingresos suelen tener acceso sólo a procedimientos caseros realizados por enfermeras, comadronas o personas sin preparación profesional, o a provocarse el aborto ellas mismas, conforme a prácticas aprendidas por tradición oral, con el consecuente riesgo para su salud y su vida.

Datos en las sombras

A la hora de confesar, también hay diferencias. Según una encuesta de Graciela Römer y Asoc. realizada en Capital y conurbano, un 7% de las mujeres de clase baja; el 10% de las mujeres de clase media, y el 15% de clase media alta y alta, reconoció haber abortado (ver Cifras que preocupan).

Pero, si todos son circuitos clandestinos, ¿cómo determinar cuántos abortos se realizan en la Argentina? Hasta hace unos años, cuando las mujeres tenían tan poca información sobre los riesgos que se quedaban desangrándose en sus casas, o no reaccionaban ante las infecciones, el dato estaba en los registros nacionales sobre «muerte materna».

Aun hoy, son datos terribles. Según explica la médica en Salud Pública Mabel Bianco, autora de «La adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza» y presidenta de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), «el 35,3% de las muertes maternas en adolescentes es producto de embarazos terminados en abortos. Y lo más grave es que en el año 2000 hubo muerte materna en menores de 15 años, por primera vez en el país».

Una segunda forma de estimar la magnitud del fenómeno son las estadísticas, también del Ministerio de Salud de la Nación, sobre internaciones en hospitales públicos a causa de complicaciones de abortos. No son totalmente precisas: justamente por el hecho de que las mujeres nunca van a confesarlo, no hay posibilidad de saber si se trata de un aborto espontáneo o provocado.

Las cifras son apabullantes: las internaciones en hospitales públicos a causa de complicaciones debidas al aborto aumentaron de 48.000 en 1995 hasta 78.000 en el año 2000.

Según explica la socióloga Susana Checa, al frente de la investigación «Seguimiento y monitoreo de la calidad de atención de las complicaciones por aborto en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires» —realizada por la UBA (UBACyT) con el apoyo del Foro por los Derechos Reproductivos—, el 40% de estas internaciones corresponde a adolescentes de menos de 20 años.

«Si se considera el período 1995—2001 se ve que aumentaron un 46% las internaciones por esta causa en todo el país. Pero se trata de un promedio que, en principio, oculta diferencias regionales enormes —explica Checa—. En las provincias más pobres, las internaciones triplican el promedio nacional (ver Cifras que...).

María Susana Luciano es la jefa de Obstetricia y Ginecología del Hospital Grierson, en Guernica, una localidad pobre del segundo cordón industrial de la provincia de Buenos Aires. Dice que las chicas de entre 15 y 18 años son el 60% de las pacientes que «llegan al hospital con el aborto hecho o todavía embarazadas pero con hemorragias, útero perforado, o infecciones por haberse introducido sondas intrauterinas o cualquier otro elemento punzante. Durante 2003, se atendieron entre 300 y 360 mujeres con daños a consecuencia de abortos provocados.»

¿Muertes? «Disminuyeron notablemente porque las mujeres tienen una mayor información y concurren al primer síntoma de problemas —explica la obstetra Luciano—. En 2003 sólo hubo una muerte por esta causa.»

No sólo en Guernica cada vez son más jóvenes las mujeres que abortan. Las estadísticas vitales del Ministerio de Salud muestran que, en todo el país, la edad promedio de las mujeres que llegan a los hospitales públicos bajó de 25 años en 1995, hasta un promedio de entre 15 y 19 —con casos hasta de 10 años— en 2001.

Prácticas peligrosas

En el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, a cargo de Enrique Berner, comenzó a verse que un número creciente de chicas que llegaban con metrorragias (hemorragias uterinas) reconocían haber comprado en las farmacias un antiinflamatorio y analgésico de administración oral que, usado en forma no convencional, produce contracciones que pueden ocasionar el aborto.

Según explicó a Clarín Sandra Vázquez, médica del Servicio a cargo de la investigación que finalizará a mediados de año, si bien este método produce menos complicaciones infecciosas y no ocasiona daños uterinos, el mayor problema es que muchas adolescentes —que se enteran de la existencia del medicamento por las amigas— no piensan que la pérdida que tuvieron fue un aborto sino una menstruación y se confían en que «el problema ya pasó» y, por lo tanto, no consultan, y meses después se dan cuenta de que el embarazo continúa. «A veces puede proseguir normalmente —explica Vázquez—, pero ha habido casos de fetos muertos y, en un pequeño porcentaje, hasta malformaciones en los chicos.»

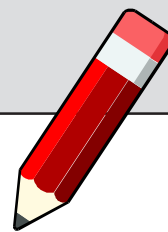
Información y prevención

«Nosotros hacemos hincapié en darles a los adolescentes la información de que en todos los hospitales del Gobierno de la Ciudad, y en casi todos los del país, hay gabinetes donde se asesora a los Adolescentes sobre Salud Sexual y Procreación Responsable —explica Sandra Vázquez—, tanto a chicas como a chicos, para no tener que llegar a la difícil situación de un embarazo no buscado o de una enfermedad de transmisión sexual».

También el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Paroissien, Carlos Rafael Ortega Soler, también presidente de la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia, subrayó la necesidad de educar para que todos los habitantes del país, ya al llegar a la adolescencia, sepan prevenir las enfermedades de transmisión sexual y cómo tienen que hacer para tener exclusivamente los hijos que quieran tener. Porque nadie, absolutamente nadie, puede obligar a nadie a no tenerlos, ni tampoco a tenerlos en cantidad».

Publicado por *Clarín* el 8/3/2004

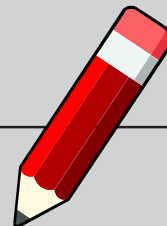
ACTIVIDAD



Con tu compañero/a de banco, realicen lo siguiente:

- 1- Lean con mucha atención el artículo periodístico anterior.
- 2- ¿Por qué en el mismo se presenta un «problema epidemiológico»?
- 3- Redacten los posibles objetivos de cada uno de los tipos de estudios epidemiológicos, a partir de la información que contiene el artículo.
- 4- Si tu profesor/a está de acuerdo, pueden realizar una puesta en común en el curso.

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

- 1- ¿Qué es la *prevención*?
- 2- ¿Cómo es la prevención hoy? Nombren los distintos niveles y defínanlos.
- 3- ¿Qué es la *epidemiología*? ¿Cuáles son los distintos determinantes del estado de salud de una población?
- 4- La epidemiología es un instrumento imprescindible de la salud pública. ¿Cuáles son sus principales usos? ¿Cuáles son sus fuentes de información?
- 5- Definan: «epidemia», «endemia», «pandemia».
- 6- ¿Cuáles son los trabajos de los epidemiólogos hoy?
- 7- ¿Qué es la *epidemiología social*?
- 8- Lean atentamente: «Introducción a la Epidemiología Social» y realicen un pequeño informe sobre los principales temas abordados en esta lectura.
- 9- A partir de la siguiente frase, expliquen por qué la Epidemiología es una ciencia básica de la Salud Pública.

«Si las personas están cayendo continuamente en un precipicio, es más humano y más barato colocar una valla en el borde, que construir un hospital en el fondo».
- 10- Enumeren las diferencias y las coincidencias de la Epidemiología y las Ciencias Sociales en el abordaje del tema 'aborto en la Argentina'.
- 11.- Identifiquen el objeto de estudio epidemiológico (desde sus dos aspectos) y las posibles utilidades epidemiológicas presentes en el artículo periodístico.
- 12- ¿Podrían establecerse algún tipo de relación entre los usos de la Epidemiología y los diferentes tipos de estudios epidemiológicos? ¿Cuáles y Por qué?

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

LA DIGNIDAD DE LOS NADIES

Director: Fernando Pino Solanas

Sinopsis

«La Dignidad de los Nadies» se concibió a partir de la catástrofe social que la Argentina vivió a comienzos del siglo XXI: 25% de desocupados y 60% de pobres e indigentes. Éramos capaces de alimentar 300 millones de personas y la gente se moría por hambre o por enfermedades curables. Más muertos por año que todos los desaparecidos del terrorismo de Estado. La tragedia empujó al director a hacer memoria contra el olvido. Los más jóvenes preguntaban qué había sucedido y aunque lo habíamos denunciado muchas veces durante los 90, era necesario traer las imágenes de esa historia y colocarlas en su contexto. Así nacieron «Memoria del Saqueo» (2002/2004), un análisis de las políticas del poder, y «La Dignidad de los Nadies», construida con relatos e historias de algunos protagonistas de la resistencia social. Una epopeya anónima y cotidiana de los traicionados de siempre: clases medias empobrecidas, desocupados o piqueteros que salen a cortar rutas.

En «La Dignidad de los Nadies» se recogen experiencias a través del relato de sus protagonistas.

ELEMENTOS DE DEBATE

- 1 . Luego de proyectar el film, analicen grupalmente el mensaje.
2. Ubiquen en el tiempo y en el espacio lo que muestra este film.
3. Expliquen con sus palabras: «*La dignidad de los nadies* es una película documental»
4. Relacionen el tema de la salud con las condiciones sociales en que vive la gente que aparece en la película.
- 5 . Investiguen por qué los gobiernos neoliberales no invierten en los hospitales públicos y dejan librada la salud al libre mercado.
6. Busquen información sobre el director y realicen un informe escrito.

Busquen más información en www.pinosolanas.com/la_dignidad_info.htm

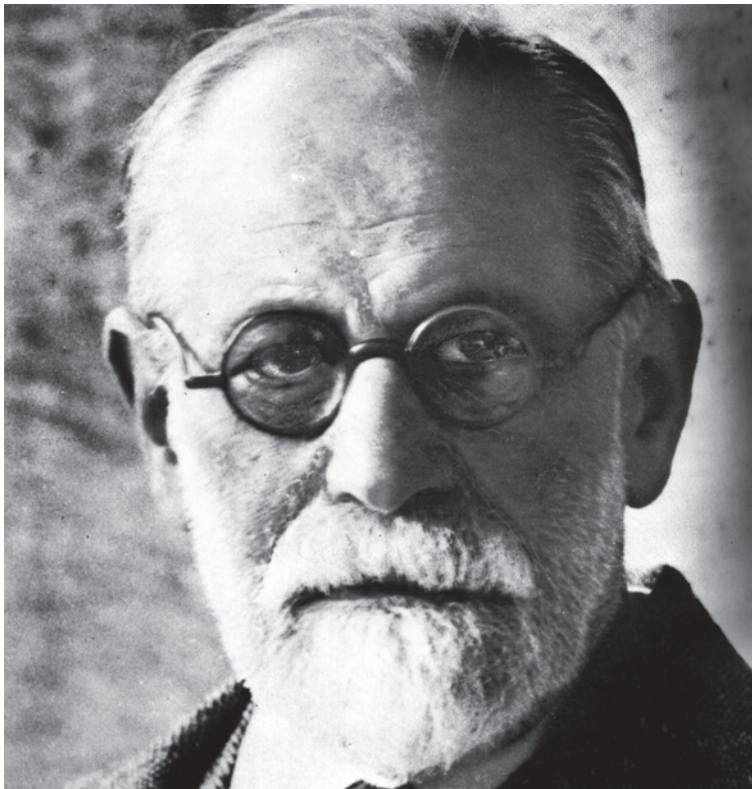
CAPÍTULO IV

ADOLESCENCIA Y SALUD MENTAL

LA SALUD MENTAL POSTERGADA

En los dos últimos siglos la medicina ha alcanzado un gran desarrollo favoreciendo el logro de una mejor calidad de vida en la población. Sin embargo, existe un área que aún requiere una mejoría adicional: la concerniente a la salud mental.

Todavía en el siglo XXI existen muchas personas que presentan un alto nivel de prejuicios y desinformación respecto a las enfermedades mentales (y de las problemáticas de origen psíquico o psicológico). Las mismas tienden a ubicar en el cuerpo los conflictos que no pueden ser aceptados como de origen psicológico. Es así como al aparecer síntomas psicósomáticos (stress, depresión, manifestaciones de angustia o violencia) se piensa que sus causas son orgánicas.



Muchas veces es el cuerpo el que anuncia a la persona de este tipo de trastorno; sin embargo, no reside en el organismo su principal causa. Su origen es de otro orden y es en el psiquismo (en las vivencias personales, en los conflictos subjetivos) donde debemos indagar con mayor énfasis.

Sigmund Freud (1856-1939),
el padre del psicoanálisis

Algunos síntomas se vivencian con total distracción: son los *síntomas asintónicos*. La persona puede vivir su adicción al tabaco, al alcohol, o su estado de desgano constante, sin enterarse de que algo los motiva. En el caso del tabaquismo es el consenso social el que acompaña el no reconocimiento de la adicción por parte de la persona. Cuando el padecimiento no es reconocido por quien lo sufre, es difícil llevar a cabo el diagnóstico que permita la detección y tratamiento temprano de su problemática.

Por lo general, las personas realizan variadas consultas médicas antes de llegar a un psicólogo, psicoanalista o un psiquiatra. Pareciera que resulta difícil aceptar el padecimiento de origen psíquico, siendo más tranquilizador recibir un diagnóstico -bueno o malo- de un síntoma corporal. Cuando se han visitado varios médicos -de diversas especialidades- intentando arribar a un diagnóstico sin recibir la respuesta esperada, se consulta a un profesional de la salud mental.

Neurosis, Psicosis y Perversión

Desde le punto de vista médico podríamos hablar de salud y enfermedad como dos estados diferenciados. Así se han manejado tradicionalmente los diagnósticos provenientes de la psiquiatría: o se está enfermo o se está sano. Sin embargo, el punto de vista del psicoanálisis freudiano cuestiona esta distinción. Desde la mirada psicoanalítica se habla de tres *categorías nosográficas* principales: neurosis, psicosis y perversión. Las personas conforman su estructura psíquica de acuerdo a un bagaje innato y a un ambiente social y afectivo. Si alguien es neurótico no puede dejar de serlo para convertirse en un psicótico o viceversa.

Pero, ¿de qué hablamos cuando decimos ‘neurosis’, ‘psicosis’ o ‘perversión’? Si bien estos tres términos no nos resultan tan ajenos, ya que suelen utilizarse sin demasiado rigor conceptual en la vida cotidiana, debemos diferenciarlos y saber de qué hablamos cuando los utilizamos en sentido estricto.

En principio, podemos decir que se trata de los modos que una persona encuentra de ubicarse frente al otro. El diagnóstico lo realiza un psicólogo o psicoanalista a partir del discurso del paciente y no a través de sus síntomas, los cuales suelen ser engañosos, transitorios y estar en cada una de estas estructuras a la vez.



Distintas problemáticas psicológicas producen intensos sufrimientos

El psicoanálisis

En los primeros encuentros con un paciente, el terapeuta de orientación psicoanalítica debe establecer qué tipo de estructura clínica posee (si se trata de un neurótico, de un psicótico o de un perverso), lo cual nos indicará el tipo de tratamiento a seguir. Esto se denomina *diagnóstico diferencial* y es fundamental llevarlo a cabo durante las primeras sesiones. La *abstinencia* es otra de las reglas: entre el paciente y el terapeuta no puede haber más que ese tipo de vínculo. Cuando el paciente experimenta, durante el tratamiento, ciertos impulsos amorosos hacia el terapeuta, podemos interpretarlos como una manifestación de la *resistencia a la curación*.

Veremos a continuación las tres grandes estructuras clínicas identificadas por el psicoanálisis.

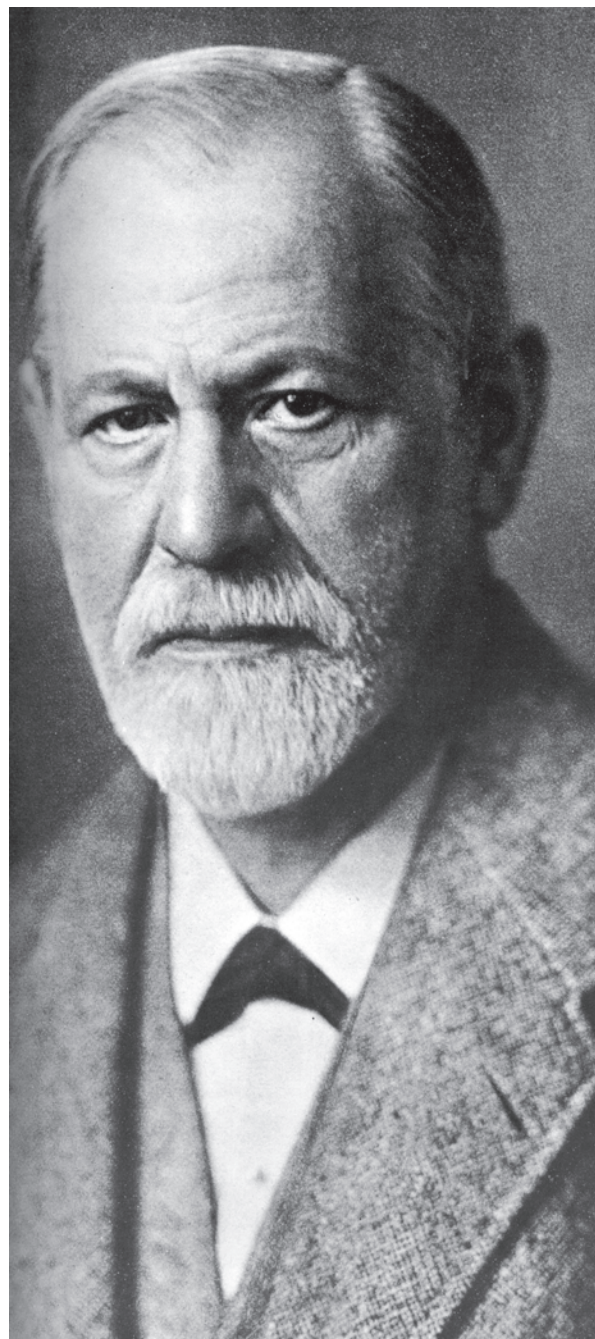
Neurosis

Dentro de la neurosis se encuentran la histeria, la neurosis obsesiva, y, para algunas posturas, la fobia.

Histeria. Históricamente se la denominó «histeria de conversión», por su estrecha relación con lo corporal. Las pacientes *histéricas* de Freud manifestaban a través de sus síntomas conversivos (síntomas corporales como contracturas, parálisis, etc., todas de origen nervioso) distintos conflictos inconscientes. Hoy existen nuevas patologías propias de esta estructura, como la bulimia y la anorexia.

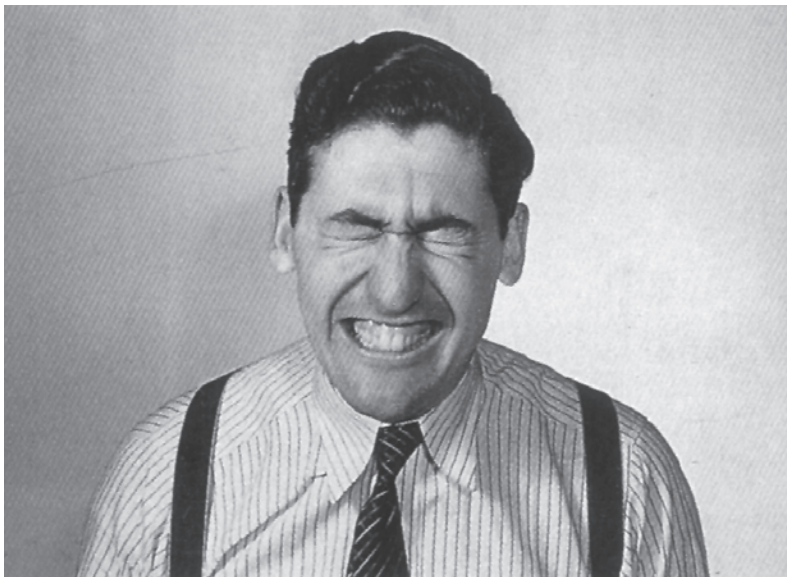
Neurosis obsesiva. Se caracteriza por la presencia de pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivas e inapropiadas y causan ansiedad o malestar significativos. Estas situaciones no se reducen a simples preocupaciones excesivas, sino que la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos e imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, sin lograrlo.

Aparecen también los actos impulsivos, comportamientos de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar para reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento no relacionado directamente. Por ejemplo, el lavado de manos, puesta en orden de objetos, o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, o repetir palabras).



Freud aportó enormemente a la comprensión de nuestro funcionamiento psíquico

Fobia. La fobia es una formación defensiva que transforma la angustia en miedo, concentrándose el sujeto en un objeto específico. Es un «temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (...) la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia (...) las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar». Los comportamientos de evitación interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.



Las psicosis son enfermedades mentales graves

Psicosis

El psicoanálisis divide la psicosis en *paranoia y esquizofrenia*.

Paranoia. Freud incluye en la paranoia el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandeza y el delirio celotípico.

Esquizofrenia. Se subdivide según la sintomatología predominante en el momento de la evaluación:

- *Tipo paranoide:* preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- *Tipo desorganizado:* con lenguaje y comportamiento desorganizado y afectividad aplanada.
- *Tipo catatónico:* inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adaptarse a posturas raras, ecolalia o ecopraxia.
- *Trastorno indiferenciado* (cuando no se cumplen ninguno de las tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico).
- *Tipo residual* (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

LECTURA



Hospital Moyano: lucrar con la locura

Cada día aflora un Cromañón en la Ciudad de Buenos Aires. El menú terapéutico del Hospital Moyano incluye golpes, abusos, violaciones y una red que explota a las pacientes obligándolas a ejercer la prostitución. Por si no alcanzara: laboratorios que investigan ilegalmente sus protocolos medicinales en las internas sin que las familias o la Justicia lo autorice. “Los laboratorios pagan hasta 6 mil dólares por paciente”, dijo el secretario de Salud porteño, el kirchnerista Donato Spaccavento, que se guardó muy bien de decir cuáles son los laboratorios implicados (Página/12, 23/12).

Las denuncias afirman que hay empleados acusados de violar a pacientes que siguen cumpliendo funciones, y dicen que el director Néstor Marchant “habría dado el visto bueno a la salida de un número no determinado de pacientes para ejercer la prostitución fuera del centro de salud” (La Nación, 22/12).

Estos hechos han sido denunciados muchas veces, y aunque algunos sumarios datan de 1999, el Gobierno de la Ciudad se hizo el sorprendido, intervino el área médica y separó del cargo a Marchant, un peso pesado que dirige hace una década la Asociación Argentina de Psiquiatras y está hace veintidos en el Moyano. Marchant fue suspendido varias veces, siempre por graves descuidos de los pacientes, y a los pocos meses, acallado el escándalo, volvió a su lugar. “Me sacan cada tanto, se arma un poco de despelote y después me tienen que poner de nuevo”, fueron sus palabras de despedida en esta oportunidad (Clarín, 23/12).

Trabajadores del hospital entregaron a la prensa documentación en la que consta que el Gobierno de la Ciudad fue informado sobre cuatro supuestos abusos en el hospital. “Las denuncias existen, pero Marchant nunca las impulsó, nunca investigó”, dijo Pablo Berrettoni, el flamante interventor (La Nación, 22/12). Pero Berrettoni es también director de Salud Mental de la Ciudad. O sea, responsable de todo lo que pasó en el Moyano.

El área administrativa del hospital ya estaba intervenida desde mayo, cuando un juez ordenó la evacuación porque había un importante escape de gas y techos y paredes corrían riesgo de derrumbe y estaban electrificados. De resultas, hoy están clausurados nueve de los 20 pabellones del hospital. La catástrofe edilicia tiene un beneficiario evidente: a pesar de que el gobierno tiene un presupuesto asignado de 15 millones de pesos para remodelar el Moyano, en lo que va del año, 400 de las 1.500 internas fueron trasladadas a clínicas privadas. La primera medida de Berrettoni fue desplazar a otras 72.

En el Moyano se enfrentan dos camarillas. Detrás de Spaccavento y Berrettoni están los progres “desmanicomializadores”. O sea los intereses inmobiliarios que pugnan por quedarse con los valiosos terrenos que ocupan el Borda, el Moyano y el Tobar García en Barracas. Con el argumento de que los neuropsiquiátricos son depósitos que cronifican a los enfermos –de eso no caben dudas– se proponen dismantelar el sistema de salud mental y entregar los predios a la especulación inmobiliaria. Spaccavento lo dijo clarito: “Acá hay una resistencia al cambio que es la ley 448 de salud mental” (Derf, 26/12). La ley plantea que la “comunidad, las ONGs, la familia” se hagan cargo de la reinserción de los enfermos mentales, y si éstos no pueden, lo haga Desarrollo Social. Pero el mismo Spaccavento reconoció que en el Moyano hay 198 mujeres con el alta firmada que siguen internadas porque no

tienen dónde ir. Estos tipos quieren “desmanicomializarlas” echándolas a la calle. Nadie explica en qué se usó la partida asignada en 2003 para alquilar nueve casas de medio camino (pre-egreso), motivo por el cual el asesor cautelar Gustavo Moreno, en representación de las internas, demandó al Gobierno de la Ciudad.

Por el otro lado, está Marchant, un hombre amigo de los laboratorios y los electroshocks, apoyado por lo más corrupto de la burocracia de ATE. El titular de ATE, Mario Muñoz, no para por el salario pero sí cada vez que Marchant está en riesgo. Es un experto en golpear a las delegadas opositoras (PO N° 733, 13/12/01) y tiene un juicio penal por agredir a una trabajadora del Moyano. La separación de Marchant le puso la lengua floja: “Hasta hace cinco días, Berrettoni fue médico del hospital. ¿No sabía nada antes?”, se preguntó Muñoz (*La Nación*, 22/12).

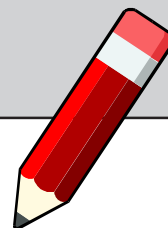
Respecto a la experimentación de drogas en los pacientes, la operación involucra a doce médicos. Sin embargo, Marchant salió a decir –y nadie lo ha desmentido– que “La experiencia no se hace sólo en el Hospital Moyano, sino en el Borda, el Tobar García, el Alvear y el Rivadavia. El Gobierno porteño lo sabía. Es más, Berrettoni firmó los protocolos porque hasta hace un mes era de la Comisión de Docencia e Investigación del hospital. Él es cómplice de todo” (*Página/12*).

No queda ahí: todos los pacientes con problemas mentales están bajo tutela judicial. ¿Dónde estaban los jueces que debían controlar su tratamiento? Según algunos trabajadores, jamás veían a las pacientes, nunca pasaban de la oficina del director.

Ninguno de los poderes del Estado brinda la menor protección a uno de los sectores más frágiles de la sociedad, pero todos son capaces de sacar provecho de ellos.

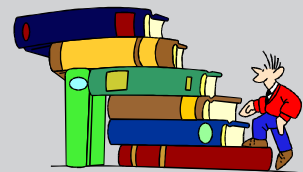
Olga Cristóbal

ACTIVIDAD



- Reunidos en pequeños grupos, lean atentamente este artículo.
- Realicen una síntesis del mismo y coméntenlo, con la participación de todos.
- Luego de realizado esto, cada uno en forma individual escriba en una hoja los interrogantes que le surjan ¿Qué sentimientos aparecen en relación a lo leído?
- Finalmente, compartan lo trabajado con el resto de la clase.

LECTURA



Radio de internos del Borda transmitirá por internet

La Colifata, la radio que en 1991 armaron los internos del neuropsiquiátrico José Borda, comenzará a transmitir on line, vía Internet, gracias a los aportes tecnológicos que la empresa argentina Openware donará para que esta iniciativa se concrete.

Para ello, *Openware*, especializada en seguridad de redes informáticas, armará un servidor de transmisiones 'streaming on line' de radio por Internet, a partir de la conexión de ADSL que también brindará en forma gratuita al hospital.

«La tecnología puede ayudar a acercar a los internos al resto de la gente», explicó el presidente de *Openware*, Federico Seineldín, quien subrayó que «acercarnos a los internos del Borda cambió la visión de la empresa».

En ese sentido, Seineldín destacó que «antes teníamos una visión muy tecnológica de ser los mejores y los primeros», y remarcó que «ahora pensamos en generar redes no solo tecnológicas, sino también humanas para mejorar la vida de la gente».

Openware comenzó su relación con los «colifatos» hace cuatro años, cuando junto a *Global Crossing* armaron una red de empresas para darle sostenibilidad a los micros que La Colifata armaba para difundir en radios de todo el país.

Así, proveyeron de apoyo tecnológico, conectividad nacional e internacional, y modernizaron el sistema de producción de la radio; posibilitando que los micros pudieran subirse directamente a Internet para que las radiodifusoras interesadas pudieran bajarlos y luego reproducirlos.

Por su parte, los internos fueron conociendo los nuevos desarrollos tecnológicos, aprendiendo y familiarizándose con la computación y la navegación por Internet.

Eduardo Codino, uno de los colifatos, fue llevado por *Openware* a un congreso de software libre realizado en Rosario para hablar sobre su experiencia en el aprendizaje de computación, y cómo la tecnología lo ayudó a salir de sus problemas.

«Fue el mejor consultor y el más barato», señaló Seineldín, quien puntualizó que «ayudó a que nos orientáramos hacia una visión con mayor responsabilidad social empresaria».

Junto a los internos, también armaron micro televisivos sobre la promoción del software libre y la disminución de la brecha digital entre la gente.

Los pacientes del Borda suelen concurrir a *Openware*, donde desarrollan tareas de aprendizaje de computación, pero también sirven de experiencia para que los ejecutivos evalúen sus comportamientos frente a la tecnología, el surgimiento de imprevistos y la necesidad de generarles contención.

Tomado de www.diariohoy.net

ACTIVIDAD



- Comenta esta experiencia con tu compañero/a de banco y escriban su opinión sobre la misma.

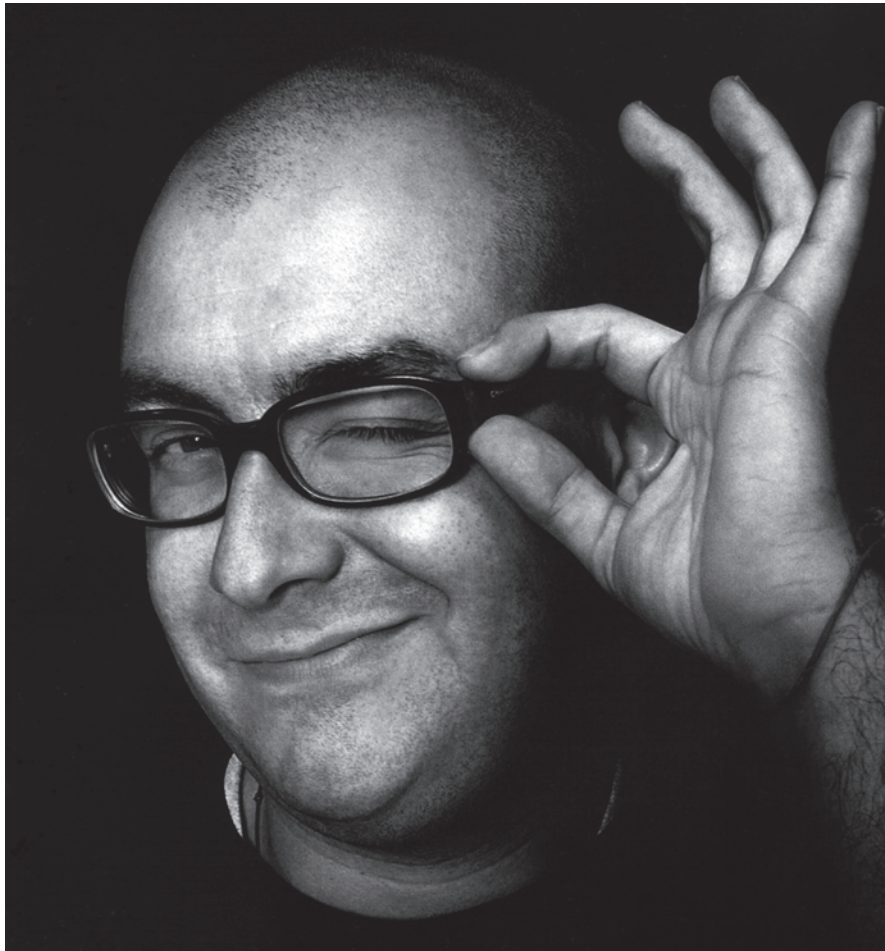
En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el curso longitudinal (con síntomas residuales interepisódicos; o episodios sin síntomas residuales, o continuos, o en remisión parcial o total).

Perversión

Debido a la variada utilización popular y profesional, el término ‘perversión’ presenta interminables dificultades.

Podemos decir que en las neurosis existen deseos inapropiados o prohibidos, siendo estos reprimidos, por lo cual no salen a la luz, permanecen en el nivel inconciente. Es por ello que denominamos a la neurosis el *negativo de la perversión*, ya que en ella los deseos libidinosos reprimidos en el inconciente son muy poderosos (por lo cual la persona ha de invertir mucha energía para reprimirlos), pero existen. En cambio en la perversión estos deseos inapropiados y prohibidos se hallan en la conciencia.

En cuanto a la consulta de sujetos perversos, podemos decir que prácticamente es nula en la experiencia psicoanalítica. Sin embargo, existen algunos pocos casos, los cuales consultan por motivos ajenos a la perversión.



El perverso disfruta con el sufrimiento del otro
Algunas veces sus conductas pueden ser sancionadas fuertemente por la justicia

MANIFESTACIONES DE SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES



La amistad y el amor ocupan un lugar importante en la vida de los adolescentes

Si bien la adolescencia, como etapa, presenta ciertas *características generales* (como los duelos, las crisis, el desasimio o desprendimiento de la autoridad parental, la búsqueda de nuevos modelos y la construcción de una nueva identidad), también podemos identificar *características particulares* propias de cada sujeto, de cada persona, de acuerdo a su historia previa y a sus circunstancias presentes.

Son manifestaciones de salud mental en los adolescentes, el agruparse, el compartir con otros, socializar, desarrollar metas comunes que permitan poner en juego gustos y deseos, tener buen humor frente a lo que se emprende y vivir con cierta estabilidad emocional. También es una muestra de salud mental durante esta etapa el *ir armando un proyecto de vida*.

Si bien la adolescencia es una etapa crítica de la vida, existen diversas formas de atravesarla según hayan sido y sean las situaciones familiares y personales. El proceso de búsqueda de nuevos modelos, la construcción de nuevos ideales y armado de un proyecto de vida, será diverso en adolescentes con o sin apoyo familiar. Es decir que, el respaldo emocional que el grupo familiar brinda será fundamental en esta etapa.

Si bien el adolescente cuestiona el lugar de los padres, no será lo mismo la forma en que atravesase esta etapa un joven con apoyo familiar y con respuestas afectivas proveniente de ellos, que aquel que carezca de ellas. El proceso de ensayo y error que se pone en juego en la adolescencia en el proceso de búsqueda y construcción de un proyecto de vida, será diverso según la situación familiar y social de cada joven.

¿Cómo se construye un proyecto de vida?

La construcción de un proyecto de vida está inserta en el proceso de maduración afectiva e intelectual, y como tal supone «aprender a crecer». Crecimiento entendido como potenciación de capacidades y habilidades que permitan acceder al ejercicio de derechos y responder a obligaciones, con lo que se promueve la autonomía.

Poner en marcha la capacidad adolescente vinculada a la construcción de su proyecto de vida es una de las acciones más sólidas e importantes a desarrollar desde la promoción de la salud en el ámbito educativo, con impacto directo en el futuro personal y social de los alumnos.

LECTURA

Escuela de militancia



La movilización de los estudiantes secundarios fue creciendo en las últimas semanas, motivada por problemas edilicios y recortes de becas. Esa mayor participación es analizada por un sociólogo, una psicóloga, docentes y los propios estudiantes.

Edificios que se caen a pedazos, aulas sin calefacción. Reducción en la cantidad de becas a chicos en situación vulnerable, viandas incomibles y hasta los bajos salarios que perciben los profesores. No les faltaron motivos a los estudiantes secundarios porteños para organizar asambleas, que cada vez son más participativas, salir a la calle con los reclamos y hasta tomar las escuelas. Esas banderas sirvieron de base para un renacer de la participación adolescente en ámbitos escolares, donde el debate político y gremial parecía reservado a unos pocos. Esa participación que la última dictadura quiso exterminar y que el individualismo de los '90 consiguió apagar, pero que, al parecer, no desapareció. En el contexto de una sociedad que sigue sin involucrarse en la vida política del país, la reorganización de los jóvenes alrededor de los centros de estudiantes de las escuelas a las que concurren parece tener un impulso cada vez mayor. Los mismos chicos lo aseguran. Sin embargo, investigadores y profesionales expertos en adolescencia señalan las diferencias respecto de aquella militancia que tuvo su auge a principios de la década del '70 y advierten que, aunque prometedora, la que ahora surge «no es tan amplia como parece».

Lucía González y Federico Schujman son adolescentes, cursan el nivel secundario en escuelas de la ciudad y presiden los centros de estudiantes de sus escuelas, el Nicolás Avellaneda y el Carlos Pellegrini, respectivamente. Ninguno de los dos sobrepasa los 18 años. Ambos coinciden en que la participación en organismos gremiales en un mundo que les pertenece, los centros de estudiantes o los cuerpos de delegados, así como el interés por temas relacionados con su realidad cotidiana como estudiantes, «está creciendo» entre sus compañeros.

Federico dice poner sus pies sobre la tierra y reconoce que «si bien está creciendo muchísimo, ya que han aparecido muchos centros nuevos a partir del ejemplo de las escuelas que tienen más experiencia en esto, lo normal sigue siendo que la participación sea muy baja en la mayoría de las escuelas». Más optimista se muestra Lucía, que culpa casi por completo al conflicto de las becas por «una suerte de renacer» del compromiso de sus pares en la actividad. «Fue un punto en el que los chicos se sintieron tocados. Se fueron sumando, se unieron a la lucha», explica.

Si se toman los hechos como evidencia, jóvenes en representación de más de 30 escuelas participaron de las últimas movilizaciones en reclamo por el recorte de las becas que implementó el Ministerio de Educación porteño. Una de las más masivas logró reunir a cerca de tres mil adolescentes. Antes, 16 escuelas terminaron tomadas en simultáneo por sus mismos alumnos. Los números hablan.

Sin embargo, no parecen hacerlo de manera contundente para el sociólogo experto en cultura adolescente Marcelo Urresti, que considera que, en lugar de la participación juvenil, «lo que aumentó, y bastante, es la conflictividad que tiene a los colegios como epicentros». En este sentido, para el sociólogo, las políticas del gobierno de Mauricio Macri «como lo hacen todos los gobiernos de derecha, sacó a relucir el carácter opositor de los jóvenes, que estaba adormecido». En contrapunto con lo que aseguran los mismos chicos, para Urresti «no existe la construcción de nuevos centros de estudiantes. La cantidad es bajísima desde la segunda mitad de los '90, y no se volvió a mejorar».

Las nuevas maneras

El patio del Carlos Pellegrini se convierte en escenario de asambleas que se convocan «cada vez que se necesita discutir algo con todo el cuerpo estudiantil», apunta Federico. Por ese algo, según él, puede entenderse desde «temas que tienen que ver con la escuela, hasta hechos de la coyuntura

actual». Las fijas son las charlas sobre sucesos relacionados con los derechos humanos. Además de las asambleas, el funcionamiento orgánico del centro de estudiantes del «Pelle» consiste en reuniones entre delegados —uno por curso, supervisados por un presidente de delegados por turno—, además de una dirigencia central cuyas decisiones «están totalmente limitadas por un estatuto».

No obstante, salvo durante el último mes y medio, cuando tomaron los colegios, la participación en los centros, la lucha por objetivos específicos, se termina cuando toca el timbre de salida del turno escolar. Salvo aquellos chicos que ocupan cargos de delegados o de responsabilidad dentro del centro de estudiantes de sus escuelas, el cuerpo juvenil en general mantiene un límite entre su «militancia estudiantil» y su vida privada. Sobre este eje basó la psicóloga Laura Piñero la más importante diferencia entre la participación de los adolescentes de la década del '70 y la de los contemporáneos.

«La militancia de entonces era mucho más fuerte, más absoluta, y con menos fisuras. La movilización actual es más territorial, más verbal, se relaciona directamente con la visibilidad y, por sobre todo, es más espontánea. No hay una estrategia a largo plazo ni está centrada en la transformación de una estructura. Todas características propias de la época que transitan», explica.

El centro de estudiantes del Nicolás Avellaneda cuenta con un cuerpo directivo conformado por una presidenta, un secretario por cada turno —mañana, tarde y noche— y seis comisiones en las que los jóvenes discuten temas relativos a cultura, educación, prensa, derechos humanos, deportes y finanzas. Todas las autoridades fueron renovadas a principio de año, a partir de «elecciones democráticas en las que se presentaron tres listas», explica Lucía. El centro que preside, que también se rige por un estatuto, recién este año se reorganizó con una estructura vertical, «más seria».

Según ella, la horizontalidad en la que había caído el organismo durante los años siguientes a la crisis de 2001 «hizo que la participación decayera y que se dejara de prestar atención a las estrategias para poder recomponerla». En eso se basó la nueva camada a cargo: «Plantear a los chicos más chicos propuestas que les llamen más la atención, que las entendieran más. Ofrecerles temas que los sintieran propios. Sólo así se logró que empiecen a sentir que había algo de lo que podían formar parte».

De eso se trata, al parecer, las nuevas maneras que los chicos tienen de dar los primeros pasos en la acción política dentro de un grupo de pares. En este sentido, la escuela es el mejor laboratorio. Se trata de una participación que, aunque coquetea con ellos, tiene menos que ver con los lineamientos de la política de los adultos, y más con el devenir de su propia realidad de estudiantes.

Aprender a participar

Para algunos profesores que comparten esa cotidianidad con los jóvenes, tanto la existencia de ámbitos como el centro de estudiantes como la participación activa de los chicos allí, «es fundamental porque están construyendo un aprendizaje que va a ser sólido en la medida en que lo hagan con los adultos. Se están constituyendo en ciudadanos activos, en sujetos de cambio social», apunta Enrique Vázquez, docente de Historia en las aulas del Avellaneda.

Algo similar sostiene Daniel Lenci, jefe del Departamento de Historia del Nacional Buenos Aires. Para él, estos tiempos constituyen un período de transición. «Los estudiantes van entendiendo que las posiciones radicalizadas no los llevan a conquistar objetivos. Entonces, encuentran en la formulación de consensos una propuesta mucho más interesante, están más abiertos. Empiezan a pensar una política más racional, menos encorsetada en ideologías sectarias.»

Informe: Ailín Bullentini



ACTIVIDAD

- Reunidos en grupos de cuatro o cinco chicos, cambien opiniones sobre este punto: ¿están a favor o en contra de los Centros de Estudiantes? Enumeren cinco razones que fundamenten su opinión. Si el/la docente está de acuerdo, hagan una puesta en común.

SÍNTOMAS FRECUENTES EN LOS ADOLESCENTES

Antes de comenzar a hablar de los síntomas más frecuentes en los adolescentes, es necesario decir qué es un síntoma, para la medicina y para la psicología, qué diferencias existen entre éstos y con qué nos enfrentamos cuando vemos una persona con un síntoma o varios de ellos.



El agruparse y compartir es un signo de salud mental en los adolescentes

Tomaremos primero el concepto de síntoma desde la medicina tradicional: es la referencia subjetiva que da un enfermo de la manifestación de un estado patológico en el cuerpo. Luego de estudiar las causas del o de los síntomas, se establece la enfermedad existente y el tipo de tratamiento a seguir. Por ejemplo, un dolor de cabeza puede ser el síntoma que de cuenta de la existencia de una enfermedad neurológica en la persona.

Sin embargo, este síntoma (jaqueca), también puede ser originado por una causa psíquica o emocional. Es el caso del síntoma psíquico.

En el campo de la salud mental se llama «síntoma» a aquello que constituye una fuente de sufrimiento psíquico, y en ocasiones también físico. Si bien el mismo síntoma puede ser evaluado desde la medicina y la psicología, podríamos decir que cuando no se encuentran causas orgánicas que den cuenta de una enfermedad, es tarea del psicólogo ocuparse de ésta.

Ante la enorme oferta de tratamientos psicoterapéuticos se torna difícil y hasta confuso elegir. Los psicoanalistas piensan al síntoma como algo que habla, es decir que el síntoma dice algo del sufrimiento de quien lo padece. Para el psicoanálisis los síntomas no deben ser acallados sino, por el contrario, deben ser escuchados en su singularidad a partir del relato del paciente. Es esta la modalidad de trabajo propia del campo de la psicología y es a través de la psicoterapia que se aborda el síntoma.

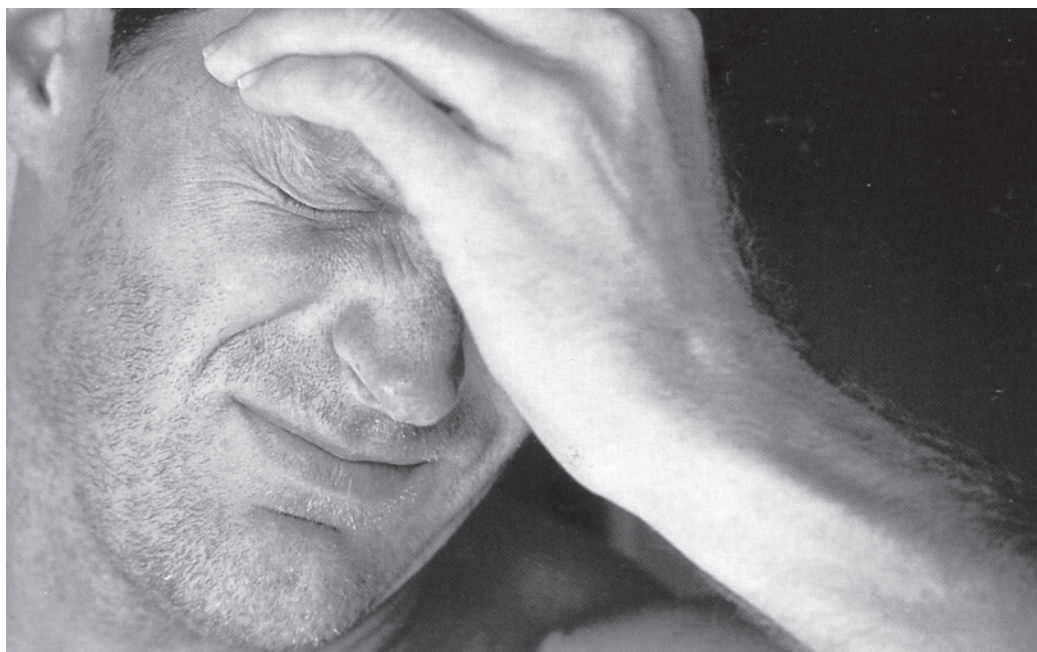
Stress

Muchas personas pueden experimentar stress en distintos momentos de su vida. Los adolescentes presentan, generalmente, esta problemática frente a una situación peligrosa, difícil o dolorosa ante la cual no tienen recursos para abordarla.

Debemos tener en cuenta que las características de esta situación variarán de una persona a otra, ya que cada cual definirá como «estresante» a una situación de acuerdo a sus vivencias personales o situaciones vividas. También influirán en esto la percepción que hayan tenido sus propios padres, durante sus primeros años de vida, frente a situaciones similares. De este modo, si durante su infancia sus padres han reaccionado con seguridad frente a situaciones peligrosas, seguramente el joven, en su adolescencia, contará con la fuerza interna necesaria para afrontar sus experiencias actuales.

Algunas causas de stress para los adolescentes son:

- Las demandas y frustraciones de la escuela,
- los pensamientos y sentimientos negativos sobre sí mismos,
- los cambios en sus cuerpos,
- los problemas con sus amigos,
- el vivir en un ambiente violento o poco seguro,
- la separación o divorcio de sus padres,
- una enfermedad crónica o problemas severos en la familia,
- la muerte de un ser querido,
- el mudarse o cambiar de escuela,
- el llevar a cabo demasiadas actividades o el tener exigencias de su medio familiar demasiado elevadas,
- los problemas financieros de la familia, etc.



Distintas situaciones cotidianas pueden originar stress, en adultos y adolescentes

¿Cuáles son los síntomas de stress?

Algunos síntomas de stress son: ansiedad, retraimiento, agresión, enfermedades físicas, uso de drogas y/o alcohol. Es decir que al percibir una situación como difícil o conflictiva, que nos acarrea un sufrimiento interno muy profundo, ocurren cambios en nuestras mentes y en nuestros cuerpos que nos preparan para responder ante ese peligro.

Los cambios físicos incluyen latidos del corazón, aumento de la cantidad de sangre que fluye hacia los músculos de los brazos y de las piernas, se enfrían y sudan las manos y los pies, se revuelve el estómago y/o se siente terror o pavor. El mismo mecanismo que crea la respuesta al stress lo puede terminar.

Tan pronto decidimos que una situación ya no es peligrosa, pueden ocurrir cambios en nuestra mente y en nuestro cuerpo que nos ayudan a relajarnos y a calmarnos. Esta «respuesta relajante» incluye la disminución en los latidos del corazón y de la respiración, y una sensación de bienestar. Los adolescentes que desarrollan la «respuesta relajante» y otras destrezas para manejar el stress se sienten menos indefensos y tienen más alternativas cuando responden al stress.

Los padres pueden ayudar de distintas maneras: determinando si el stress está afectando la salud, el comportamiento, los pensamientos o los sentimientos de su adolescente; escuchándolos cuidadosamente y estando pendientes que no se sobrecarguen; aprendiendo y modelando las destrezas del manejo del stress; respaldando la participación en los deportes y otras actividades sociales.

Conductas: opiniones

HAY QUE TENER CUIDADO CON EL ESTRÉS Y LA PSICOSOMATIZACIÓN

Ya lo dijo Freud, el padre del psicoanálisis, hace más de 100 años: «Cuando se formula juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas». Y, al entendimiento de cualquiera, las enfermedades orgánicas como las cardíacas muchas veces son la traducción corporal de conflictos emocionales no resueltos.

Los medios masivos de comunicación reflejan frecuentemente estas problemáticas psicológicas propias de nuestra época

Los adolescentes pueden disminuir su stress con los siguientes comportamientos y técnicas:

- Haciendo ejercicios y comiendo con regularidad;
- evitando el exceso de la cafeína, que puede aumentar los sentimientos de ansiedad y agitación;
- evitando el uso de las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco;
- aprendiendo ejercicios de relajación (respiración abdominal y técnicas de relajación de los músculos);
- desarrollando el entrenamiento de destrezas afirmativas. Por ejemplo, expresando los sentimientos de manera cortés, firme y no de manera muy agresiva ni muy pasiva;
- ensayando y practicando las situaciones que le causan stress.

Depresión

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo y la forma de pensar. Perturba la manera en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí misma y la forma en que piensa.

Debemos saber que un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente «ya basta, me voy a poner bien». Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, con un tratamiento adecuado los síntomas de depresión pueden desaparecer.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes son:

- la depresión severa,
- la distimia y
- el trastorno bipolar.

En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La *depresión severa* se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.



El trastorno depresivo afecta seriamente, en lo físico y psicológico

La *distimia*, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el *trastorno bipolar*, llamado también *enfermedad maníaco-depresiva*. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico, en el cual el paciente pierde temporalmente la razón.

Síntomas de depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen todos los síntomas. Algunas manifiestan unos pocos; otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o «vacío» en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía. Fatiga, agotamiento, sensación de estar «en cámara lenta».
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumentar de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

Diagnóstico y tratamiento de la depresión

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión es un examen médico. El médico debe realizar un examen físico, una entrevista al paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico derivar al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

SALUD: INVESTIGACIONES DE UNA UNIVERSIDAD ESTADOUNIDENSE
EL EJERCICIO FÍSICO PODRÍA
REDUCIR LOS SÍNTOMAS DE
LA DEPRESIÓN
De un 30% a un 50% y en casos leves o moderados. Se hizo una prueba con adultos de 20 a 45 años que duró 12 semanas. Los científicos dicen que con el deporte se evita el consumo de psicofármacos.

En los medios masivos de comunicación podemos encontrar indicaciones útiles para mejorar la salud, aunque siempre es necesaria la consulta médica

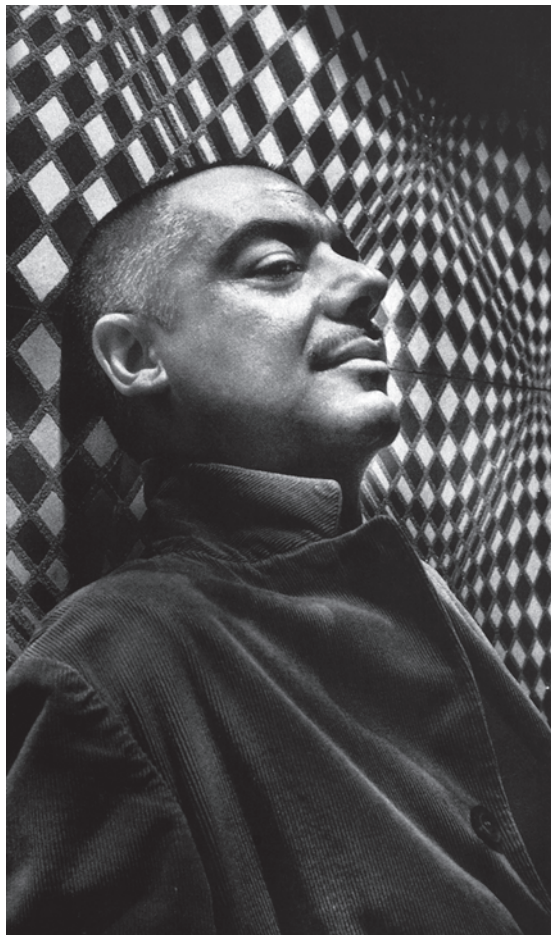
Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar ese tipo de trastornos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión.

Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos (para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas) y psicoterapia, para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

¿Qué es el Ataque de Pánico o Panic Attak?



Los ataques de pánico pueden incapacitar a una persona

Este trastorno, también llamado crisis de pánico, es bastante diferente a otros tipos de ansiedad en cuanto a que los ataques de pánico se presentan inesperadamente, aparentemente sin causa alguna y frecuentemente causan incapacidad.

Una vez que una persona sufre un ataque de pánico, por ejemplo mientras maneja un vehículo, hace compras en un lugar donde hay muchas personas o se encuentra dentro de un ascensor, pueden crearse miedos irracionales llamados 'fobias', relacionados con esas situaciones, y comenzará a tratar de evitarlas. Con el tiempo, la necesidad de evitar esas situaciones y el grado de ansiedad por miedo a otro ataque puede llegar al punto en que esa persona no querrá volver a manejar un vehículo, ni siquiera dar un paso fuera de su casa. Cuando llega a este punto, se dice que la persona sufre 'trastorno causado por pánico' o 'ataque de pánico con agorafobia'. Es así como el ataque de pánico puede tener un serio impacto en la vida diaria de una persona, a menos que reciba un tratamiento efectivo.

El trastorno de pánico, crisis de pánico o ataque de pánico se puede tratar con medicamentos y/o psicoterapia.

Durante una crisis de pánico aparecen síntomas físicos como latidos rápidos del corazón, dificultad de respirar o mareos. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento o lugar sin previo aviso. A menudo ocurren en los sitios menos esperados, como pueden ser en el supermercado, centros comerciales, en una reunión donde hay un grupo de personas, en una reunión social, mientras viaja, o mientras descansa en unas vacaciones.

Puede vivir con constante miedo de sufrir otro ataque y se aleja de los lugares en los que ha sufrido un ataque anteriormente. A algunas personas el miedo les controla la vida y no pueden salir de sus hogares. Los ataques de pánico no duran mucho tiempo, pero sus sensaciones y síntomas son tan terribles que parecen durar una eternidad.

Desafortunadamente, debido a los síntomas molestos que se presentan con el trastorno causado por pánico, frecuentemente se confunden las crisis con una afección cardíaca o cualquier otra enfermedad que amenaza la vida. Frecuentemente, las personas acuden a las salas de emergencia de los hospitales cuando son presas de una crisis de pánico, en estas ocasiones posiblemente se les hagan pruebas exhaustivas para eliminar la existencia de estos otros males.

Por regla general, el personal médico trata de asegurar al paciente de que no está en grave peligro. Sin embargo, estos intentos de calmarlo pueden generar más confusión. Descartado el riesgo físico, hay que atender a las causas psíquicas que originan la crisis de ansiedad, sin menoscabar su importancia. Si bien físicamente no hay de qué preocuparse, el origen psicógeno del trastorno debe trabajarse en un espacio de psicoterapia que permita a la persona lograr una mejoría.

SALUD
ATAQUES DE PÁNICO:
EMPIEZAN RÁPIDO
Y PUEDEN DURAR AÑOS
TODO PUEDE EMPEZAR CON FALTA DE AIRE Y SUDOR, O CON TAQUICARDIA Y DESMAYOS, PERO EN CUALQUIER CASO, NUNCA FALTA EL MIEDO. ASÍ COMIENZAN LOS ATAQUES DE PÁNICO, QUE SEGÚN ALGUNOS ESPECIALISTAS, PODRÍAN LLEGAR A AFECTAR AL 30 POR CIENTO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL.

Diarios y revistas de difusión masiva también se hacen eco de este problema

¿Qué ocasiona un Ataque de Pánico?

De acuerdo con una teoría existente sobre trastorno causado por pánico, el «sistema de alarma» normal de un cuerpo, o sea el conjunto de mecanismos mentales y físicos que le permiten a una persona hacer frente a una amenaza, entra en acción sin que sea necesario o sea cuando no hay peligro.

Científicos dedicados a esta clase de estudios no han podido saber exactamente cómo sucede o por qué algunas personas son más susceptibles que otras a este problema.

Si bien algunos estudios establecen que el trastorno es de origen congénito o sea que los genes juegan un papel muy decisivo, podemos establecer que las causas se encuentran en la historia de vida de la persona. Es decir que el ambiente tiene un rol de mucha importancia en el aprendizaje de estos síntomas, por lo cual puede transmitirse de padres a hijos a través de procesos de identificación.

¿Cuándo comienza el trastorno de pánico?

Usualmente comienza cuando las personas son adultos jóvenes (aunque hay referencias clínicas mucho menos frecuentes de casos en adolescentes y hasta en niños), a través de crisis larvadas que son vividas casi sin demasiada conciencia. Es común que estas crisis se desencadenen cuando una persona se encuentra bajo una cantidad enorme de stress (como por ejemplo luego de la muerte de un familiar o ser querido) o con posterioridad a una situación traumática.

¿Cuáles son los síntomas de un ataque de pánico?

Los síntomas de un ataque de pánico se presentan intempestivamente sin causa alguna aparente, acompañados de miedo o malestar intensos.

Los síntomas pueden incluir:

- Palpitaciones rápidas o violentas, con elevación de la frecuencia cardíaca
- Dolores en el pecho
- Vértigo, mareo, náusea
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Dificultad para respirar
- Sofocón, transpiración o escalofrío
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar en el tórax
- Náuseas o molestias abdominales
- Cosquilleo o entumecimiento en las manos
- Sensación de estar soñando o deformación de la percepción
- Terror, sentir que algo horrible va a pasar y que no puede uno evitarlo
- Miedo de perder el control y de hacer algo que le cause a uno vergüenza
- Miedo de morir

Por lo general, un ataque de pánico dura varios minutos y se considera una de las situaciones más penosas que pueda experimentar una persona. Casi todos los que sufren un ataque sufrirán otros más. Cuando una persona sufre continuos ataques o siente una fuerte ansiedad por miedo a tener otro ataque, se dice que sufre trastorno causado por pánico.

¿Qué sucede si no se atiende un trastorno causado por pánico?

El trastorno causado por pánico puede durar meses o años. Aunque por lo general comienza en la pubertad, en algunas personas los síntomas se presentan más tarde en su vida. Si no se atiende, puede empeorar al punto de que la vida de esa persona se afecte seriamente. De hecho, muchas personas han tenido problemas con sus amistades o con sus familiares o aún en sus trabajos debido al trastorno causado por pánico. Es posible que se presente cierta mejoría ocasionalmente, pero por lo general no desaparece a menos de que la persona reciba los tratamientos adecuados, diseñados para ayudar a quienes padecen trastornos causados por pánico.

¿Cuál es el tratamiento para el ataque de pánico?

Gracias a la investigación que se ha llevado a cabo en este campo frente al Trastorno de Angustia -Trastorno de Pánico o Ataque de Pánico-, existen varios tratamientos disponibles incluyendo diferentes medicamentos eficaces y distintas clases de psicoterapia. Frecuentemente, una combinación de psicoterapia y medicamentos da buen resultado en más o menos corto tiempo.

La psicoterapia que incorpora aspectos cognitivos conductuales e incluye hipnoterapia, hipnosis clínica cognitiva, estrategias ericksonianas, técnicas de relajación, terapia cognitiva y desensibilización sistemática, facilitan el desarrollo de nuevas formas de resolver las situaciones temidas.

Conductas violentas

Podríamos definir la *violencia* como la acción u omisión cometida por una persona que menoscaba la vida o la integridad física, o psicológica, o incluso la libertad de otra, causando un serio daño al desarrollo de su personalidad.

La violencia implica el uso de la fuerza -psicológica, física o económica- para producir daño. También es considerada una forma de abuso de poder. Implica un intento de eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio de la propia voluntad, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza. Para que exista la conducta violenta tiene que existir un desequilibrio de poder, que puede ser permanente o momentáneo.



La violencia que se da en muchos hogares y en la calle, repercute en la escuela

Para hablar de violencia es necesario referirnos al concepto de *conflicto*. El conflicto hace referencia a factores que se oponen entre sí. Es propio de las relaciones humanas, ya que surge en la interacción social como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella. De este modo, podemos decir que en toda relación humana existe el conflicto, ya que todos somos distintos y esto hace que las diferencias estén presentes. Pero decir que el conflicto es parte de la interacción entre las personas, no implica hablar de violencia; todo depende del modo en que éste se resuelva. Y en este punto radica la diferencia para hablar de conflicto o violencia.

Cuando el conflicto es resuelto mediante el ejercicio de poder y de la autoridad se convierte en violencia.

Tipos de violencia

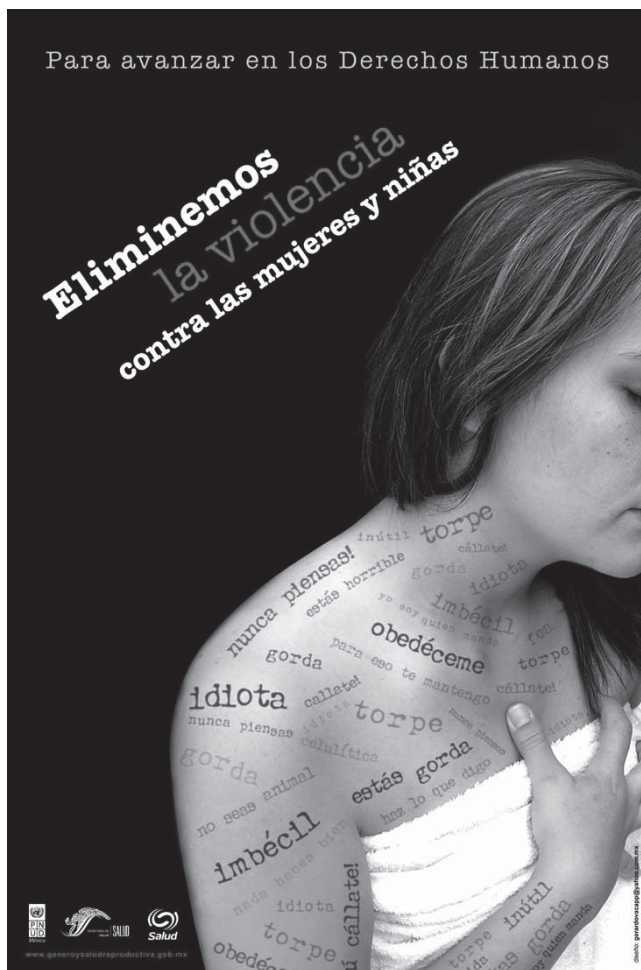
Violencia física

Se trata de la fuerza corporal ejercida contra alguien más débil que nosotros. Puede ser entre compañeros de clase, de hombre a mujer, de mujer a hombre, de anciano a niño, o viceversa. Este tipo de violencia se caracteriza por dañar cualquier parte del cuerpo de otro, sea a través del propio cuerpo o con objetos.

Violencia psicológica

Es un tipo de violencia que consiste en mensajes, gestos o actitudes que generan daño emocional a otra persona. Puede ser verbal o no verbal. La violencia psicológica verbal consiste en palabras de ridiculización, humillación o amenazas que una persona dirige a otra con el fin de agraviarlo. Cuando este tipo de violencia es ejercida por una persona que posee poder frente a otra que no lo posee produce un daño emocional o psicológico muy profundo. Es el caso de padres, maestros y jefes que utilizan su autoridad para menoscabar a otra persona.

La violencia no verbal es aquella que se manifiesta a través de actitudes corporales de agresión, gestos de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios con la intención de descalificar o discriminar a otra persona.



La violencia de género está muy difundida. Además de las agresiones físicas incluye las verbales, cuyos efectos son también muy dañinos.

Violencia sexual

La violencia sexual es la violencia que ejerce una persona contra otra con la cual establece un contacto erótico contra su voluntad. Este tipo de violencia daña física y emocionalmente. Puede consistir en actos de acoso, abuso, violación o incesto.

Ocurre en diversos ámbitos, entre ellos el propio hogar, el trabajo o la calle. Cuando acontece en la casa muchas veces permanece silenciada por la propia víctima, por la proximidad afectiva con el abusador (madre, padre, tío o cónyuge de uno de los padres). La persona abusada establece un vínculo con el abusador, siendo incapaz de denunciarlo por la presión psicológica que éste ejerce sobre ella; y en muchos casos no llega a percibir que es un vínculo «enfermo». Estas personas viven en estados de terror, no pudiendo desprenderse de las amenazas que se le infringen («Si lo contás, te mato»).

¿Dónde ocurren los hechos de violencia?

Otra forma de clasificar la violencia es teniendo en cuenta el ámbito en el cual se lleva a cabo: la familia, la escuela, el trabajo, etc. De este modo, se habla de violencia doméstica, escolar y laboral.

1- Violencia familiar

La *violencia familiar* puede manifestarse a través de maltrato de los padres hacia los hijos, entre los padres o hacia los ancianos.

Cuando hablamos de *maltrato infantil* nos referimos a distintos tipos de acciones que provocan un daño físico o psicológico por parte de los padres. Existen tres tipos:

- maltratos físicos,
- sexuales y
- abandono o abuso emocional.

Debemos tener en cuenta que este tipo de maltrato no es propio de ninguna clase social o grupo étnico, sino que se pone de manifiesto en familias que necesitan pedir ayuda profesional.

¿Qué desencadena la violencia familiar? ¿Por qué algunos padres maltratan a sus hijos? No podemos hablar de una causa específica, pero podemos establecer, según estudios psicológicos, que los padres que maltratan a sus hijos han vivido pasivamente situaciones de violencia en su medio familiar siendo niños. Estas vivencias, traumáticas para toda persona, al no haber sido cuestionadas, operan en el presente como patrones de relación familiar, no pudiendo ser revertidas. Aparecen como el único modo de relación entre los padres y los hijos, pues así han sido establecidos en su primera infancia. La ayuda psicológica permite a estos padres revertir sus conductas, y cambiar la situación.

El *maltrato sexual* puede ir desde la exhibición hasta la violación, dejando marcas muy graves en la persona abusada. En la mayoría de los casos los niños no comunican la situación de abuso sexual.

El *abuso emocional* generalmente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, como insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono.

2- Violencia escolar

Las acciones de *prevención e intervención tempranas* pueden reducir la violencia y otros comportamientos patológicos en las escuelas. Para ello es necesario reconocer las *señales de advertencia tempranas*, de modo que los alumnos puedan recibir ayuda profesional antes de que sea demasiado tarde. Esas señales, en la mayoría de los casos permiten prevenir el desarrollo de conductas más agravadas. Las mismas nos permiten actuar responsablemente proporcionando al alumno que las manifiesta una ayuda adecuada.

Se trata de comprender las causas que conducen a conductas violentas dentro de la comunidad escolar.

Debemos entender la violencia y la agresión en el contexto social en que se da. En la mayoría de los casos, estas conductas expresan situaciones vividas pasivamente por el menor en el medio familiar (padres golpeadores, niños en situaciones de abuso) y en otras son la expresión de una violencia social más amplia, vivida por todo el entorno familiar y transmitida al menor.

El docente estará atento a las señales de advertencia propias de cada etapa evolutiva del alumno. Será diferente la forma en que expresa su malestar un niño de primaria que uno de educación superior, agravándose su expresión con el paso del tiempo. En primaria la conducta violenta consistirá en romper un juguete o pegarle a un compañerito de grado; mientras que en la adolescencia ésta puede expresarse a través de actos delictivos.

En la mayoría de los casos estos comportamientos se dan a temprana edad y si no se otorga la ayuda necesaria, continuarán un patrón de desarrollo progresivo hacia la agresión severa.

Cuando es detectado precozmente y abordado profesionalmente, el potencial de violencia se reduce significativamente.

3- Violencia laboral

La *violencia laboral* es toda acción ejercida en el ámbito del trabajo que manifieste abuso de poder por parte del empleador, del personal jerárquico, de quien tenga la función de mando, de un tercero vinculado directa o indirectamente con él o de quien tenga influencias de cualquier tipo sobre la superioridad.

Esta acción es ejercida sobre el trabajador, atentando contra su dignidad, integridad física, psicológica o social, mediante amenazas, intimidación, maltrato, persecución, menosprecio, insultos, bromas sarcásticas reiteradas, discriminación negativa, desvalorización de la tarea realizada, imposición, inequidad salarial, y traslados compulsivos.

El maltrato psíquico y social se manifiesta a través de:

- Constante bloqueo de iniciativas de interacción, generando aislamiento en el trabajador;
- cambios de oficina o lugar de trabajo para separarlo de su grupo cercano;
- prohibirle hablar con compañeros;
- obligarle a realizar tareas denigrantes;
- juzgar de manera ofensiva su desempeño;
- asignarle tareas sin sentido con el fin de humillar;
- encargarle trabajos imposibles de cumplir u obstaculizar la tarea para que no pueda ser llevada a cabo;
- amenazarlo con despidos sin fundamento real.

Otra forma de violencia laboral es la *inequidad salarial*, es decir, hombres y mujeres con idéntica responsabilidad, en igualdad de condiciones, no reciben la misma remuneración ni el mismo trato. Especialmente, son las mujeres las más afectadas por la violencia laboral.

Existe todavía hoy, aunque en mucho menor grado, una *discriminación negativa* basada en el sexo, consolidada en pautas culturales de sumisión de la mujer al hombre. Estas pautas también se reproducen en el ámbito laboral.

La violencia laboral produce consecuencias físicas y psíquicas, alterando el rendimiento de las personas que la padecen. Este estado de vulnerabilidad e inseguridad se refleja en cuadros de ansiedad, irritabilidad, tensión, depresión, desgano, abulia, incapacidad para concentrarse, dolor de cabeza, fatiga crónica, además de enfermedades de origen psicosomático como alergias y trastornos gastrointestinales.

Es indudable que este estado de salud repercute en la productividad del trabajador, produciendo reducción de la calidad de su trabajo, ausentismo, abandono físico y estético, desvalorización, accidentes en el manejo de materiales o instrumental, entre otros.

Esta desmotivación laboral es llevada también al hogar y a la vida social. De esta manera, la persona se repliega cada vez más en el ámbito privado y se automargina de la participación activa, afectando por lo tanto a toda la comunidad.

Señales de problemas emocionales en la escuela:

- Retraimiento social.
- Conductas que manifiestan sentimientos excesivos de aislamiento y soledad.
- Conductas que manifiestan sentimientos excesivos de rechazo.
- Poco interés en la escuela y bajo rendimiento académico.
- Sentimientos de ser molestado o perseguido.
- Expresiones de violencia por escrito o en dibujos.
- Ira descontrolada.
- Patrones de comportamiento impulsivo y crónico de bromas pesadas, intimidación y maltrato.
- Historial de comportamiento violento y agresivo.
- Uso de drogas y alcohol.
- Conductas de violencia manifiesta.

Inhibición de la conducta y fobia social

Determinadas personas se ven limitadas por causas psíquicas. Su crianza, sus primeros aprendizajes hacen que su conducta funcione de este modo y se vea limitada de poder desarrollarse normalmente. En estos casos hablamos de «inhibición de la conducta». Son personas retraídas, que prefieren mantenerse aisladas en vez de relacionarse con otros. Se encuentran más seguras de esta forma y por ello evitan los contactos sociales.

Un síntoma de inhibición de la conducta puede transformarse en una fobia social.

Síntomas de fobia social

Algunos de los síntomas pueden manifestarse cuando la persona que padece de fobia social/ ansiedad social se expone a situaciones temidas o aún antes de exponerse a esa situación, a veces con solo imaginarse en esa circunstancia. La sintomatología en la fobia social incluye tanto aspectos físicos como cognitivos, es decir lo que hace referencia a las ideas y pensamientos.

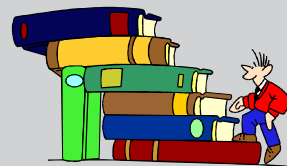
Síntomas físicos:

- Ruborización, rostro enrojecido
- Temblores de las manos, pies, piernas o la voz
- Sensaciones de acaloramiento o transpiración
- Hiperhidrosis
- Sudor corporal, especialmente en las manos
- Sensaciones de pánico
- Tensión muscular
- Dificultades en la respiración, sensación de falta de aire
- Sequedad de boca
- Sensaciones de urgencia miccional
- Dificultades en la concentración
- Dolor u opresión en el pecho
- Palpitaciones
- Cefaleas
- Molestias
- gastrointestinales
- Escalofríos
- Sensación de fatiga
- Insomnio
- Mareos



La tendencia al aislamiento es una señal de alarma a la que debe prestarse atención

LECTURA



«Ocultos tras su nickname»

El adolescente de hoy «puede elegir quién quiere ser: armarse una identidad a su gusto; hasta su aspecto físico puede ser creado por su imaginación. Tampoco es necesario encontrarse personalmente, se puede usar la computadora o el celular que cada vez tiene más elementos».

Tecnología y adolescencia: Características de la adolescencia actual

(Diario Pagina 12, 20 de noviembre de 2008)

Por Virginia Ungar *

No podemos dejar de tener presente que una de las formas más graves de enfermedad mental, la esquizofrenia, hace su aparición en la adolescencia. También es cierto que uno de los cuadros más frecuentes en nuestra consulta actual, la anorexia, es prevalente entre la pubertad y la adolescencia. El tránsito de la pubertad a la adolescencia y de allí a la llamada vida adulta implica complejísimo procesos que crean una exigencia de «trabajo psíquico» a una mente que se encuentra en cierto modo en una situación caótica: en la pubertad se produce el derrumbe de la estructura latente, sostenida por un severo y obsesivo splitting del self y de los objetos. Lo pulsional irrumpe desde un cuerpo que se convierte en una suerte de «extraño» que va a determinar una compleja tarea de integración a tramitar. La pubertad contiene un protagonismo de lo corporal del que no sólo somos testigos como padres en casa o como analistas en el consultorio: lo ven con mucho mejor ojo comercial los especialistas en marketing, perfectos conocedores de que el target del consumo es la gente joven, entronizada en nuestros tiempos por los ideales de una eterna juventud, como se puede apreciar al simplemente observar las pautas publicitarias.

Si bien el proceso adolescente tiene ciertas invariantes, la producción de diferentes subjetividades va a cambiar de acuerdo con los diferentes medios sociales en los que un individuo realice su proceso de desarrollo.

Donald Meltzer (Adolescentes, ed. Spatia) piensa la adolescencia como un estado mental. Propone que en la pubertad reaparecen las confusiones propias de la etapa preedípica (bueno-malo, femenino-masculino, niño-adulto) y también la confusión de las zonas erógenas. Esta situación se agrava con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que hacen que el/la joven se pregunten: ¿de quién es este cuerpo?

Otra idea de Meltzer, que considero central, es la de la importancia del grupo de pares en el desarrollo del adolescente. Con esto no habla solamente del proceso de socialización, del tránsito necesario de la endogamia a la exogamia, tarea del desarrollo adolescente, sino que el grupo sirve fundamentalmente para contener las confusiones creadas por el uso de identificaciones proyectivas en las que se ponen en juego partes del self con un grado de fuerza y violencia tal, que llevan inevitablemente a la acción, tan característico en la conducta de los jóvenes. El grupo, que en la pubertad es «homosexual» descriptivamente, contiene las confusiones y ansiedades paranoides, y tiene como preocupación central la confrontación con los grupos del otro sexo. Luego, en un desarrollo satisfactorio, se pasaría al grupo adolescente heterosexual, de características más depresivas, en el que se van a formar las parejas a partir de los «traidores» del grupo púber. La idea central es que el grupo púber-adolescente crea un espacio en el que se puedan experimentar las relaciones humanas, concretamente en el mundo externo, y sin la presencia de adultos.

Según la propuesta de Meltzer, el adolescente se mueve en el proceso de desarrollo de su estructura interna en tres mundos: el de los adultos, el de los niños en el ámbito de la familia, y en el de sus pares.

La llamada transición adolescente implica justamente el pasaje del mundo del niño en la familia hacia el mundo de los pares y de allí al mundo adulto.

Al entrar en la adolescencia se produce un choque en el encuentro con un mundo que no sigue las pautas que reglaban las instituciones que regulaban la infancia del que ahora es un joven.

Las instituciones han sufrido cambios acelerados. En este sentido, muchas de las consultas que recibimos tienen que ver con jóvenes que provienen de nuevas configuraciones familiares. Pero pienso que la vital importancia del grupo de pares permanece vigente. Hasta no hace mucho, el grupo tenía sus raíces en el colegio, el club o el barrio. Estas formas de agrupamiento todavía siguen teniendo cierta vigencia. Pero el tiempo actual determina nuevas formas de asociación entre las personas y nuevas formas de identidad grupal. Pueden darse de diversas formas, los grupos que ya conocemos, por ejemplo alrededor del deporte, pero también otros, que se pueden nuclear alrededor de determinados gustos en la música, clubes de fans, hasta reunirse para defender causas como la lucha contra la contaminación ambiental. También podemos observar otros agrupamientos menos comunes que pueden tomar la forma de adorar dioses paganos inspirados en oscuros poetas ingleses del siglo XVIII, o también jóvenes que forman parte de grupos ultrarreligiosos.

Lo más vivo del momento actual parecen ser las llamadas subculturas, formadas por grupos de individuos que tienen afinidades y se reúnen para intercambiar información sobre juegos de roles, tipos de música (dance, electrónica, rap, alternativos, cumbia), hasta el grupo llamado de los «emos», en Buenos Aires. Su nombre proviene de la abreviatura del término *emotional* en inglés, son delgados, llevan el pelo negro y con un largo flequillo que les oculta la mitad de la cara. Esto lo explican ellos mismos diciendo que, así como una parte de la sociedad les da vergüenza, tampoco quieren que esa gente los vea. Se dicen «sensibles», algunos de ellos llegan a prácticas de cortarse la piel, y a veces, muestran secuencias en YouTube.

Los medios se imponen de manera directa al joven y ocupan un gran espacio del terreno en que se desarrollan los vínculos, que en otra época lo habitaban la familia, la escuela o el club. El adolescente de hoy atraviesa ese mundo mediático a través de la llamada realidad virtual. El intercambio grupal no tiene por qué ser necesariamente en el patio de la escuela durante el recreo, ni en el club, ni en la vereda del barrio. Puede ser en el ciberespacio, a través del email, el chat, los juegos en red, los foros. Ahí el/la joven puede ser quien más quiere ser. También puede hacer lo que en el mundo real no le es permitido: puede elegir quién quiere ser; tiene la posibilidad de armarse una identidad a su gusto, nombre y apellido ocultos tras su nickname, hasta su aspecto físico puede ser creado por su imaginación. Tampoco es necesario encontrarse personalmente, se puede usar la computadora o el celular que cada vez tiene más elementos.

Existe una serie de juegos, uno es SIMS, otro Second Life, de gran éxito, en los que se pueden pasar horas «creando» la vida de un personaje, en el caso del último, llamado avatar, al que se le pone nombre y se lo «cría» como en el SIMS, desde que nace hasta que muere, se lo sigue en sus estudios de grado, posgrado, romances, casamientos, nacimiento de hijos, divorcios. Una paciente de trece años me decía que pasa tantas horas jugando con el SIMS que ya le tiene tomada la mano. Mientras su personaje hace la carrera universitaria, ella se pone a hacer una tarea porque eso lleva más de una hora y media. En cambio su hermana mayor «es una tonta, no tiene paciencia y nunca va a acceder a un segundo nivel, porque se apura, se pudre y manda todo al diablo. Hay que tener paciencia, por ejemplo cuando tiene hijos, para los nueve meses hay que esperar unas horas, si te apurás puede perder el bebé».

Hoy los adolescentes interactúan de manera bien diferente a los típicos grupos, barras, pandillas de barrio, club, agrupación política o religiosa. Nos hacen relatos de los chats, juegos en red, fotologs, blogs, videologs, graffitis, stencils y otras maneras de encuentros que, paradójicamente, tienen cierto componente de anonimato: pueden no llegar a conocerse en persona nunca.

En los fotologs, el elemento principal es la foto, que junto con la fecha, no puede estar ausente. También están los comentarios del autor y los comentarios que postean los amigos. Cuando éste es el elemento más importante y se suman enlaces a fotologs de amigos, estamos ante un fotolog para armar comunidades. Podemos comprender la importancia de la imagen en los jóvenes, quienes están

tramitando la angustia por la pérdida de la representación de sí mismo y de su cuerpo infantil en un cambio acelerado que el mundo interno no alcanza a absorber, y necesita ser mirado y reafirmado por los otros –sus pares– que, como espejos parlantes, con sus mensajes le devuelvan algo, algo que puede ser confuso e infantil, pero que trae cierta calma a la angustia ligada al vacío de existencia.

El blog se puede definir como un sitio web personal en el que se escribe periódicamente, como un diario online sobre distintos temas que le interesan al propietario. Cada escrito está ordenado cronológicamente y recibe comentarios; además el sitio tiene enlaces con otros. Como los fotologs o el chat, el blog es un espacio abierto, compartido por millones de personas. Podría ser heredero del diario íntimo, aquel que me regalaron a mis doce años y que recibí con emoción porque tenía un candado y era una gran responsabilidad no perder las llaves. Ahora no hay espacio de privacidad, no hay intimidad. El blog usado como diario permite el acceso a cualquiera. El que escribe ya no lo hace en soledad y quizá tiene la ventaja de recibir comentarios que pueden servirle y acompañarlo, y se pueden establecer diálogos múltiples, aun interculturales.

Esta es la consecuencia del viraje que ha producido la tecnología. Somos vistos, estamos expuestos, tendremos que repensar el sentido y el significado de la privacidad y la intimidad. En el mundo adolescente, los intercambios sexuales con mucha frecuencia se dan en público, por ejemplo en las discos.

Desde otro punto de vista, los blogs que se centran en la información o en el intercambio de ideas políticas han traído ciertas ventajas. Permiten que la información comience a descentralizarse de las grandes ciudades, y emergen así como modo de resistencia ante la figura de, por ejemplo, Buenos Aires, como lugar que lo concentra todo, incluida la información. Al convertirse un proceso global permite conocer al instante lo que ocurre en un pueblo, un barrio o hasta lo que le ocurre una persona respecto de determinada situación.

Frente a todos estos cambios, no deberíamos ubicarnos en una posición normativa condenatoria de los modelos de la época; es preferible hacer un esfuerzo para observar e intentar un trabajo de reflexión sobre lo que ocurre. Así, pienso que los vínculos online podrían pensarse como una suerte de espacio transicional que prepara para la salida al mundo real.

** Chair del Comité de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes de la International Psychoanalytical Association. Texto extractado de un trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Chile / Fepal, septiembre de 2008.*

ACTIVIDAD

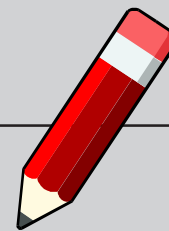


■ Lean atentamente el artículo y extraigan el tema central.

■ Expliquen con sus propias palabras el significado de la siguiente afirmación:

«El adolescente de hoy puede elegir quién quiere ser, armarse una identidad a su gusto; hasta su aspecto físico puede ser creado por su imaginación».

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

1- ¿Por qué muchas veces las personas tienden a ubicar en el cuerpo la causa de síntomas de origen psíquico?

2- Completen el siguiente cuadro sinóptico, detallando las principales características de la neurosis, la psicosis y la perversión.

CATEGORÍAS NOSOGRÁFICAS CARACTERÍSTICAS	NEUROSIS	PSICOSIS	PERVERSIÓN

3- Investiguen en Internet la forma de trabajo de un psicoanalista. Realicen un informe escrito describiendo su modalidad. Investiguen qué centros de atención psicoanalítica existen en la Ciudad de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense.

4- ¿Qué síntomas son indicadores de salud mental en la adolescencia?

5- ¿Qué síntomas son frecuentes en los adolescentes? Realicen un cuadro sinóptico indicando sus principales características.

6- Definan con sus palabras qué es la inhibición de la conducta.

7- Lean atentamente el artículo («Ocultos tras su nickname»), que habla sobre esta problemática en la adolescencia, y describan los puntos de interés. Compartan con sus compañeros el análisis de este artículo e intenten redactar por escrito una opinión que deje establecido su punto de vista acerca de lo leído. Pueden estar de acuerdo o no, lo importante es que analicen lo que el artículo dice y den su opinión.

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

UNA MENTE BRILLANTE

Director: Ron Howard

Sinopsis

Un matemático padece de esquizofrenia, pero con la gran ayuda de su esposa puede superar la enfermedad y lograr ganar el Premio Nobel.

John Forbes Nash junior, un genio de los números que realizó en los primeros años de su carrera un sorprendente descubrimiento (una teoría sobre la competencia que se estudia en Economía como la teoría del equilibrio de Nash), cayó luego en un oscuro y largo período de esquizofrenia para resurgir de su locura muchos años más tarde y lograr reconocimiento internacional, incluyendo el Premio Nobel.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Luego de proyectar el film, sinteticen grupalmente su contenido.
2. En su opinión ¿cuál es el mensaje?
3. Piensen qué diferencia existe entre la esquizofrenia y otras estructuras psíquicas (como neurosis o perversión). Busquen información sobre este tema que les permita entender más.
4. Si tuvieras un compañero esquizofrénico, ¿de qué modo actuarías?
5. ¿Consideras que las personas esquizofrénicas pueden desarrollar su vida como las demás? ¿Por qué?

John Forbes Nash, Jr. fue un personaje real en el cual se inspiró la película.
Podés investigar en la Web la historia de este personaje:
www.portalplanetasedna.com.ar/una_mente.htm

CAPÍTULO V

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

'REARMANDO UN NUEVO CUERPO'

Con la irrupción de la pubertad comienza a configurarse un nuevo cuerpo.

Deberán pasar muchos años para que este cuerpo -que ha alcanzado la madurez sexual- pueda hacerse propio. Muchos llaman a este momento 'muerte de la infancia': es como si debiera reconstruirse -internamente- un nuevo cuerpo y una nueva identidad.

Se trata de una etapa en que el joven aún planea sus metas con fines inmediatos (como en la niñez) y carece de la independencia necesaria para conducir su vida con autonomía. Todavía depende de sus padres y sus manifestaciones de rebeldía son un indicador de esta dependencia. Estas características, propias de la etapa adolescente, indican que el joven todavía no está apto para la maternidad o la paternidad.

Deberá desprenderse definitivamente de la autoridad de sus padres para poder ejercerla responsablemente.



Con la adolescencia llegan las inquietudes sexuales y la maduración biológica para procrear

CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

En las chicas

En la pubertad, alrededor de los 10 o 12 años, el cuerpo de las chicas empieza a cambiar.

- Aparece la menstruación.
- El pecho se hace prominente, los muslos se redondean.
- Se estrecha la cintura, las caderas se ensanchan.
- Crece vello alrededor de la vulva y en las axilas.
- Aumenta la transpiración.
- Se alargan las extremidades.
- Aumenta el apetito, la estatura y el peso corporal.
- La piel se torna más grasa, sobre todo en la cara.
- Los huesos de la cara se agrandan, perdiendo su aspecto infantil.
- Se produce la maduración folicular (los óvulos alojados en los ovarios inician su maduración).
- El útero comienza a desarrollarse.
- La vulva y el clítoris se vuelven más sensibles.



En los chicos

El cuerpo masculino tarda un poco más en iniciar su transformación, que sucede entre los once y catorce años, aunque como en las chicas depende también de otros factores, (individuales, sociales, etc). Cualquier variación en este sentido es completamente normal.

- Los hombros y el pecho se ensanchan.
- Los músculos en general se desarrollan, perdiendo las formas redondeadas de la niñez.
- Crece vello alrededor del pene, en brazos, piernas, pecho y axilas.
- Se alargan las extremidades.
- Aumenta el apetito, la estatura y el peso corporal.
- La piel se hace más grasa, sobre todo en la cara.
- La cara se agranda y se hace más angulosa.
- Aparece el vello facial.
- La laringe se alarga y aparece la 'nuez de Adán'. Cambia la voz, que se hace más grave.
- Los testículos se agrandan y ganan sensibilidad. Asimismo el pene se agranda y alarga.

Tanto en los chicos como en las chicas, estos cambios aparecen en unos velozmente y en otros con más lentitud.

Con el cambio físico se deberá realizar uno de los duelos principales de la adolescencia: el duelo por el cuerpo infantil. Los jóvenes, habituados al cuerpo de la infancia deberán adaptarse a su nueva imagen e iniciar el duelo por la pérdida de la identidad infantil. Es necesario «rearmar un nuevo cuerpo».

En la pubertad, los cuerpos de chicos y chicas se transforman rápidamente

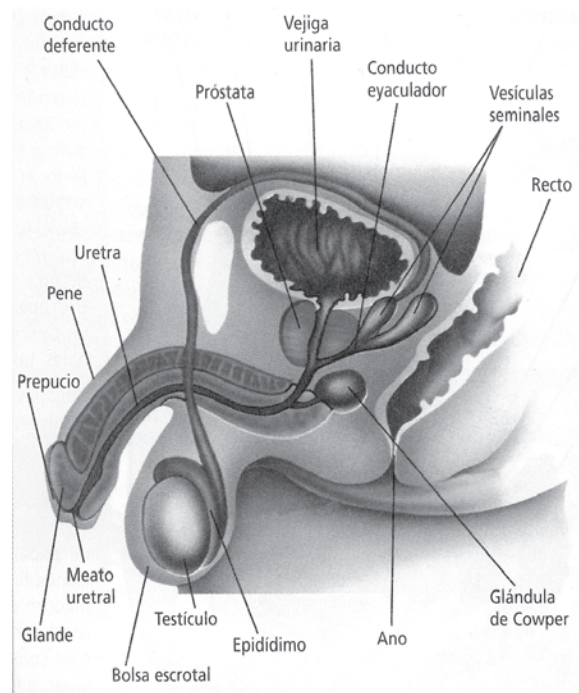
EL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

Se trata de un conjunto de órganos y estructuras que intervienen en el proceso de formación de los espermatozoides, su conducción y su introducción en el aparato reproductor de la mujer.

Los órganos y estructuras de este sistema que se encuentran externamente en el cuerpo del hombre son:

- El pene
- El escroto (los testículos están contenidos en el saco escrotal).

El pene es el órgano de la copulación. Está situado inmediatamente encima del escroto. Su función es la de depositar el semen en el interior del aparato reproductor femenino. En su interior está formado por dos cuerpos cavernosos (situados en su parte superior), que producen la erección, y un cuerpo esponjoso, (situado en su parte inferior), que protege el último segmento de la uretra. El último tramo del pene presenta un ensanchamiento que se denomina glándula, allí está situado el orificio externo de la uretra o meato urinario. El glande está recubierto por una membrana delgada de piel llamada prepucio. Algunos hombres no tienen prepucio porque les fue quitado mediante una sencilla operación llamada circuncisión, la cual generalmente se realiza al poco tiempo de haber nacido.



Esquema del aparato reproductor masculino

El escroto es una especie de saco que contiene y protege a los testículos. Los testículos son equivalentes a los ovarios de la mujer, ya que ellos producen las células sexuales y las hormonas que provocarán los cambios en el varón. Son dos glándulas de forma ovoide. Miden unos 4 cm. de longitud. En su interior se encuentran muchísimos tubos pequeños y muy finos llamados tubos seminíferos, donde se forman las células sexuales masculinas (llamadas espermatozoides), que se producen continuamente a partir de la pubertad.

Los órganos y estructuras internas, es decir que se encuentran en el interior del cuerpo del hombre, son:

- Los testículos
- El epidídimo
- Los conductos deferentes
- Las vesículas o conductos seminales
- Las glándulas de Cowper o bulbos uretrales
- La próstata
- La uretra masculina

El epidídimo es un conducto alargado y estrecho. Mide unos 5 cm. de largo. Está situado en el borde posterior de los testículos y los conecta con el conducto deferente correspondiente.

Los conductos deferentes se encuentran cerca de la vejiga. Estos son órganos que cumplen la función de almacenar los espermatozoides y conducirlos al exterior.

Las vesículas o conductos seminales son dos receptáculos membranosos que tienen forma de pera y se encuentran situados entre la vejiga y el recto. Su extremo se une al conducto deferente correspondiente para formar el conducto eyaculador. Segregan una sustancia que junto con los espermatozoides constituye el esperma o semen.

Las glándulas de Cowper o bulbos uretrales son dos pequeñas estructuras, una derecha y otra izquierda, del tamaño de un poroto. Están ubicadas por debajo de la glándula prostática y a cada lado de la uretra. Cada glándula de Cowper da origen a un conducto de unos 2.5 cm. de largo que termina en la pared de la uretra. Estas glándulas segregan un líquido que forma parte del esperma o semen.

La próstata está situada inmediatamente debajo del orificio uretral interno. Tiene la forma y el tamaño de una castaña. Su función es la de segregar líquido prostático, que ayuda a mantener la movilidad de los espermatozoides.

La uretra masculina es un conducto común para el esperma y la orina, que atraviesa el pene en toda su longitud. Se encarga de transportar los espermatozoides desde los conductos deferentes hasta el pene. Su medida varía entre 17.5 y 20 cm. La mayor parte de la uretra se halla dentro de la pelvis. Está recubierta por mucosa y provista de numerosas fibras musculares.

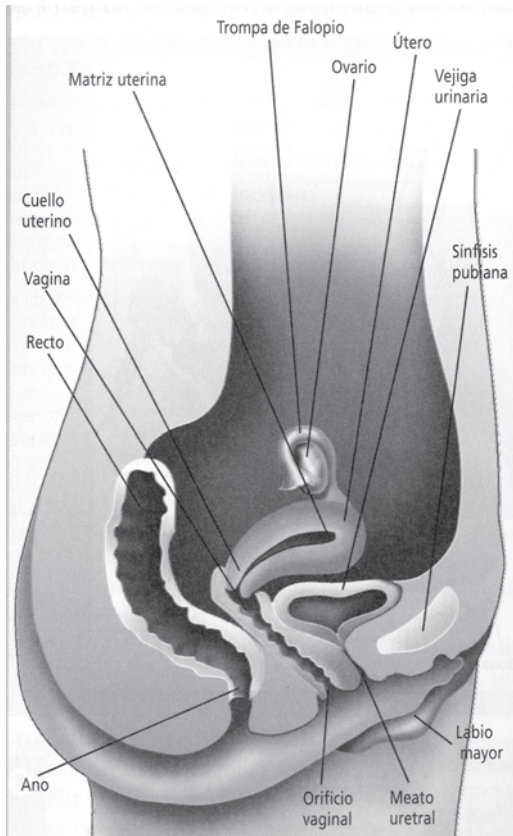
El sistema reproductor masculino está organizado para producir esperma y transportarlo a la vagina de la mujer. En el

transcurso de las relaciones sexuales el pene erecto es introducido por el hombre en la vagina. Una vez producida la eyaculación, el esperma podrá dirigirse hacia el óvulo y entrar en contacto con él. En este proceso puede tener lugar la unión entre un óvulo y un espermatozoide. Al igual que en la mujer, la glándula hipófisis y las hormonas que ésta segrega, son responsables de la maduración y desarrollo de los órganos que forman el aparato reproductor masculino.



En el cuerpo de los varoncitos también se producen grandes cambios

EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



Esquema del aparato reproductor femenino

Los órganos genitales externos de la mujer constituyen la vulva. En la parte frontal se encuentra el monte de Venus, así se denomina a la zona que se recubre de vello en el momento de la pubertad. Forman parte de la vulva, además, los labios mayores y los labios menores, el clítoris, el meato urinario (en el que desemboca la uretra), y el himen. Los labios mayores consisten en dos repliegues gruesos de piel y de mucosa, que también se cubren de vello en su parte externa. Bajo los labios mayores se encuentran dos repliegues finos y delgados de la piel: los labios menores. Por debajo de ellos se encuentra el clítoris, un pequeño órgano eréctil (es decir, que puede cambiar de volumen) muy sensible al tacto.

Veamos ahora qué es el meato urinario: se trata del orificio de la uretra, aquel por el que se evacua la orina al exterior. Este orificio se encuentra dos o tres centímetros por debajo del clítoris. En cuanto al himen, se trata de una fina membrana que está situada detrás del meato. Generalmente es flexible y perforada por un pequeño orificio. Esta membrana cierra parcialmente la entrada de la vagina y generalmente se rompe en el momento de la primera relación sexual. Esto no siempre es así, ya que al ser una membrana tan delgada, puede desgarrarse por sí sola más tempranamente por la práctica de algún ejercicio o a causa de algún golpe accidental.

Con respecto a los órganos genitales internos de la mujer, los más importantes son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina, que comunican los órganos internos con el exterior. La vagina es un canal muscular, que mide aproximadamente unos ocho centímetros y que puede agrandarse y dilatarse mucho. En su extremo exterior está la vulva, y hacia el extremo interior se encuentra el cuello redondeado del útero, que, un poco a modo de un tapón, la cierra en la parte superior.

Las dos trompas de Falopio, cada una de alrededor de 10 cm de largo, conectan el útero con los ovarios. Son dos canales del grosor de un lápiz. Las trompas, en su tramo final, terminan en un ensanchamiento en forma de embudo: ese es el pabellón que recibe los óvulos y los manda hacia el útero. Los ovarios son dos y tienen más o menos la forma y tamaño de una nuez. Están ubicados en el interior del abdomen, uno a cada lado del útero. Contienen unos 400.000 óvulos, que existen ya en el momento de nacer, y de los que solamente 400 ó 500 cumplen a lo largo de la vida el ciclo de maduración.

El útero es un órgano hueco de paredes musculares, que tiene forma de pera achatada. Su misión principal es la de alojar el huevo fecundado durante su desarrollo. Está situado entre la vejiga (por delante) y el recto (por detrás), inmediatamente por encima de la vejiga. El sistema reproductor de la mujer está organizado para alojar y nutrir en el útero al bebé en crecimiento durante nueve meses.

El óvulo y la ovulación

El óvulo es una célula redondeada, tan chiquita como la cabeza de un alfiler. Se desarrolla en el ovario adentro de un folículo (una cavidad rellena de líquido). Este folículo crece y va segregando una hormona. Cuando el folículo llega al tamaño aproximado de un poroto, se rompe y libera un óvulo que podrá ser fecundado por un espermatozoide. Este proceso se llama ovulación y generalmente se produce una vez al mes.

Cuando el óvulo sale del folículo, se introduce en la trompa de Falopio hacia un posible encuentro con un espermatozoide. Si se produce ese encuentro, la fecundación tendrá lugar allí mismo, en la trompa de Falopio. En ese caso, es decir, si el óvulo es fecundado, se implantará en el útero que ya está preparado para recibirlo y darle así continuidad al embarazo. Allí se desarrollará transformándose en un feto. Esta es una de las posibilidades que puede suceder cada mes.

La otra posibilidad es que el óvulo no sea fecundado por un espermatozoide. En este último caso, pasarán unas dos semanas; después desaparecerá el óvulo provocando la eliminación de sangre que llamamos menstruación, período o regla (aunque esta última denominación ya no se usa mucho).

Este proceso se repite naturalmente cada mes. De esta manera, el cuerpo de la mujer se prepara para un posible embarazo y si esto no se produce, ocurre la menstruación.



Con la llegada de la pubertad,
a los cambios físicos
se suman los psicológicos

LOS RIESGOS DE LA SEXUALIDAD

Todas las investigaciones, aquí y en el resto del mundo, indican que las personas, en su casi totalidad, tienen al menos una idea de cómo protegerse del VIH. Sin embargo, sólo el 50 o el 60% lo hace efectivamente, en tanto que el resto incurre con mayor o menor frecuencia en *conductas de riesgo*.

Por lo tanto, es de fundamental importancia pensar que en todo proceso de enseñanza-aprendizaje se debe poner el acento no sólo en los contenidos, sino también, y muy especialmente, en los sentimientos y emociones que se pongan en juego en ese proceso y los comportamientos que estas emociones induzcan. Es necesario trabajar con estos sentimientos tal como aparecen en cada una de las conductas.

Los escenarios de la sexualidad

Los escenarios de la sexualidad son múltiples y variados. Esa variedad es resultado de la complejidad de factores personales y sociales que iremos mencionando y también de la idiosincracia propia de cada individuo, además de las circunstancias y oportunidades que la vida nos presenta o no nos presenta.



Los jóvenes deben evitar las conductas riesgosas para su salud

Imaginemos los múltiples escenarios posibles de la iniciación sexual.

1) Consideremos, por ejemplo, la situación de una pareja adolescente, ambos educados en la prohibición y el silencio con respecto a la sexualidad. Luego de un corto noviazgo en el que han ido escalando en intensidad erótica durante sus encuentros, tal vez con una actitud demandante de él y una respuesta esquiva de ella, en cierta oportunidad en que se encuentran solos, tal vez con apenas una relativa y fugaz situación de privacidad, sin haberlo planeado y sin haber dialogado al respecto, se encuentran teniendo una relación sexual en medio de fuertes sentimientos contradictorios de deseo, miedo y culpa, con escasa claridad como para pensar en protegerse de los riesgos que la relación sexual puede implicar.

2) Pensemos también en uno de los posibles escenarios dentro de los cuales se da la sexualidad en una pareja convivente. Por ejemplo una pareja de larga data, cuya sexualidad es vivida como un hecho rutinario, sin diálogo, sin exploración de nuevas alternativas, con insatisfacción de uno o de ambos, quizás como una obligación (los «deberes conyugales»).

3) Imaginemos, por último, abuso sexual infantil intrafamiliar (que es con mucho la forma más frecuente de abuso sexual). En ellos un adulto ha sometido a su voluntad el pensamiento y los afectos de un niño o niña (frecuentemente su hijo o hija) y muchas veces ha dominado a toda la familia. En el marco de esa relación de sumisión (o de «influencia», como la denomina Perrone) ocurren encuentros sexuales con grados variables de intensidad erótica, desde el voyerismo o el exhibicionismo hasta la violación en cualquiera de sus formas, con la inacción y aun la complicidad de una familia confundida, asustada, impotente, en un marco de dominación y aislamiento social.

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

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

Sin embargo, tampoco podemos decir que todos los escenarios de la sexualidad son lo mismo. De hecho, el modo de vivir la sexualidad puede ser ocasión de alegría, placer y sentimientos de autorrealización, pero también puede ser causa de dolor, sufrimiento y tener costos sanitarios y sociales muy graves. Entonces, pensando que educar para la sexualidad es educar para que las personas puedan elegir con libertad y responsabilidad los escenarios que les permitan realizar su proyecto de vida con placer, bienestar, libertad y responsabilidad, debemos pensar qué herramientas utilizar para un análisis crítico de los escenarios de la sexualidad. Pero, como expresábamos más arriba, debemos hacerlo cuidándonos mucho de caer en dogmatismo, en la descalificación del otro o tratar de imponer nuestras preferencias, prejuicios o creencias.

Un análisis crítico de la sexualidad

Podemos imaginar los escenarios de la sexualidad en toda su complejidad y variedad, atravesados por dos ejes:

El primer eje, el de la ética y los Derechos Humanos.

El segundo eje, el de las emociones, los sentimientos y los estados de ánimo que las personas experimentan o no experimentan, qué desearían sentir o no desearían sentir en la vivencia de su sexualidad.



Las personas tienen derecho a disfrutar de la vida en forma responsable

Primer eje: los derechos humanos y la sexualidad

Los Derechos Humanos permiten la convivencia civilizada entre las personas. Pensar en los Derechos Humanos con relación a la sexualidad significa un intento de establecer distinciones. Significa preguntarse frente a las situaciones que se les plantean a las personas ¿de qué modo están siendo salvaguardados y promovidos los derechos de los individuos y conjuntos sociales en este o en aquel caso?, ¿de qué modo están siendo desprotegidos o avasallados?

Las personas tienen derecho a la vida, a la libertad, a la honra, a vivir según sus creencias y convicciones, a la salud, a la información y a disfrutar de su sexualidad con plenitud y seguridad según sus preferencias.

Violación de los derechos humanos en el ejercicio de la sexualidad

Los Derechos Humanos son violados en los escenarios de la sexualidad de distintas maneras:

1. Cuando hay abuso sexual en cualquiera de sus formas: esto es, cuando se viola el privilegio de las personas a elegir, a decir que no, o cuando se abusa de un niño o niña y se violan sus especiales derechos infantiles.

2. También se violan derechos cuando se le oculta a las personas información sobre su sexualidad, sobre sus posibilidades, sobre los riesgos a que se expone y cómo evitarlos.

3. Se violan derechos cuando se discrimina a las personas por sus preferencias sexuales y cuando se intenta imponer a todas las personas un único modo de vivir su sexualidad.

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



Construyendo escenarios para una sexualidad saludable

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

Para la vigencia efectiva de un derecho, es necesario que se cumplan ciertas condiciones.

1. En primer lugar es necesario saber que tengo un derecho. Sin información y concientización de los derechos, mal pueden las personas ejercerlos.

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

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

Si alguno de estos tres falla, se hace muy difícil, cuando no imposible, la plena vigencia de los derechos de las personas.

Los adolescente deben recibir información sobre la sexualidad, sus riesgos y cómo prevenirlos

Segundo eje: las emociones, los sentimientos y los estados de ánimo

En cuanto a las emociones, podemos decir que son el resultado de aprendizajes que tienen lugar en el entorno familiar, fundamentalmente durante los primeros años de vida. La dificultad para vivir con plenitud la sexualidad se relaciona principalmente con sentimientos de miedo, culpa y vergüenza vinculados a lo sexual. Estos sentimientos suelen ser resultado de un entorno familiar y social donde la sexualidad es vista como algo peligroso, malo, impúdico o pecaminoso, lo cual hace que se aborde el tema a través de conceptos negativos: la enfermedad, la exclusión social, el abandono o el castigo, como consecuencias inevitables de lo que hasta no hace mucho todavía se denominaba «bajas pasiones».



Es importante generar desde la infancia un vínculo natural con la sexualidad

Otras veces, estos contextos culturales se manifiestan no a través de la censura, sino mediante el silencio y la negación del tema, el ocultamiento de información, la no expresión de afecto físico, el rechazo del cuerpo. El resultado es que muchas personas han aprendido a asociar lo sexual con algo malo, algo que tiene para las personas significados casi opuestos según el género: los hombres lo tienen permitido (a veces, es obligado), en tanto que las mujeres deben ser recatadas y exclusivas, generando actitudes del tipo predador-presa. En estos casos, resulta muy difícil luego, aún en el matrimonio o la pareja estable, vivir el sexo con libertad y alegría, y brindar a los hijos una educación adecuada.

Sin embargo, existe la posibilidad de ayudar a reemplazar la culpa por la responsabilidad, la vergüenza por la discreción y la intimidad, el miedo por la convicción, de modo que todos puedan decidir libremente el vivir según la moral que elijan y en que hayan sido criados, pero viendo el sexo como un campo de crecimiento, desarrollo, placer y realización personal, en el marco de un proyecto de vida. Para ello, se deberá tener un vínculo natural y cotidiano con la sexualidad, contando con espacios de diálogo en la casa y en la escuela, donde la información produzca libertad y responsabilidad.

Los riesgos de la sexualidad adolescente

La adolescencia resulta mucho más compleja en algunos contextos sociales. Es así que el ser adolescente tomará una dimensión diferencial si se trata de alguien que habita un país en crisis o no; si pertenece a la clase media, baja o alta; si es mujer o varón; indígena, negro o blanco; o si su opción sexual está socialmente aceptada o no, etcétera.

La existencia de múltiples juventudes o adolescencias mostraría la multiplicidad de realidades que abarcan a una misma etapa, la que no puede ser definida sólo por la dimensión etárea.

De este modo, la aparición de conductas riesgosas para la salud estarán presentes en aquellos jóvenes que no cuenten con el apoyo familiar y social necesarios para sobrellevar las sucesivas crisis propias de esta etapa. Ante esta carencia, muchas veces aparecen las conductas de riesgo, las adicciones u otras formas de manifestar que algo no funciona.

La salud mental está en relación con la capacidad que tenemos todas las personas de cuidarnos, evitando aquello que pueda dañarnos. Si bien el medio familiar y social está sumamente implicado con esta capacidad, también es responsabilidad nuestra tomar conciencia de aquello que puede llevarnos a enfermar, evitando a partir de la toma de conciencia las conductas perjudiciales.

Probablemente, serán aquellos adolescentes más seguros de sí, quienes puedan atravesar la adolescencia corriendo menos riesgos. Aquellos que hayan contado con el apoyo afectivo durante los primeros años de vida, experimentarán menos manifestaciones de rebeldía. Por el contrario, quienes han carecido de la contención y el afecto necesarios pondrán de manifiesto conductas riesgosas, en este camino de búsqueda y construcción de la propia identidad que implica el pasaje de la infancia a la adultez.



El apoyo familiar y social ayuda al adolescente a sobrellevar las crisis propias de su edad

LECTURA



Cuidados y riesgos en la sexualidad adolescente

Hace algunos meses, la noticia sacudía a más de un adulto: los informes de diarios y noticieros relataban el despertar sexual cada vez más temprano de los adolescentes y las prácticas «de moda» entre las chicas, que mantenían sexo oral a cambio de golosinas, tragos o entradas a boliches. La posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual no parecía ser una preocupación.

«Ya debutaron sexualmente siete de cada diez alumnos de la secundaria. El 22% admitió que no se cuidó la primera vez», titulaba el diario *Clarín*; «El sexo oral marca el debut de la mayoría. En lugares públicos, se filman, fotografían y lo divulgan. El desconcierto de los padres y los mitos de una práctica insegura», publicaba la revista *Noticias*.

Los meses pasaron y no se habla tanto del tema, pero los adolescentes y jóvenes continúan siendo una población vulnerable al VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. Según los datos de ONUSIDA, «la mitad de las nuevas infecciones por el VIH a escala mundial se producen en jóvenes de 15 a 24 años». En la misma línea, un informe publicado en México tras el Segundo Encuentro Universitario sobre VIH/sida concluyó en que, en ese país, «cerca del 50% de los nuevos casos de VIH/sida corresponde a jóvenes de entre 10 y 24 años de edad».

En Argentina las cifras continúan esta tendencia. Según los datos del INDEC, más del 35 % de los casos de VIH informados entre 2000 y 2005 afectan a jóvenes de entre 15 y 29 años.

La desinformación y la falta de diálogo son los principales señalados. Según la encuesta que publicó *Clarín*, la edad promedio de inicio sexual es a los 15 años, pero el problema de esto es que «este inicio no viene acompañado de un comportamiento responsable, lo que aumenta las probabilidades de embarazos no planificados, maternidad precoz y contagio de enfermedades», explican los autores. Desde ONUSIDA coinciden: «La ignorancia generalizada sobre el modo de transmisión del VIH y sobre cómo impedir la transmisión explica la vulnerabilidad de este sector de la población».

Por su parte, Jorge Saavedra, director del Centro para la Prevención y Control del VIH/sida de México (Censida), agrega que no sólo la desinformación es la culpable: los jóvenes que sí tienen conocimiento no suelen percibir los riesgos de sus acciones. «Saben que existe el sida y el condón, pero piensan que es improbable que a ellos les pase. También saben que existen carros, carreteras, límites de velocidad, pero piensan que a ellos no les va a pasar».

La necesidad de educación sexual en todas las escuelas, la falta de diálogo con los padres, la información errónea entre pares o la influencia de los medios de comunicación, son algunas de las causas de estos comportamientos.

Publicado por *Fundación Huesped* en Junio 2, 2008 11:30 AM | [Enlace permanente](#)

ACTIVIDAD

A continuación te presentamos los comentarios realizados por diversas personas sobre el artículo de la página anterior. Léelos, luego de leer atentamente el artículo y da tu opinión sobre el tema.

Te proponemos que escribas una respuesta sobre las líneas de puntos a cada uno de los comentaristas, dejando asentada tu postura sobre el tema, y estableciendo acuerdos y desacuerdos con las distintas opiniones.

Comentarios

La gente inmadura tiene reacciones pendulares; actitudes extremistas y provocaciones sin sentido; todo sea por ser «transgresor», que es algo aparentemente codiciado. Si antes el sexo era tabú... ahora parece que la onda es que sea una moneda de cambio. Total... dale que va, con unos tragos encima ni siquiera hay que hacerse cargo de lo que hicimos anoche. Lo que está claro, al menos para mí, como mujer, es que muy poco placer (por no decir ninguno; mas bien repugnancia) es lo que siente una chica cuando tiene contacto íntimo con un desconocido a cambio de una entrada a un boliche o alguna otra cosa similar. Claro que hoy en día, no está bien decir que una no es una ninfomana deseosa de sexo salvaje las 24 hs. del día. No sea cosa de quedar como una mojigata, antigua, monjil y recatada. Y si antes (en la época de nuestras abuelas) nos habían convencido de que no experimentábamos ningún deseo... ahora parece que quieren convencernos de que nuestro deseo es análogo al masculino: todo el tiempo y con todo lo que se pone a tiro. Chicas, por favor: conéctense con su verdadero deseo y especialmente con su autoestima. Valórense, y valoren su cuerpo.

Publicado por: paulaval | Junio 2, 2008 1:24 PM

.....
.....
.....
.....

A mi criterio es una suma de cosas. Por un lado, los adolescentes (la mayoría de ellos) tienen una actitud muy arrojada y no miden consecuencias... Hay mucho mito dando vueltas entre ellos y mucha desinformación... La solución, es la educación sexual en la escuela. Pero por sobre todas las cosas, en la casa.

Publicado por: Jimena | Junio 2, 2008 2:26 PM

.....
.....
.....
.....

Lo que pasa es que los grandes nos estamos ocupando poco de los chicos. Hace poco apareció una nota sobre el matrimonio gay y salieron como cincuenta comentarios en un día. Esta nota está desde ayer y no se le dio ni la mitad de

importancia que a la otra. El gobierno tampoco le da importancia a los adolescentes, no veo mucha promoción ni tampoco interés en buscar la forma de solucionar esto. Los papas debiéramos hablar más, porque somos los responsables de los menores, pero trabajamos cada vez más y tenemos poco tiempo, la escuela tampoco se quiere hacer responsable de la educación sexual de los chicos, y los medios no hacen más que promover constantemente el uso del sexismo y la promiscuidad como si fueran dos fórmulas infalibles para conseguir fama, éxito o reconocimiento. Los chicos reciben mucha información adulta en estos días, porque no se respetan para nada los horarios de protección al menor. Llegan a la adolescencia cargados de material erótico, pero con muy poca información útil. Saben que hacer pero no cómo. Si hay un chico/a de 15 años le preguntas cómo y cuándo usar un forro y no sabe, ¿de quién es la culpa? Personalmente creo que si un menor es diagnosticado con alguna ETS o VIH, la responsabilidad es enteramente de los educadores responsables del menor ¿Qué solución se me ocurre? Un montón, pero empezar por educar más en casa no sería una mala idea. Y empezar por informarnos un poco más los grandes, tampoco.

Publicado por: Belen | Junio 4, 2008 1:40 PM

.....

.....

.....

.....

Lamento ver como los adolescentes se valoran cada vez menos. Tengo 21 años y hará una semana tuve que dar una clase de sexualidad para todos mis compañeros en la secundaria para adultos en la cual estoy; las edades de mis compañeros rondan entre los 19 y los 25 años. Pero casi un 90% carecían de conocimientos sobre sexo o como protegerse. No creo que se valoren, como dijo paulaval necesitan hacerlo. Sobre todo las chicas, la competencia entre ellas es muy fea y genera esta clase de actitudes y como no quieren sentirse menos van y cometen esos errores a veces con consecuencias muy feas. Debería haber programas para adolescentes y charlas en las escuelas. Yo fui adolescente, y pasé por eso de sentirme menos, para mis amigas si ibas a bailar y no te levantabas a uno no eras nadie, me costó mucho dejar de sentirme menos, era criticada, era la «nenita de mamá», «la inocente», pero gracias a mantenerme firme no sufrí las consecuencias. Chicos cuídense, siempre usen preservativo, siempre, y no se sientan menos, respétense, nadie más que ustedes puede hacerlo. Disculpen si me extendí en mi comentario.

Publicado por: Luciana | Junio 7, 2008 2:12 AM

.....

.....

.....

.....

HOLA, quería saber si pueden responderme mis preguntas, gracias, quería saber si uno es virgen (hombre) y la adolescente también y por primera vez tendremos relaciones ¿podríamos contagiarnos, si somos vírgenes y tenemos papás sanos? y si hay otra manera de saber si alguno contiene HIV que no sean exámenes de sangre... GRACIAS!

Publicado por: Luciana | Junio 7, 2008 4:12 AM

.....

.....

.....

.....

MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Podríamos definir la maternidad y la paternidad responsable como aquella que llega en forma voluntaria, planeada y en el momento en que una pareja constituida en base al amor decide dar vida a un hijo que los convertirá en papá y en mamá. A partir de este momento sus vidas completas cambiarán; la pequeña unidad que han conformado juntos se verá transformada por ese ser que viene al mundo; se reorganizarán las tareas y los roles desempeñados por ambos. Ser mamá y ser papá no es un hecho sin consecuencias, por lo que los dos deberán estar preparados para cuidar de ese bebé y capacitados para enseñarle pautas y normas de conducta.

En principio debemos entender que ser padre o madre no es solamente un hecho biológico en sí mismo. Un hombre o una mujer pueden engendrar, pero si no están preparados psicológicamente para desarrollar su paternidad y su maternidad, el simple hecho de concebir un hijo no los convertirá en padres. Es importante saber que ese niño requerirá de cuidados especiales, de un sostén económico, de un acompañamiento incondicional en sus primeros años de vida, de un apoyo emocional. ¿Qué pasaría si todo esto debe brindarlo un ser -varón o mujer- que aún no ha terminado de desarrollarse, una persona en crecimiento? Este es el caso de muchos adolescentes que, sin desearlo y quizás por falta de conocimiento, son sorprendidos por la llegada de un hijo.

El adolescente está preparado biológicamente para procrear. Su cuerpo ha alcanzado la madurez que lo capacita para engendrar. Si una chica y un chico mantienen relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo podrá producirse la unión entre un espermatozoide y un óvulo, lo cual se traducirá en poco tiempo en un embarazo. Sin embargo, ambos no se encuentran aún psicológicamente preparados para ser padres, carecen de la madurez que se requiere para ejercer este rol.



Desde el punto de vista psicológico y social, el adolescente no está en condiciones de ejercer una paternidad o maternidad responsable

UNA MATERNIDAD O PATERNIDAD PLANIFICADA

Sabemos que todas las familias varían entre sí. Sin embargo existen ciertos patrones que se repiten en todas ellas:

■ Los padres adultos se hacen cargo de los hijos.

■ Los miembros de la familia se adaptan a las reglas familiares, desempeñando roles y funciones establecidos implícitamente. Cada miembro familiar ejerce un rol que más tarde reproducirá en grupos sociales más amplios: en la escuela, en el trabajo, en grupos recreativos, etc. Y, como las experiencias tempranas acontecidas en el medio familiar poseen una gran importancia para las personas, determinarán nuestras vivencias futuras. Es por esto que las personas que han vivido en sus primeros años situaciones de maltrato, desamparo, o indiferencia afectiva reproducen en la adultez vínculos similares con hijos, pareja, etc.

■ Cada grupo familiar tiene un sello o un estilo propio. Cuando se habla de 'los Campanelli' todos sabemos de qué estilo de familia se está hablando.

■ En toda familia se produce una tensión balanceada entre pertenencia y autonomía. Se es parte de ella, pero a su vez se es diferente en tanto sujeto distinto al resto de sus integrantes.

La familia debe cumplir con el cuidado del crecimiento y desarrollo de los hijos y con la transmisión de pautas culturales. Para llevar a cabo estas funciones se necesitan, en primera instancia, dos personas adultas, capaces de desempeñar estas tareas. Sabemos que muchas jóvenes quedan embarazadas precozmente y al no poder desempeñar su maternidad -por la inmadurez psicológica propia de su edad- son sus padres quienes crían al bebé. En algunos casos, los abuelos; en otros, una familia adoptiva.

Es que en la adolescencia el cuerpo alcanza su madurez sexual, pero deberán pasar varios años para que la madurez psicológica advenga.

Cuando el adolescente ha podido aceptar la pérdida de su cuerpo infantil, la pérdida de su antigua dependencia infantil con los padres de la infancia, y por consiguiente, la pérdida de su identidad como niño, puede nombrarse a sí mismo como adulto.

Este logro es uno de los procesos más dolorosos que debe llevar a cabo el ser humano, ya que implica aceptar la pérdida de algo a través de lo cual se obtenía un beneficio muy grande. Y se llevará a cabo si se obtiene otro beneficio a cambio. Por ejemplo, el ser humano, alcanzada cierta madurez psicológica, cambiará -inconcientemente- el beneficio que obtenía de la dependencia de sus padres por un beneficio mayor: la autonomía que le brinda libertad de acción.

Hasta que el ser humano no da por perdida su identidad infantil no está preparado para ejercer su maternidad o su paternidad. Y cuando hablamos de 'perder la identidad infantil' no nos referimos a procesos concientes sino a cambios profundos inconcientemente elaborados, que se producen luego de años de idas y vueltas, de adelantos y retrocesos. Es en ese momento en que entramos en la adultez, cuando estamos mejor preparados para decidir acerca de la posibilidad de tener hijos.

Y de esto se trata lo que hemos denominado 'maternidad y paternidad responsable': la decisión conjunta de un hombre y una mujer adultos de traer un hijo al mundo, concientes de las necesidades que deberán cubrir como pareja parental y concientes también de los cuidados que requerirá el menor.

Los métodos anticonceptivos

Los seres humanos, a diferencia de los animales, tenemos la capacidad de dirigir nuestras vidas de acuerdo a nuestra voluntad y de decidir y planificar nuestros actos. El control sobre nuestra capacidad de procreación es un ejemplo de esto. Tenemos derecho a cuidar nuestra vida y la fertilidad responsable es un modo de hacerlo.

Si bien es cierto que dar a luz a un hijo es uno de los actos más importantes en la vida de las personas, no siempre y en cualquier circunstancia es bueno. Para que esto se convierta en un acto saludable para el niño y para los progenitores hace falta lo siguiente:

- que el niño sea producto del deseo de ambos padres, que sea fruto del amor;
- que ambos padres puedan brindar al menor cuidado, afecto y sostén económico para satisfacer sus necesidades básicas.

A continuación detallamos los métodos anticonceptivos que permiten planificar la maternidad y la paternidad de modo responsable. Debes tener en cuenta que tienes que realizar una consulta con un médico que te asesore acerca de tus necesidades, que varían de acuerdo a tu edad y tu historia vital. No te estamos invitando a que elijas uno de ellos, simplemente queremos informarte sobre las formas que existen de cuidarte, de protegerte. La decisión es tuya y es importante que hables con tus padres, con tu médico o con un Centro de Planificación Familiar, si tienes dudas. Tener relaciones o no es una cuestión personal, en la que intervienen muchas variables.

La elección de un método anticonceptivo depende de las edades de quienes los usen, la frecuencia en las relaciones sexuales, su estado de salud, sus historias personales y de pareja, y de las preferencias de cada uno y de ambos.

En la página siguiente te presentamos un cuadro sinóptico con los tipos de métodos de control de la natalidad. Su elección estará orientada siempre por el médico al cual consultes.



Los adolescentes deben conocer los métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos	Métodos de barrera	<p>Estos métodos impiden el paso del semen y de los espermatozoides hacia la vagina.</p> <p>Preservativo</p> <p>Es una funda de látex muy delgada que al recoger los espermatozoides impide que se unan al óvulo. Es un método muy efectivo si se lo usa correctamente. Previene la transmisión del VIH-SIDA.</p> <p>Diafragma</p> <p>Es un capuchón de caucho flexible que se hace a medida de la vagina. Se lo coloca diez minutos antes de cada relación sexual, cubriendo la entrada del cuello del útero. Es necesario acompañar este método con una crema espermicida para que sea más efectivo. Se retira pasadas ocho horas de la relación sexual, se lava, se seca bien, se le coloca talco y se guarda para utilizarse nuevamente.</p>	
	Métodos mecánicos	<p>Impiden la fecundación immobilizando a los espermatozoides y al cambiar la mucosa del útero dificultan la anidación.</p> <p>DIU o Dispositivo Intra Uterino</p> <p>Es un pequeño objeto de plástico que puede estar recubierto en cobre y tener distintas formas (espiral, T, T revestida de cobre) y que se coloca en el útero de la mujer.</p>	
	Métodos químicos	<p>Neutralizan a los espermatozoides.</p> <p>Cremas, óvulos o espumas</p> <p>Se colocan en la vagina antes del acto sexual. Su efecto es de poca duración por ello hay que aplicarlo antes de cada relación. Leer contra indicaciones y forma de empleo, ya que varía según el producto.</p>	
	Métodos hormonales	<p>Contienen hormonas que impiden la ovulación (salida del óvulo del ovario), de esta manera no puede producirse la fecundación.</p> <p>Pastillas o Inyecciones</p> <p>Se toman todos los días a la misma hora, durante veintidós o veintiocho días -según la pastilla- a partir del primer día de menstruación.</p> <p>Según su composición se aplican cada uno o tres meses. Actúan igual que las pastillas.</p> <p>Pastilla del día después o de emergencia</p> <p>Se lo utiliza para un caso de urgencia (rotura de preservativo, olvido de toma de pastilla). Se toma hasta 72 hs. después de haber tenido relaciones sexuales. Se consigue en los hospitales y CESACs.</p>	

LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

En el proceso de crecimiento de las personas es fundamental la presencia de la familia. A continuación, veremos las características familiares positivas que permiten a los adolescentes lograr un mejor tránsito por esta etapa.

La resiliencia familiar

La palabra «resiliencia» está tomada de la física. Se refiere a la elasticidad de un material, su tendencia a oponerse a la rotura por choque. Transportado al campo de la psicología, se refiere a la capacidad de soportar las crisis y adversidades y recobrase, tanto a nivel individual como familiar. Mientras que una crisis o un estado persistente de stress puede derrumbar a algunas familias, otras emergen de ellos fortalecidas y con mayores recursos. Walsh nos permite entender la capacidad de resiliencia familiar:

«Al adoptar la perspectiva de la resiliencia, se deja de ver a las familias como entidades dañadas y se las empieza a ver como grupos capaces de reafirmar sus posibilidades de reparación. Este enfoque se funda en la convicción de que tanto el crecimiento del individuo como el de la familia pueden alcanzarse a través de la colaboración ante la adversidad.»

Los niños provenientes de familias con capacidad para enfrentar las crisis poseen una gran fortaleza frente a la adversidad, ya que han aprendido en sus vivencias tempranas cómo combatir situaciones conflictivas vitales y sobreponerse a ellas.

Por el contrario, las familias que carecen de esta capacidad tampoco preparan a sus hijos para enfrentar adecuadamente las situaciones difíciles que se presentan en la vida.

Cohesión

La cohesión familiar se refiere a la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen cuatro niveles de cohesión familiar:

- desvinculada (o sea una ligazón muy baja),
- separada,
- conectada y
- enmarañada.

Cuando la cohesión es excesiva, se trata de un sistema enmarañado y existe un exceso de identificación con la familia, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros.

En el extremo opuesto, los sistemas desvinculados estimulan un alto grado de autonomía: los miembros de la familia «hacen cada uno lo suyo» y tienen un apego o compromiso limitado hacia ella. En el área central que se corresponde con los modelos separados y conectados los miembros pueden experimentar la independencia de la familia y la conexión con ella, de manera equilibrada.

Adaptabilidad

La adaptabilidad familiar es la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al stress situacional o evolutivo. La adaptabilidad puede ser muy baja, es decir rígida, estructurada, flexible o caótica. La adaptabilidad marca el potencial de desarrollo o crecimiento, es la capacidad de cambio cuando éste es necesario.

Comunicación familiar

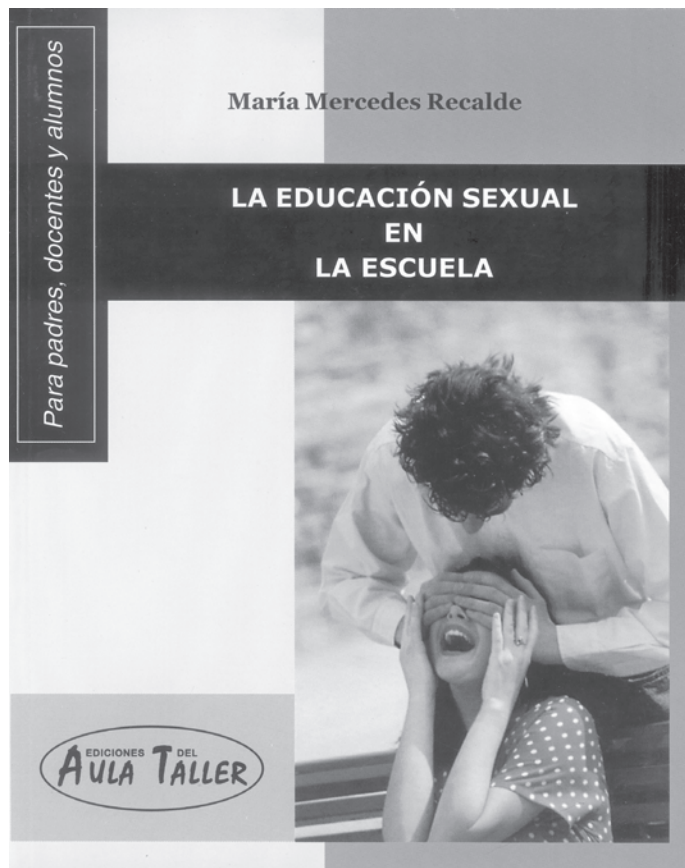
La comunicación familiar puede ser, básicamente, comunicación positiva, facilitadora: la empatía, la escucha reflexiva, los comentarios de apoyo que permiten a los miembros compartir sus necesidades y preferencias cambiantes; o bien, en el otro extremo, la comunicación negativa: los dobles mensajes, las críticas, etc.

¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)?

Las ETS son las enfermedades transmitidas a través de las relaciones sexuales. Algunas pueden infectar los órganos sexuales y reproductores; otras como el VIH, hepatitis B, o sífilis causan infecciones generales en el cuerpo. Antiguamente estas enfermedades eran conocidas como ‘enfermedades venéreas’.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de las ETS se pueden curar con tratamiento. Es posible tener una de estas enfermedades aunque no se presente ningún síntoma. En otras ocasiones, los síntomas pueden desaparecer por sí mismos, pero la enfermedad no se cura si no se recibe tratamiento. Algunas de estas enfermedades todavía no se pueden curar: es el caso del VIH/ SIDA.

Algunas, como el VIH/SIDA y hepatitis B, también pueden transmitirse en contacto con sangre infectada. La mayoría de los microbios causantes de estas enfermedades necesita lugares cálidos y húmedos para vivir; por esto infectan la boca, el recto y los órganos sexuales.



La educación sexual en la escuela
contribuye a la salud de los adolescentes

¿Qué hacer si sospechas que padeces una ETS?

Si crees que tienes una enfermedad de transmisión sexual (ETS), debes acudir a un Centro de Salud. No te debes quedar esperando a que la enfermedad desaparezca. Los médicos privados también tratan estas enfermedades. Si no sabes dónde encontrar ayuda, acude a un centro de planificación familiar y solicita información. En cualquier lugar a donde vayas para tratamiento, tu caso será confidencial.

Es posible que sientas vergüenza por tener una ETS. También puede ser difícil ir a la consulta a pedir ayuda. Pero aunque te sea difícil, debes recibir tratamiento. Es la única manera de curarse. La mayoría de las enfermedades transmitidas sexualmente pueden tratarse con antibióticos, para matar a los gérmenes que las causan siempre debes hacer lo que te diga el médico.

Además, debes decir lo que está pasando a todas las personas que han tenido relaciones sexuales con vos. Si ellos/as no reciben tratamiento, pueden transmitir la enfermedad a otros. Hasta pueden contagiártela a vos mismo/a nuevamente.

¿Cómo protegerse contra las ETS?

La mejor forma de protegerse es no tener relaciones sexuales. También es seguro tener relaciones sexuales con una persona que esté sana y que a la vez tenga relaciones solamente con vos.

Estas son algunas de las cosas que puedes hacer para protegerte:

- Habla con tu compañero/a acerca de su pasado sexual y el uso de drogas.
- Antes de tener relaciones observa cuidadosamente el cuerpo de la otra persona. Fijate en indicios de una ETS: sarpullido, llagas, irritación de la piel o secreción. Si ves algo que te preocupa, evita tener relaciones sexuales con una persona que parezca tener una ETS.
- Usa condones de goma (látex) al tener relaciones sexuales. La mayor parte de las veces los condones te protegerán contra una ETS. Tanto hombres como mujeres deberían llevar condones consigo.
- Realiza un análisis de ETS cada vez que realices un examen de salud. Si tienes relaciones sexuales con más de una persona, realiza un análisis y examen de ETS cada vez que creas estar en riesgo, aún cuando no tengas síntomas.
- Aprende a reconocer los indicios y síntomas de una ETS. Si notas un síntoma que te preocupa, debes hacerte un examen.
- Si tienes una ETS, la persona o personas que han tenido contacto sexual con vos deben recibir tratamiento al mismo tiempo.
- Si tienes una ETS, no tengas relaciones sexuales hasta que el médico te diga que te has curado.



Los adolescentes son titulares de derechos y deben aprender a ejercerlos responsablemente

Derechos de los adolescentes

Derechos sexuales y reproductivos

Los y las jóvenes tienen derecho:

- A conocer su cuerpo, para poder cuidarlo y quererlo.
- Al disfrute y el placer.
- A tener espacios donde poder hablar de sexualidad, en un ambiente de confianza y apoyo.
- A servicios de salud dirigidos a sus preocupaciones y necesidades.
- A la confidencialidad y el respeto.
- A la información sobre métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas de cada uno y accesibilidad.
- Al acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de buena calidad.
- A elegir cómo, cuándo, con quién y cuántos hijos deseamos tener, fomentándose una maternidad y paternidad responsable.
- Al acceso a servicios prenatales.
- Al acceso a un diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado para el VIH-SIDA.
- A la protección contra enfermedades de transmisión sexual.
- A no sufrir situaciones de violencia ni abuso sexual.
- A no ser discriminados por género, edad u orientación sexual.
- A elegir si quieren tener relaciones sexuales o no.

LA SALUD REPRODUCTIVA ES UN DERECHO FUNDAMENTAL

El Congreso de la Nación convirtió en ley el proyecto sobre salud sexual y procreación responsable en el ámbito nacional, que permitirá prevenir las graves consecuencias que derivan de la gran cantidad de embarazos no deseados en adolescentes.

La salud reproductiva es un derecho fundamental de las personas, sobre todo de aquellos en edad fértil, quienes deben contar con la información y las formas de prevención adecuadas.

Según establece la Convención sobre los Derechos del Niño, debe respetarse el mejor interés del niño, lo cual implica que es importante que el Estado realice acciones destinadas a prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos precoces y abortos en adolescentes.

Esta ley cuestiona el concepto de patria potestad utilizado hasta el momento. El niño deja de ser un objeto de derecho, alcanzando la categoría de sujeto de derecho; y es el Estado quien debe contribuir a brindar las formas de educación de púberes y adolescentes, más allá de la familia.

Del régimen de patria potestad vigente en nuestro país no se desprende que los hijos menores deban contar obligatoriamente con el consentimiento expreso e indubitable de los padres para informarse sobre temas vinculados con la salud reproductiva.

La Ley Nacional N° 25673 propone garantizar que varones y mujeres puedan acceder a la información y a los métodos anticonceptivos; a la atención ginecológica y del parto, parto y postparto; a la información y tratamiento de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) y a la información y tratamiento del cáncer génito mamario. A partir de esta ley, los médicos pueden prescribir métodos anticonceptivos reversibles, transitorios y no abortivos. Esta ley garantiza el derecho a la toma de decisiones autónomas; presentando una opción y no una obligación.

La incluimos al final del libro, en el Apéndice, para que la conozcas.

La educación sexual
contribuye a resolver graves problemas:
la difusión de las ETS, los embarazos precoces
y los abortos en adolescentes



LECTURA



Maternidad precoz: un fenómeno que preocupa

Por Horacio Alarcón, de la Redacción de «La Hoja de Títulos»

Según datos recientes, en la ciudad de La Rioja el porcentaje de adolescentes embarazadas ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar niveles más que preocupantes. La maternidad precoz se ha convertido en una problemática que sobrepasa los límites de lo individual para constituirse en un fenómeno social de graves consecuencias. Si bien esta realidad no reconoce clases sociales, se torna más dramática en los casos de jóvenes pertenecientes a aquellos sectores de escasos recursos.

De acuerdo a información estadística aportada por el Servicio de Adolescencia del Hospital Vera Barros (ex-Hospital Presidente Plaza), casi el 29% de los partos que se realizan en ese centro asistencial corresponden a adolescentes que, en muchos casos, no superan los 15 años de edad.

Estos datos son preocupantes si se considera que ese centro de salud es el de mayor concurrencia a la vez que concentra a los grupos de mayor riesgo, sin dejar de lado los casos de las clínicas y sanatorios privados de esta ciudad.

La maternidad precoz ha pasado a constituirse en la Argentina en una problemática social que involucra factores no solo biológicos sino también sociales y psicológicos.

Puertas adentro, La Rioja no permanece al margen de esta situación. Así, en la capital provincial los grupos de mayor riesgo parecen estar constituidos por jovencitas que provienen de los sectores más populares. Por un lado, el factor biológico juega un papel muy importante ya que está comprobado que se ha producido un adelanto de la pubertad.

En general, las mujeres alcanzan la pubertad entre los 10 y los 12 años. Además, la menarca (primera menstruación) se ha adelantado por lo menos un año y medio o dos años con relación a épocas anteriores. Se ha producido, de esta manera, un desarrollo biológico que tiende a anticiparse con el correr de las generaciones.

Estos factores parecen indicar que el inicio de las relaciones sexuales está experimentando un sensible adelanto. Al respecto la ginecóloga Graciela del Castillo, jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital Vera Barros aporta algunas precisiones acerca del tema: «La maternidad-paternidad es socioculturalmente un rol de la edad adulta pero biológicamente los jóvenes ya están en edad de reproducirse. Entonces esta asincronía entre lo biológico, lo social y lo psicológico es lo que convierte al embarazo de una adolescente en un problema social muy grave».

Pero este adelanto en el inicio de las relaciones sexuales no se vincula únicamente con lo biológico. Si el componente biológico desarrolla un rol importante existen además otros condicionantes que intervienen en esta problemática.

Factores psicológicos y sociales parecen hacer más compleja la cuestión a la hora de escarbar a fondo en este delicado asunto. «Lo que sucede es que se ha reducido el tiempo de la edad ginecológica –explica la doctora Del Castillo–, es decir el tiempo transcurrido entre la menarca y el inicio de las relaciones sexuales. Ese inicio es cada vez más precoz. Ahora se tiene también más acceso a la información. Nosotros hicimos un relevamiento para saber qué sabían y cuánto sabían los jóvenes. Y resultó que la mayoría conoce los métodos anticonceptivos y sabe como usarlos. El problema es que no los usan. Tienen esa inmadurez psicológica y social, ese pensamiento mágico del adolescente: ‘A mi no me va a pasar, no me voy a quedar embarazada en la primera relación sexual’ piensan. Y les pasa».

Los grupos de riesgo

De este modo, el maravilloso don de dar vida deja de ser precisamente eso para convertirse de un problema no solo individual sino en una cuestión que ingresa en el terreno de lo social. La maternidad precoz no reconoce niveles sociales y se produce con la misma intensidad en todos los casos. Sin embargo, adquiere ribetes más dramáticos en los sectores de nivel socioeconómico bajo, en donde la pobreza, el abandono, la falta de trabajo y la escolaridad nula o incompleta suelen ser los ingredientes de una salsa en donde se cocinan las duras realidades que a diario enfrentan estas jóvenes. En cambio, las jóvenes de clase media o alta suelen tener un proyecto de vida propio, o al menos pensado por sus padres. Terminar el secundario, hacer alguna carrera universitaria o simplemente tener un rol asegurado dentro de la sociedad son los caminos posibles. Por el contrario, para las adolescentes de escasos recursos la llegada de un hijo suele constituirse como el hito más importante de sus vidas, su hijo es lo único que es verdaderamente de ellas. Estas jovencitas, por lo general, provienen de hogares disfuncionales y conflictivos. Viven en condiciones habitacionales muy precarias, de hacinamiento. Así, el grupo familiar se va modificando por la incorporación de nuevos miembros y el alejamiento de otros.

Todas estas situaciones generan relaciones confusas que derivan en un permanente intercambio de roles. Abuelas que hacen las veces de madres y hermanos que cumplen el rol de padres son algunas de las variantes que se presentan en estos casos. «Yo creo que este intercambio de roles es una manera de perpetuar la pobreza - sostiene la ginecóloga- y así las historias tienden a repetirse. A nosotros nos cuesta mucho llegar con información hasta estas chicas. Ellas no vienen a preguntar cómo tienen que hacer para cuidarse, siempre la información sobre métodos anticonceptivos es como impuesta por nosotros. Muchas adolescentes consultan al médico por atraso menstrual, congestión mamaria y náuseas matutinas. Por lo general, las jóvenes sospechan su gravidez y vienen a la consulta para obtener una confirmación. Sin embargo, en un gran número de jóvenes, la sintomatología del embarazo puede ser escasa o confusa».

Más allá de las circunstancias que puedan rodear al embarazo de una adolescente, lo cierto es que las alternativas que se presentan ante el hecho consumado suelen ser siempre las mismas. La posibilidad del aborto es más frecuente en aquellas jóvenes de clase media o alta. En estos casos los abortos no suelen presentar mayores complicaciones, pues se realizan en salas quirúrgicas y con elementos esterilizados. En cambio las jóvenes de escasos recursos acuden a personas no médicas y que trabajan en condiciones muy poco higiénicas, lo que termina provocando en muchos casos que estas adolescentes terminen en algún hospital con una infección severa.

Pero quizá más que el aborto, lo que la sociedad suele condenarles a estas madres-niñas desesperadas es cuando ellas acuden al recurso extremo de entregar a su hijo. Y en estos casos las protagonistas principales vuelven a ser, generalmente, las jóvenes de los sectores marginales. «Estas chicas -comenta la doctora Del Castillo- están casi siempre solas, el padre del chico está ausente. Entonces cuando llega ese hijo si están en la escuela la abandonan y si están trabajando lo hacen en empleos mal remunerados. Finalmente también suelen ser despedidas o abandonan el trabajo por voluntad propia. Todas estas circunstancias hacen que caigan en una situación de profunda marginalidad y desamparo».

ACTIVIDAD



- Reunidos en grupos de hasta cuatro chicos, lean atentamente el artículo y extraigan la idea principal. Tomen una hoja y redáctenla por escrito.
- Luego, realizarán un informe de no menos de tres páginas en el cual hablarán del tema (la maternidad precoz). Deberán buscar más información en diarios, revistas y/o en Internet. Si desean pueden ver una película que hable sobre el tema y analizarla detalladamente.
- Finalmente, si el/la docente está de acuerdo, compartirán el informe con el resto de la clase.

DISCUSIONES SOBRE EL ABORTO

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

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

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

En un artículo aparecido en *Clarín* el 11-09-94, titulado «Qué se discute cuando se habla de aborto», su autora mencionaba lo siguiente:

«¿De qué se habla cuando se habla de aborto? De la vida. De la muerte. Del bien y del mal. De la maternidad. De la libertad. De la condena social. De la responsabilidad individual. De lo público y lo privado. De la sexualidad. Del riesgo. De los recursos económicos. De la ausencia. De los principios religiosos. De los principios de vida. ¿De qué no se habla cuando se habla de aborto?»

El planteo nos parece sumamente interesante para empezar a entender un tema tan complejo y polémico. No creemos conveniente reducir el debate a: «estar a favor o en contra del aborto». Preferimos analizar la información acerca de la realidad de las

mujeres que abortan, considerar el derecho de quienes, por diversos factores, toman esa decisión, y profundizar acerca de lo que significa el «derecho a la vida».

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

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

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

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

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

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

En este tema, las concepciones religiosas tienen mucho peso. En otro artículo, el padre Brown, sacerdote católico, dice:

«La condena cristiana del aborto está claramente expresada en el catecismo, donde se establece que la persona humana comienza a existir desde el instante de la concepción...Para el cristianismo -aclara el padre- el aborto es siempre ilícito moralmente... Siempre hay obligación de hacerse cargo, aún en los casos de violación. Si alguien deja un bebé en la puerta de mi casa, tengo la obligación de cuidarlo, aunque yo no lo haya elegido».

El pastor Luis Parrilla, miembro de la Iglesia de los Discípulos de Cristo, dice en la publicación *Luz y Verdad* (8-92):

«La mujer, su cuerpo, el embarazo y el aborto: Para que haya embarazo debe haber un espermatozoide (el aporte del varón) y un óvulo. Recordemos que según el concepto clásico de la gestación, hasta que las ciencias biológicas pusieron en claro los conceptos hoy vigentes, se pensaba que el varón aportaba el embrión (un ser completo en pequeño) y la mujer sólo ofertaba su matriz. El embarazo era voluntad del varón (...) Tanto el varón como la mujer aportan cada uno el 50 por ciento del material genético del hijo. Pero es la mujer la que pone en movimiento su

cuerpo, sus emociones. Es ella quien junto con el feto pone en riesgo inclusive su vida frente a cualquier eventualidad.

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

El rabino Daniel Goldman alcaza que

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

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

«En la actualidad, sólo una sexta parte de la población mundial vive bajo regímenes que sancionan como delito cualquier forma de aborto, aunque bastantes de ellos excusan el aborto terapéutico estricto para salvar la vida de la madre. El resto de los Estados permiten el aborto con una extensión mayor o menor, que va desde legislaciones más restrictivas, que contemplan sólo indicaciones como la salud de la mujer (terapéutica), la violación (ética) o la existencia de graves taras congénitas en el feto (eugenésica), hasta legislaciones más tolerantes. Entre estas últimas, que comprenden a unos dos tercios de la humanidad, es usual distinguir aquellas que además de los anteriores supuestos, y mediante el mismo sistema de indicaciones, autorizan también el aborto por causas como el número de hijos, los medios

económicos, la temprana o tardía edad de la embarazada (lo que se formula como indicación económico-social), y aquellas que, siguiendo el sistema del plazo, despenalizan todo aborto realizado dentro de los tres, cuatro y seis primeros meses de embarazo.

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

En diversos artículos consultados aparece como idea fundamental que, más que leyes que penalicen, hacen falta leyes que garanticen programas de salud pública centrados en «el acceso universal y gratuito a la información, provisión y aplicación de métodos anticonceptivos». Esto significa más y mejor educación y salud de la sexualidad: que toda la población, y especialmente los jóvenes, reciban en las escuelas educación para la sexualidad y conozcan las diversas posibilidades de prevenir un embarazo no deseado; que funcionen en todos los servicios de salud, programas de procreación responsable donde se oriente sobre cómo cuidarse y se distribuyan gratuitamente métodos anticonceptivos. El programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable es de suma importancia en este sentido.

(Extraído de 'Salud, sexualidad y VIH-sida',
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires)

INFORME DE NACIONES UNIDAS SOBRE LA POBLACIÓN MUNDIAL **EL ÍNDICE DE EMBARAZO ADOLESCENTE TIENDE A AUMENTAR EN LA ARGENTINA**

Lo dijo la representante en el país del Fondo de Población de la ONU. Y señaló que la educación sexual en las escuelas es una de las principales herramientas para lograr que disminuya

Diarios y revistas informan periódicamente
sobre los riesgos de la sexualidad adolescente

LECTURA



Un hospital público porteño implementó el asesoramiento pre y post aborto para adolescentes

Consejos para el antes y el después

Es un servicio inédito en el país. Se brinda en el Hospital Argerich. Los profesionales advierten que no promueven la interrupción del embarazo, sino que atienden a las chicas que lo harán de todas maneras, para que corran menos riesgos. Cómo funciona la consejería. El caso uruguayo.

Por Mariana Carbajal

Las adolescentes que deben enfrentar un aborto encuentran en el Hospital Argerich un equipo médico «amigable» que las asesora antes y después de la interrupción del embarazo, sin juzgarlas ni denunciarlas, para evitar que sufran lesiones o lleguen a perder la vida en el intento. «No estamos levantando una bandera a favor del aborto: estamos atendiendo a las que lo harán de todas formas. La clandestinidad no impide la realización de abortos: aumenta sus riesgos», explicó la médica ginecóloga Sandra Vázquez, destacando el espíritu del proyecto –inédito en el país– que se lleva adelante en el Servicio de Adolescencia. Este modelo de consejería «pre y post aborto» significa un avance significativo en la atención de la salud sexual y reproductiva, según coinciden especialistas. Fue copiado del Uruguay, donde se ofrece a todas las mujeres en la mayor maternidad del país vecino, con el unánime aval del Ministerio de Salud, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico y la Sociedad de Ginecología. En la consulta posterior a la interrupción del embarazo el punto fundamental es que las chicas se vayan con un anticonceptivo, para evitar otro embarazo no buscado. El mismo equipo médico ha desarrollado una novedosa estrategia para que aumente notablemente la entrega de métodos anticonceptivos a las adolescentes que concurren al Argerich.

«Nuestro servicio realiza constantes esfuerzos para que el programa de salud reproductiva sea efectivo en cuanto a la prevención de embarazos, no obstante son muchos los casos de adolescentes que llegan a la consulta con un embarazo que no fue buscado», destacó el pediatra Enrique Berner, jefe de Adolescencia de Argerich y docente adscripto de la UBA, con cuyo aval se lleva adelante la consejería «pre y post aborto».

Cada semana reciben entre dos y tres adolescentes que tienen un embarazo no deseado. Las más chicas tienen 13 años. «A la adolescente de Recoleta que quedó embarazada su madre la acompaña a una clínica privada donde le practican un aborto seguro y nadie se entera, ni el padre. En cambio, la chica más humilde, la que recibimos en nuestro hospital enfrenta otra realidad», comparó Vázquez.

En este hospital, el 40 por ciento de las pacientes internadas en el Servicio de Obstetricia como consecuencia de complicaciones de abortos son adolescentes o jóvenes menores de 24 años. En general, pertenecen a los sectores más vulnerables económicamente: la mitad aproximadamente proviene del conurbano. «Esto nos da la pauta de la magnitud del problema en esta franja etaria. Y se debe tener en cuenta que un importante número de casos no se registra como internaciones porque son tratadas en forma ambulatoria», apuntó Vázquez. Y agregó: «Se escuchan siempre diferentes opiniones sobre si el aborto debe o no ser legal, si es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que

debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo».

Con este convencimiento es que el equipo médico decidió empezar a brindar consejería «pre y post aborto», siguiendo el modelo uruguayo, creado en 2001 en el Hospital Pereira Rossell, de Montevideo, cuya maternidad es la más importante del país. Un grupo de profesionales viajó a Uruguay, conoció el protocolo de atención y lo implementó finalmente en el Argerich a partir de 2004. La experiencia fue publicada en la revista científica de la Sociedad de Ginecología Infanto Juvenil.

¿Cómo funciona el asesoramiento? «Cuando recibimos en el servicio una adolescente que quiere abortar, se le explica que no podemos hacer nada porque es una práctica ilegal. Hablamos sobre las causas que motivan el deseo de interrumpir el embarazo, se le brinda la información sobre otras instancias como puede ser la adopción. La mayoría mantiene firme su decisión y nos dice que conoce el *misoprostol*, y que lo va a usar. Se le informa sobre los riesgos médicos y también legales. La escuchamos y respetamos la decisión informada y consciente que toma», detalló Real. El misoprostol es una droga indicada para el tratamiento de la úlcera duodenal, que aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, y causa la expulsión del contenido del útero. Por sus cualidades abortivas, su uso se ha extendido boca a boca en la última década en el país como en el resto de América latina para la interrupción voluntaria de un embarazo. «Las adolescentes conocen las ‘pastillas’ de misoprostol, a través de circuitos informales y refieren que es el método al que más recurren para abortar, pero no saben cómo se debe usar correctamente y tampoco conocen los riesgos que corren en embarazos mayores a 9 semanas ni que cuando no se produce el aborto, hay probabilidades de que la criatura pueda tener malformaciones», aclaró Vázquez.

Sabiendo que se trata de un tema polémico, el jefe de Adolescencia, señaló a Página/12: «No se tiene que abandonar a estas pacientes a su suerte; nosotros como profesionales tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y daños de un aborto y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance».

En los países en los que el aborto está legalizado y el misoprostol es usado por los médicos para realizar un aborto, su efectividad es altísima, apuntó la especialista. En una investigación realizada antes de implementar la consejería pre y post aborto, el Servicio de Adolescencia del Argerich encontró que entre chicas que habían apelado al misoprostol la efectividad se reducía al 40 por ciento de los casos, fundamentalmente «porque había un mal uso de la droga a partir de que su difusión se hizo boca en boca, por recomendación de una amiga o vecina», señaló Vázquez.

La mayoría de las adolescentes que expresan su deseo de abortar persiste con su decisión después transitar el espacio de reflexión y acompañamiento que le brinda el hospital. «Las adolescentes que tienen un proyecto de vida, que estudian, son las que están más decididas a abortar. Las que son hijas de madres adolescentes, que ya no van a la escuela, tal vez sigan con la gestación», observó Real.

Como parte de la consejería «pre aborto», a las chicas se les realiza un examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumentan las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción del embarazo. También se les hace un estudio ecográfico con el objetivo de tener un diagnóstico correcto de la edad gestacional y para descartar una patología embriofetal. «Puede ocurrir que por ecografía se diagnostique un huevo muerto y retenido, con lo cual cambia todo el panorama de la ilegalidad. Y el conflicto de la paciente ante la toma de decisión», aclaró Real. Y se hace especial hincapié en la necesidad de que vuelvan al hospital para una consulta post aborto inmediata.

Durante la consejería posterior a la interrupción de un embarazo, en el Servicio de Adolescencia se realizan diversas intervenciones de acuerdo con las diferentes situaciones que se pueden presentar en caso de un aborto incompleto, si la expulsión del feto fue completa y si prosigue el embarazo. Se

toma en cuenta la guía de atención post aborto publicada por el Ministerio de Salud de la Nación. «Una de las instancias más importantes durante la atención post aborto es asegurar la protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva para evitar la reiteración de embarazos no deseados», destacó Vázquez. Antes de poner en marcha esta iniciativa, el equipo médico había constatado que casi el 50 por ciento de las chicas en situación de aborto que llegaban al servicio habían tenido embarazos o abortos anteriores y que el 60 por ciento no estaba usando métodos anticonceptivos.

«El trato humanizado es muy importante. Nosotros evitamos juzgar. Estamos de acuerdo en que tienen que tomar sus propias decisiones. Estamos interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin olvidar que no podemos abandonar a su suerte a la paciente y que de acuerdo a las Convenciones y Tratados Internacionales que nuestro país suscribió, debemos trabajar en pos del interés superior del niño y del adolescente, en este caso nuestra paciente», aclaró la coordinadora del servicio.

Página 12, domingo 15 de julio de 2007

ACTIVIDAD



■ Reunidos en grupos de hasta cuatro chicos, lean atentamente el artículo y extraigan la idea principal. Tomen una hoja y redáctenla por escrito.

■ Analicen la medida implementada por el Hospital Argerich.

¿Qué opinan al respecto?

¿Creen que es una buena medida?

¿A qué obedece?

Busquen estadísticas de abortos y embarazos precoces y analicen por qué son cada vez más las jovencitas que quedan embarazadas precozmente.

■ Les proponemos que se acerquen al hospital e investiguen más en detalle cómo se lleva a cabo el asesoramiento pre y post aborto para adolescentes. Pueden pedir folletería que hable del tema e incluso hablar con el equipo de profesionales que se dedica a realizarlo, mencionando que están realizando una investigación para la materia 'Salud y Adolescencia'.

LECTURA



Aborto: cifras para abrir los ojos

Las complicaciones causadas por abortos son la primera causa de muerte materna en Argentina. Se puede discutir u ocultar esta estadística, pero los datos existen.

Según los resultados de un informe del *Ministerio de Salud de la Nación*, los hospitales atienden por día 188 complicaciones motivadas por interrupciones de embarazos y se estima que en el país se realizan no menos de 600 mil abortos al año. La situación se agrava en las provincias del Norte, donde los métodos abortivos son más precarios y también aumenta la falta de información. «El Gobierno tiene el compromiso de reducir la mortalidad materna para el 2010 según los Objetivos del Milenio aprobados en *Naciones Unidas* en el 2000. Además en el 2004, en la Reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA), los ministros de Salud firmaron un compromiso en este sentido», afirma Mabel Bianco, presidenta de la *Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)* que trabaja en la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sobre todo de jóvenes y adolescentes, y en el fomento los derechos sexuales y reproductivos, «incluido el derecho a decidir».

Cuando se habla de los riesgos del aborto también se habla de pobreza. Como publicó *Página 12*, según las conclusiones del informe encargado por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (Conapris) del Ministerio de Salud, «las mujeres de estratos socioeconómicos medios y altos rara vez (o nunca) recurren a no médicos o se autoprovoan un aborto». En las regiones más pobres del país los métodos son más peligrosos y derivan en complicaciones que muchas veces llevan a la muerte.

FEIM es parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y a través de foros, medios de comunicación y proyectos luchan por lograr la despenalización. En cuanto al futuro inmediato, Mabel Bianco considera que con el nuevo Gobierno no habrá grandes cambios respecto a este tema. Si bien la ministra de Salud, Graciela Ocaña, opinó en una entrevista al diario *Página 12* que el aborto «es un tema de política criminal» y no de su Ministerio, luego recibió a las representantes de la Campaña: «Creo que la ministra no tiene una agenda aún definida de su gestión, pero no parece haber cambios en la política de salud en este aspecto. Sí puede haber matices de mayor o menor énfasis. La ministra Ocaña tiene un perfil diferente al anterior ministro (Ginés González García) y eso es algo natural», sostiene Bianco.

La presidenta de FEIM también reconoce un punto positivo: asegura que en los últimos años hubo un avance en el registro de datos, especialmente en las internaciones en hospitales públicos, en los que ahora hay mayores estadísticas de los casos de abortos que se atienden cada año. «Esto permite que haya cifras más precisas y anuales, no como antes que era cada cinco años. Por eso se pueden analizar mejor las variaciones», detalla.

Mientras tanto, lo más importante es no cruzar los brazos. «En primer lugar creemos que la principal actividad es la educación sexual, para que todos y todas sepan cómo ejercer mejor y más saludablemente su sexualidad», recomienda Bianco. En segundo lugar, remarca la importancia del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable para implementar la información y asistencia a la población sobre derechos y sobre salud sexual y reproductiva. «La información y provisión gratuita de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción hormonal de emergencia, es clave para evitar embarazos cuando no se planearon ni se pueden sostener», concluye Mabel Bianco.

«No hay que abandonar a las pacientes a su suerte»

Esta frase es parte del artículo que los médicos del Hospital Argerich publicaron en la revista de la *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil*, que llegó a nosotros a través de Sandra Vazquez, médica ginecóloga e impulsora de un servicio de Asesoramiento Pre y Post Aborto que funciona en el área de Adolescencia de esta institución. Esta iniciativa se encarga de acompañar a adolescentes que han tomado la decisión de abortar o a aquellas que ya lo han hecho.

«Los médicos nos encontramos ante una situación para la que no hemos sido formados. Pero dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbilidad, teniendo herramientas para ofrecerle, nos ubica ante una encrucijada», redactaron en el artículo. Es que ellos explican que más allá de las discusiones que se generen alrededor de esta problemática, hay una sola cuestión en la que todos coinciden, y es que «ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo».

El objetivo de este servicio es brindar un trato amigable y escuchar atentamente a las pacientes que, según una investigación realizada en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, a veces reciben por parte de los médicos «tratos verbales humillantes». Por eso acompañan a las adolescentes no sólo a través de diagnósticos médicos, sino también psicosociales. También destacan la importancia de una adecuada atención post aborto para evitar embarazos no deseados en el futuro. «Tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y daños de un aborto y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance», sostienen.

La problemática del aborto genera desacuerdos sociales, institucionales, políticos y religiosos. Pero mientras nadie se pone de acuerdo, los números crecen y las respuestas no llegan.

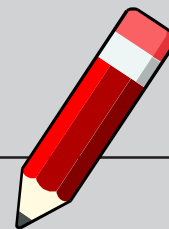
Publicado por *Fundación Huesped*, 17 de marzo de 2008



ACTIVIDAD

- Reunidos en grupos de hasta cuatro chicos, lean atentamente el artículo y extraigan la idea principal. Anótenla y busquen un film en su videoclub que hable del tema. Cada grupo elegirá una película y la mirará en su casa, comentándola luego con el resto del curso.

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



■ Reunidos en grupos de cuatro o cinco chicos/as realicen las siguientes actividades:

- 1) ¿Por qué se dice que el adolescente tiene que 'rearmar su cuerpo'?
- 2) Definan el concepto de «maternidad y paternidad responsable».
- 3) ¿Cuál creen ustedes que es el mejor momento de una persona para ser madre o padre?
- 4) ¿Consideran que siempre es posible planificar la procreación de un modo responsable?
¿Por qué?
- 5) Expliquen con sus palabras los conceptos de «resiliencia familiar», «cohesión familiar», «adaptabilidad familiar» y «comunicación familiar».
- 6) Piensen en estos cuatro conceptos y traten de identificarlos en sus núcleos familiares
¿Qué características poseen?
- 7) Realicen un informe grupal de dos carillas sobre los derechos de los adolescentes y la salud reproductiva y la procreación responsable. Pueden buscar recortes periodísticos que hablen sobre el tema, leerlos y comentarlos.
- 8) ¿Consideran que es importante que los jóvenes utilicen métodos anticonceptivos? ¿Por qué?
- 9) ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que los previenen de contraer enfermedades de transmisión sexual?
- 10) Definan el concepto de ETS.
- 11) ¿Qué tipos de ETS conocen?
- 12) Lean el artículo 'Maternidad precoz: un fenómeno que preocupa' y expliquen con sus palabras de qué trata.

Charlemos sobre nuestra sexualidad

Propuesta de trabajo n° 1

· Reunidos en pequeños grupos (de cuatro o cinco chicos), realicen un ejercicio de imaginación. Es importante que los grupos estén formados por varones y mujeres.

1. Escribirán la historia de una pareja, contando cómo se conocieron, cómo se sentían juntos, qué esperaba uno del otro, qué cosas compartían, por qué discutían, qué salidas realizaban, con quiénes se relacionaban, etc.

2. Luego, leerán lo escrito al resto de la clase y tratarán de analizar y responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué es una pareja?
- ¿Qué tipos de parejas existen?
- ¿Son todas iguales?
- ¿Qué diferencias existen entre los distintos tipos de parejas?
- ¿Existen diferencias entre las expectativas que tienen los varones respecto de las que tienen las mujeres a la hora de elegir una pareja? ¿Cuáles?
- Si pudieran decidir racionalmente a la hora de elegir una pareja, ¿qué cosas les gustaría encontrar en la otra persona? ¿Por qué?
- ¿Qué características los alejan de una persona? ¿Por qué?
- ¿Qué diferencias creen ustedes que existen entre una pareja adolescente y una pareja de personas adultas?

Propuesta de trabajo n° 2

Tomaremos el siguiente relato para pensar en la toma de decisiones dentro de una pareja.

Supongamos que existe una pareja de adolescentes que se están conociendo, y de golpe irrumpe, sin aviso, un embarazo. En algunos casos, como en éste, la decisión de ser padres se toma después de que el hijo ha sido gestado, es decir, cuando la mujer ha quedado embarazada sin haberlo elegido previamente.

- ¿Qué puede sentir en estos casos una pareja?
- ¿De qué diferentes maneras pueden vivir un hombre y una mujer esta situación?
- Cuando esto sucede en una pareja de adolescentes, ¿quién y cómo toman las decisiones?

- En algunos casos, la decisión contempla un tema muy polémico: el aborto. Busquen en diarios, revistas e Internet información sobre este tema. Analicen cuáles son las ventajas y las desventajas de tomar una decisión de este tipo.
- Si te pasara a vos, ¿qué decisión tomarías? ¿Por qué?

Propuesta de trabajo n° 3

- Luego de abordar detenidamente los temas de este capítulo (sexualidad responsable, métodos anticonceptivos, etc.), elijan en pequeños grupos uno de estos temas, el que más les interese, e investiguen. Puede existir más de un grupo que se encuentre investigando el mismo tema. Para realizar la investigación podrán realizar lo siguiente:
 1. Pedir orientación al profesor;
 2. buscar bibliografía;
 3. buscar artículos de actualidad en los diarios;
 4. hacer entrevistas o invitar a charlas a especialistas del tema: médicos obstetras, psicólogos, ginecólogos o profesionales dedicados a adolescencia. (Tengan en cuenta que, sobre todo en relación con los temas métodos anticonceptivos y aborto, existen muchas opiniones diferentes. Es importante que, además de informarse, las conozcan y sepan por qué cada uno piensa como piensa. De este modo, a través del análisis de las diversas opiniones sobre un mismo tema, cada uno podrá ir formando su propia opinión a través de un análisis crítico y no mediante una repetición mecánica de saberes de otros).
 5. Elaboren un informe escrito a partir de lo que han podido investigar. Sería bueno que aparecieran preguntas (sin respuesta), lo cual nos indicaría que hemos realizado una investigación a conciencia. Escribanlas, ya que estas darán lugar a futuras investigaciones. De esta forma sabremos que hemos avanzado en el conocimiento de ese tema, pero que aún queda mucho por descubrir.
 6. Compartan lo trabajado con el resto de la clase. Vean si las pregunta que ustedes tienen sin responder pueden ser respondidas por otros grupos.

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

ARGENTINA: SENSACIONES

HISTORIA DEL SIDA EN LA ARGENTINA

Director: Hernán Aguilar

Sinopsis

Sensaciones es la primera película que aborda la historia de la epidemia del VIH/SIDA en la Argentina desde sus inicios hasta nuestros días. El film narra la odisea que padecieron estas personas durante los primeros años de la epidemia, donde la muerte y la inexistencia de las drogas que pudieran revertir la enfermedad eran los protagonistas excluyentes.

A través de la ficción se recuperan situaciones cotidianas que se repetían en la sociedad: la incompreensión que, por desconocimiento, tenían las familias hacia sus propios hijos, la falta de camas en los hospitales debido a la gran demanda de internación que ocasionaban las recurrentes enfermedades, la impotencia de los médicos ante la escasez de medios para tratar esta nueva enfermedad.

El film plantea un recorrido por los momentos clave de esta historia: el antes y el después de la Conferencia Mundial del Sida (Vancouver / 1996), la lucha de los pacientes por conseguir que las drogas estuvieran en el Vademécum Nacional (y luego por la entrega de las mismas en tiempo y forma), la sanción de la ley Nacional de Sida y la situación actual, que presenta una gran disminución de las internaciones y muertes, hablan del éxito de los tratamientos y de la enfermedad que dejó de lado el estigma de muerte.

ELEMENTOS DE DEBATE

- 1 . Luego de proyectar el film, analicen grupalmente el mensaje.
- 2 . Relacionen este tema con el de la discriminación. ¿Qué tipo de discriminación aparece? ¿Por qué?
- 3 . Si tuvieras un compañero con VIH/SIDA, ¿qué actitud tomarías frente a él? ¿Por qué?
- 4 . ¿Qué opinan?: «Es útil que el cine muestre el tema del SIDA». Fundamenten.
- 5 . ¿Están de acuerdo?: «Esta película combina lo documental y la ficción». Fundamenten.

CAPÍTULO VI

EL SIDA

El SIDA es una etapa avanzada de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) -en inglés la sigla es HIV-. Lo correcto, entonces, es hablar de la infección VIH/ SIDA sabiendo que es un proceso. Este virus deja sin defensas al organismo. Concretamente mata a un tipo de células -los linfocitos CD4- que integran el sistema inmunológico, encargado de defender de los agentes que producen las enfermedades. También se aloja en órganos y glándulas. Puede afectar a cualquier persona que no adopte medidas preventivas y, por el momento, es incurable.

Diferencias entre VIH y SIDA

La palabra SIDA significa ‘Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida’. Es decir, que se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas (síndrome) que indican que las defensas están disminuídas (inmuno deficiencia) porque se contagió el virus (adquirida). Es posible estar infectado con el VIH - o sea, ser «VIH positivo» o portador del virus - y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde que el virus entra en el cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, en promedio 10 a 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano.



No obstante, esta información debe ser manejada con cautela, ya que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con el propio desarrollo de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos. En todas estas cuestiones, cualquier duda debe ser consultada con un profesional especializado.

Cualquiera puede contagiarse
La mejor actitud ante el enfermo es la
no discriminación

Si bien hoy se conocen las formas de contagio, la enfermedad continúa avanzando. Falsas creencias, prejuicios e ideas erróneas hacen que se la siga asociando a grupos de homosexuales, prostitutas y drogadictos.

En realidad cualquiera de nosotros puede contraer la enfermedad, todo depende de las conductas que adoptemos. Muchas veces con el simple conocimiento acerca de sus formas de contagio y consecuencias no alcanza para frenar su avance. Aún la gente más informada en el tema sigue exponiéndose a conductas de riesgo y, hoy por hoy, no existe una cura definitiva.

¿Por qué es tan dificultoso prevenir el contagio de esta enfermedad? ¿Basta con la simple información biomédica o será necesario algo más? Ya sabemos que infundir miedo en la población no disminuye el contagio. Este era el objetivo de las campañas de prevención en el pasado, cuyos resultados no coincidían con sus objetivos: el miedo aumentaba la curiosidad hacia lo prohibido.

No resulta fácil hablar de SIDA en la actualidad, ya que para adentrarnos en esta problemática -cuyas causas son biológicas y sociales- debemos referirnos a la sexualidad, a la discriminación y a la muerte. Y sobre todo, debemos hablar de los adolescentes y los jóvenes y la forma en que ellos ejercen su sexualidad, los modelos con los que se acercan al otro sexo: qué es para ellos ser un hombre o ser una mujer.

Muchas veces, estos modelos fuertemente internalizados desde los primeros años de vida, hacen que no se cuiden. Muchos jóvenes creen que ser hombre significa 'estar siempre listo' o que la sexualidad femenina tiene como fin primordial el ser madre. Estas ideas terminan prevaleciendo por sobre toda la información médica que tengamos sobre la enfermedad, ya que es muy difícil cambiar modos de ser y actuar fuertemente arraigados.

Si de niños nos decían que el hombre es el jefe del hogar que debe mantener a su familia mientras la mujer se queda en la casa haciendo las tareas domésticas, de grandes será complicado modificar estos modelos a los que seguramente nos hemos ido identificando como hombres o como mujeres. Con la sexualidad pasa exactamente lo mismo. Por eso, los prejuicios que tengamos acerca de ella deberán analizarse, debatirse y contraponerse con otros puntos de vista para poder empezar a pensarlos, apropiarse de ellos y si es necesario, cambiarlos por otros.

La escuela podrá crear espacios para trabajar estas preconcepciones, analizarlas y reconstruirlas a partir del trabajo conjunto entre alumnos y docentes. No bastará con la transmisión de la información sobre el VIH/SIDA: será preciso trabajar acerca de los prejuicios, los valores, las normas y las pautas de conducta de los adolescentes.

El amor implica responsabilidades y cuidados recíprocos



PARA ENTENDER MÁS DEL VIH/SIDA

A continuación te presentamos una serie de preguntas con sus respectivas respuestas para entender más sobre el VIH/SIDA.

¿Cómo actúa el VIH?

El VIH tiene la particularidad de atacar a los linfocitos, que son los directores de nuestro sistema de defensa. Inicialmente el VIH permanece en estado latente, es decir, «dormido» dentro de los linfocitos. En algunos casos, al cabo de un tiempo, a menudo años y por causas aún no bien determinadas, el virus se activa, es decir, se «despierta» y comienza a destruir los linfocitos. De esta forma, el HIV debilita progresivamente el sistema inmune, logrando que nuestro organismo no pueda luchar adecuadamente contra diversos gérmenes.

¿Es lo mismo estar infectado por el VIH que padecer la enfermedad del SIDA?

No. El hecho de que una persona esté infectada por el HIV, es decir, que sea portadora del virus, no quiere decir que tenga o vaya a tener SIDA, pero sí indica que puede transmitir la infección a otras personas.

¿De qué manera se transmite el VIH?

Se puede transmitir por tres vías:

■ **Sanguínea:** a través del intercambio de agujas y jeringas y/o cualquier elemento punzante. Durante el embarazo y el parto, y por transfusiones de sangre no controladas.

■ **Transmisión sexual:** las relaciones sexuales pueden transmitir el HIV, ya sean homosexuales o heterosexuales. El paso del virus se realiza a través de las lesiones o heridas microscópicas.

■ **Transmisión perinatal:** una mujer portadora del HIV puede transmitir la infección a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Este riesgo se puede reducir en forma sustancial si la mujer es tratada precozmente durante su embarazo y evita darle de mamar a su bebé.

¿Para qué sirve hacerse un análisis?

■ Para saber que si te has infectado, no debes tener relaciones sexuales sin preservativos ni compartir agujas.

■ Para evitar un embarazo y en caso de no querer hacerlo, para no amamantar al bebé.

■ Para empezar a recibir ayuda médica. Existen distintas drogas para retardar el desarrollo de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

¿Cómo es la confirmación del resultado?

El análisis del SIDA puede hacerse solamente con tu consentimiento, es confidencial y debe estar confirmado.

Dado que la prueba de Elisa no es específica de la infección por VIH, su resultado debe ser confirmado con otras pruebas.

Después de la prueba del anticuerpo del SIDA, recibirás un resultado positivo o negativo. El resultado positivo sólo es válido cuando está confirmado.

Si su análisis es VIH negativo...

¿Qué significa este resultado?

Significa que existen muchas posibilidades de que no hayas contraído la infección por VIH. Es conveniente que este análisis se repita a los cuatro meses, si así te fue indicado.

¿Qué es el «Período Ventana»?

Es el tiempo (aproximadamente de dos a seis meses) que transcurre desde que una persona se infecta hasta que el organismo crea los anticuerpos para poder defenderse del VIH.

¿Cómo cuidarse?

Es importante siempre usar preservativo. Si mantienes relaciones sexuales con una persona que vive con VIH -cualquiera sea su sexo- deberás repetir el análisis cada 3 meses, sin olvidar el período ventana. Hasta que no hayas realizado el segundo análisis -si esto te fue indicado- no permitas que tu sangre, semen o fluidos vaginales lleguen a otras personas. No dones sangre ni órganos.

Si su análisis es HIV positivo... ¿Qué significa esto?

■ El resultado positivo significa que se ha desarrollado el virus en tu cuerpo. Que tengas el virus del VIH no quiere decir que desarrollarás el SIDA y te enfermarás.

■ Una persona puede estar infectada por el VIH y conservar un estado saludable durante muchos años. Lo fundamental para ello es respetar el tratamiento que le fuera indicado.

■ Deberías sugerirles a las personas que hayan tenido contacto sexual o hayan compartido jeringas o agujas con vos que consulten al hospital más cercano.

■ Si tu pareja no tiene el VIH debe realizarse el análisis cada tres meses. Si ambos integrantes de la pareja tienen el VIH, igual deben cuidarse, porque volver a infectarse es perjudicial ya que incrementa la posibilidad de enfermarse.

¿Qué hacer?

Consultar lo antes posible con un médico infectólogo para que te oriente.

¿Es posible tratar la enfermedad?

Sí. Hay tratamientos que, aunque no eliminan el virus, tienden a detener su avance. Estos tratamientos han progresado, logrando una mejor calidad de vida para las personas que viven con VIH.

¿Qué pasa con las mujeres embarazadas?

Una mujer embarazada que tiene el virus del VIH puede transmitir la enfermedad a su bebé. Esto puede suceder durante el embarazo, en el momento del parto o por medio de la leche materna. Es muy importante que la mujer embarazada sepa si está infectada o no. El tratamiento precoz aumenta muchísimo las posibilidades de no transmitir el virus al bebé. Consulta a tu médico todo lo que necesites saber sobre tu embarazo y las alternativas de tratamiento.

¿Qué derechos tienes?

■ Las leyes nacionales establecen el tratamiento gratuito en los hospitales públicos a toda la población. Asimismo, las obras sociales y las prepagas médicas tienen la obligación de prestar cobertura total.

■ El resultado de las pruebas es confidencial. Por ley nacional, los profesionales médicos, psicólogos o cualquier otra persona que por su ocupación se entere de que alguien es portador del VIH o está enfermo de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información.

■ Existe en nuestro país una Ley de SIDA que prohíbe la toma de análisis de VIH de modo obligatorio.



El afecto ayuda a sobrellevar cualquier enfermedad

Algunos hechos importantes para mencionar

Toda persona que es portadora del virus de VIH, como la persona enferma de SIDA pueden contagiar el virus. El SIDA no se previene alejándose de personas afectadas. Esa actitud margina mucho al enfermo y deja desprotegidos a los demás.

LOS ADOLESCENTES Y EL VIH/SIDA

La sexualidad propiamente adulta hace su irrupción desde la pubertad, cuando comienza a generarse la búsqueda del otro. Las características de esta etapa hacen que el adolescente se vea expuesto a situaciones que todavía no puede manejar. De esta manera, los adolescentes y los jóvenes son los sectores de la población con mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Se trata de un etapa de cambio, de crisis, de duelos. Será necesario elaborar la pérdida del cuerpo infantil, la pérdida de los padres de la infancia y la pérdida de la sexualidad infantil. Esta metamorfosis no se produce de la noche a la mañana: se trata de todo un período de reorganización del mundo interno.

Cuando los patrones propios del mundo infantil dejan de ser útiles para explicar la realidad, el púber deberá buscar otros. Y es aquí cuando aparecen las crisis adolescentes: las antiguas significaciones que organizaban el mundo infantil ya no sirven; ya no se cree en los saberes de los padres de la infancia; ya no basta con las visitas a los familiares más cercanos. Empiezan a generarse nuevos intereses: grupos musicales, grupos de amigos, salidas del hogar con pares, etc.

El despertar sexual irrumpe y si no se cuenta con la contención afectiva necesaria para afrontar las sucesivas crisis adolescentes, no será raro que aparezcan conductas de riesgo.



Sin contención afectiva, valores apropiados e información,
la sexualidad puede ser riesgosa

Una de las características propias de esta etapa es el desasimiento de la autoridad de los padres. El adolescente ya no presenta la misma dependencia que tenía con ellos en la infancia. Aparecen nuevas relaciones afectivas y un gran interés hacia el mundo exterior a la familia. El adolescente comienza a lograr cierta independencia respecto de los padres de la infancia, pero este proceso no ocurre instantáneamente, será necesario atravesar por situaciones que permitirán constituir una nueva identidad: la identidad adulta. Es por esto que en esta etapa resulta problemático el diálogo con los padres.

Pero debemos tener en cuenta que la escuela como institución si puede generar espacios donde abordar la temática del VIH/SIDA, propiciando espacios de debate que permitan generar en los alumnos aptitudes para la vida. Si bien es preciso brindar a los jóvenes información biomédica (cómo se pueden prevenir del VIH/SIDA, cuáles son las vías de contagio), es aún más importante generar espacios aúlicos que permitan formar en valores y en aptitudes para la vida que posibiliten a los jóvenes desarrollar conductas saludables y evitar comportamientos de riesgo.

Los conocimientos prácticos más importantes relacionados con el VIH/SIDA que pueden aprender los jóvenes son los siguientes:

- Cómo tomar decisiones acertadas sobre las relaciones personales y sexuales, y cómo defenderlas.
- Cómo identificar las propias razones personales para resistir a las presiones para una relación sexual o el consumo de drogas no deseados.
- Cómo reconocer y evitar o abandonar una situación que puede volverse arriesgada o violenta.
- Cómo y dónde buscar apoyo y tener acceso a servicios de salud disponibles.
- Cuándo se está dispuesto a tener relaciones sexuales.
- Cómo tratar a una persona infectada de VIH/SIDA.
- Cómo cuidar a las personas con SIDA en la familia y en la comunidad.

Los jóvenes representan un valor enorme para la sociedad. Por esto, será muy importante invertir en ellos -en su educación y en su salud- para ayudar a tener bajo control la epidemia general de VIH/SIDA. Cuando hablamos de educación nos referimos a la importancia de espacios de prevención que permitan formar sujetos críticos capacitados para tomar decisiones autónomas frente a diversas circunstancias vitales.

Los programas de prevención eficaces

Los programas eficaces comparten las siguientes características:

- Se centran en las aptitudes para la vida – especialmente por lo que se refiere a la adopción de decisiones, la negociación y la comunicación- con el doble objetivo de aplazar las relaciones sexuales y fomentar las relaciones con protección.
- Prestan especial atención en personalizar el riesgo mediante la escenificación de situaciones y las discusiones apropiadas.
- Examinan claramente el resultado probable de una relación sexual sin protección y, en términos semejantes, las formas de evitar este desenlace.
- Explican dónde puede acudir a buscar ayuda y apoyo entre los compañeros, el personal escolar y los servicios.
- Destacan el hecho de que los conocimientos prácticos útiles para protegerse a uno mismo del VIH ayudan también a erigir la confianza en sí mismo y a evitar el embarazo no deseado, el abuso sexual y el abuso de drogas (incluidos el tabaco y el alcohol).
- Refuerzan los valores y las normas, y el apoyo de los compañeros, para adoptar y mantener un comportamiento seguro y oponerse a un comportamiento de riesgo, tanto en la escuela como en la comunidad.
- Facilitan tiempo suficiente para el trabajo en el aula y para los métodos de aprendizaje interactivos, como las escenificaciones de situaciones y las discusiones de grupo.

Tomado de: www.unaids.org

Los expertos coinciden en que la educación y la prevención son herramientas fundamentales para combatir el mal y que las campañas oficiales resultan, hasta aquí, incompletas, escasas y poco efectivas. Aseguran que las actividades de educación deben ir más allá de una simple publicidad televisiva: deben estar destinadas a cada tipo de público, con lenguajes y códigos particulares. Además, se requieren campañas en escuelas y trabajos personalizados.

No se trata de infundir miedo, sino de enseñar a protegerse por respeto a la vida.

CONTAGIO DEL SIDA	
HAY RIESGO	NO HAY RIESGO
Transmisión de la madre infectada al hijo por nacer	Darse la mano, besarse o abrazarse con un infectado
Recibir transfusiones de sangre o sus derivados que no estén controlados	Intercambiar la ropa, un apretón de manos o compartir el mate
Intercambiar el cepillo de dientes	Estudiar, trabajar o jugar con infectados
Realizar tatuajes con agujas sin esterilizar	Compartir una conversación con una persona infectada
Intercambiarse la máquina de afeitar	Tener relaciones sexuales usando preservativo
Tener relaciones homo o heterosexuales sin usar preservativo	Beber del mismo vaso o botella
Compartir agujas y/o jeringas	Bañarse con personas infectadas (duchas o piscinas)



La consigna es ¡cuidarse!

RELACIONES SEXUALES Y CUESTIÓN DE GÉNERO

Muchas veces las decisiones acerca del momento de la iniciación sexual las toma el varón. Sin embargo, queremos detenernos a pensar atentamente en este punto; es por ello que introducimos este apartado donde hablamos de relaciones sexuales y de género.

¿Por qué esto es así? Quizás sin darnos cuenta desde los primeros años de nuestra infancia vamos aprendiendo roles acordes a nuestro género. La cultura en la que vamos creciendo nos impone casi imperceptiblemente roles y funciones según seamos varones o mujeres. Es así que se viste desde temprano a las niñas de rosas y se les da muñecas, así como a los varones se los prepara para ser rudos y jugar con autitos.

Al llegar la adolescencia muchas chicas adoptarán un rol pasivo, dejando al varón espacio para la toma de decisiones. Sin embargo, esto resulta muy peligroso sobre todo si hablamos de sexualidad en tiempos del SIDA. Es fundamental, que tanto varones como mujeres puedan decidir qué hacer y qué no hacer, no sólo en lo que respecta a su sexualidad sino en todos los ámbitos de su vida. Y la escuela puede enseñar a estos jóvenes a tomar decisiones y a no dejar en manos del varón las decisiones que deben ser compartidas.

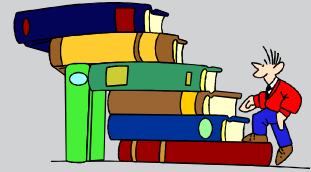
Algunas veces, ciertas enseñanzas que provienen de modelos y patrones familiares no permiten a estos jóvenes realizar una elección verdadera. Suponiendo que es el varón quien debe decidir, muchas veces las chicas aceptan las decisiones que provienen de él. Decisiones, muchas veces riesgosas, sobre todo cuando se trata de chicos que, al carecer de conciencia respecto del riesgo de tener relaciones sin usar preservativo, se exponen a ellas sin cuidarse a sí mismos ni a sus compañeras.

El temor de ser ‘mal vista’ hace que muchas veces las chicas no quieran proponer el uso del condón al varón. Sin embargo, debemos saber que el hecho de tomar decisiones no es algo que le competa al varón, sino que es un derecho de todas las personas y nos muestra como sujetos responsables, autónomos y libres.



En la pareja,
la mujer y el hombre
deben tener «voz y voto»

LECTURA



La prevención del SIDA necesita un tratamiento más integral

‘Triki triki bang bang’, una campaña de prevención del SIDA incompleta.

La enfermedad del SIDA es una problemática compleja, pues tiene varias fuentes de contagio y no sólo se debe pensar en las relaciones sexuales.

Por lo tanto, al trabajar en esta causa social se deben mostrar todas las fuentes de contagio y no se debería caer en el reduccionismo de las relaciones sexuales, dado que también se puede contraer el SIDA a través de la transfusión de sangre infectada, compartiendo jeringas y por el pinchazo de agujas infectadas.

Por supuesto que la causa que tiene mayor índice de riesgo es la transmisión sexual, pero no se debe dejar de encarar la prevención sobre el resto de las causas.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la comunicación es sólo una parte de un programa de marketing social, si es que se está intentando hacer eso, que sería lo más apropiado; dado que el trabajo en marketing social se sustenta en una profunda investigación del ‘público objetivo’, o sea los destinatarios del programa, que se dividen en segmentos, para luego dirigirse a ellos conociendo sus necesidades, lo que permitirá comunicarse de una manera más efectiva.

La problemática del SIDA afecta a varios segmentos de la población, por eso no se debería pensar que sólo por medio de una comunicación efectista dirigida a un segmento de la población se puede lograr que el público adopte el comportamiento deseado. Si se considera que esto es suficiente, se revelaría una marcada falta de investigación de la problemática y si a esto le sumamos, la desigualdad que tiene en materia de educación la República Argentina este reduccionismo puede ser más perjudicial que beneficioso, dado que ninguna campaña de prevención del SIDA puede dejar de mostrar a esta enfermedad con todo el peligro que esta tiene, recurriendo a todas las formas de comunicación que sean necesarias. No se trata de asustar, pero claramente, a esta enfermedad no se la debe subestimar.

Por último, un programa de marketing social no estará encarando la cuestión de una manera integral, si junto con la comunicación no se destinan partidas presupuestarias suficientes para prevenir y atender la enfermedad en los hospitales públicos y además se desarrollen acciones concretas para darle apoyo psicológico y espiritual a quienes padecen la enfermedad, como también evitarles cualquier forma de discriminación.

Si se desea conocer más sobre esta campaña, visitar:
<http://www.trikirikibangbang.com.ar/>

LECTURA



La acción de la UNESCO frente a la pandemia del VIH/SIDA

En muchos países, el impacto del VIH/SIDA y de otras enfermedades infecciosas es tan devastador como una guerra.

La UNESCO quiere sacudir la apatía que existe para denunciar el ostracismo, vencer la opresión del silencio y promover unas actitudes más altruistas. En colaboración con los interlocutores de ONUSIDA, los Estados Miembros, los actores de la sociedad civil y el sector privado, la UNESCO contribuye a la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA, centrándose en los tres objetivos siguientes: integrar la educación preventiva en materia de VIH/SIDA en los programas mundiales de desarrollo y en las políticas nacionales; adaptar la educación preventiva a la diversidad de las necesidades y de los contextos; fomentar un comportamiento responsable y reducir la vulnerabilidad.

Luchar contra el VIH/SIDA mediante la educación preventiva exige un programa multiforme. La prioridad de la UNESCO en materia de educación preventiva se articula en torno a cinco objetivos:

- Movilizar todos los niveles
- Adaptar el mensaje
- Cambiar los comportamientos de riesgo
- Atender a las personas infectadas y afectadas
- Limitar el impacto del VIH/SIDA

La prevención no sólo es la solución más económica, sino también la más eficaz: fomenta los cambios de comportamiento por los conocimientos que difunde, las actitudes que suscita y las competencias que aporta a través de técnicas de comunicación juiciosamente adaptadas a las especificidades culturales. Es fundamental un enfoque basado en los derechos de las personas, tanto para crear programas de educación preventiva y acciones terapéuticas como para combatir la estigmatización y mejorar las condiciones de vida de las personas infectadas o afectadas.

Movilizar a todos los niveles

Gracias a su experiencia interdisciplinaria y a su misión internacional, la UNESCO puede desempeñar un papel de líder y entregar un mensaje a un público muy amplio.

Se pide a todas las instituciones que se movilicen para redoblar sus esfuerzos en favor de la educación preventiva, en particular, a todos los sectores gubernamentales (los ministerios y sus agencias), las organizaciones no gubernamentales, la sociedad entera y el sector privado (las escuelas, las empresas, los sindicatos, la prensa) para que unan solidariamente sus fuerzas y sus recursos al servicio de la educación preventiva.

Adaptar el mensaje

Comprender la naturaleza de la infección y el mecanismo de propagación del virus es la condición previa para que se produzca un cambio en los comportamientos que están en su origen.

La transmisión del SIDA (que se traduce por la incapacidad del organismo a repeler o a vencer varias enfermedades después de haberse infectado por un virus, llamado VIH) es relativamente

fácil de prevenir, suponiendo sin embargo que los individuos estén informados y motivados. El conocimiento de las prácticas de riesgo, como las relaciones sexuales sin protección o el intercambio de agujas, ha permitido disminuir los índices de infección en los países desarrollados. Por el contrario, las campañas centradas exclusivamente en los aspectos negativos pueden suscitar la estigmatización y la discriminación, incluso agravar los riesgos. El *savoir-faire* no sólo sirve para evitar la enfermedad, también fomenta el diálogo y el respeto para con las personas infectadas.

El mensaje que hay que transmitir depende también del sistema de referencia en el cual se interpreta. En efecto, los factores sociales que determinan la capacidad de comprensión y de juicio son varios: edad, sexo, acceso a la educación, situación económica, creencias religiosas, etc. Es fundamental que aquellos que reciban el mensaje puedan entenderlo, actuar consecuentemente y transmitirlo.

Cambiar los comportamientos de riesgo y reducir la vulnerabilidad

La UNESCO tiene como objetivo movilizar todas las instituciones sociales con el fin de llegar a los grupos más vulnerables. Una comunicación eficaz es fundamental para traducir los conocimientos en nuevos comportamientos.

Algunos hechos que no hay que olvidar: la mayoría de los niños y de los jóvenes no son portadores del VIH. Por una parte, para detener la epidemia, las personas no infectadas deben conocer su modo de propagación, y por otra parte, las personas infectadas deben saber cómo proteger a los otros de la contaminación. Debe darse la prioridad absoluta al grupo de entre 10 y 25 años, que representa alrededor de la mitad de los nuevos casos de infección.

Por otra parte, por su constitución biológica, las mujeres están más expuestas al riesgo de VIH/SIDA debido a su dependencia social y económica y a actitudes sexistas. Incumbe por tanto a los hombres el hacer uso de su posición de fuerza y de sus privilegios en el ejercicio de responsabilidades y de la autoridad. Deben actuar a todos los niveles de la sociedad, desde el vértice hasta la base, implicándose personalmente e implicando a las comunidades a las que pertenecen en esta lucha, especialmente dejando a un lado algunos comportamientos nocivos típicamente masculinos.

La UNESCO presta su apoyo a la elaboración de programas escolares que tengan en cuenta las especificidades de los dos sexos y los valores culturales.

Atender a las personas infectadas o afectadas

Debido a que el derecho a los cuidados está lejos de ser algo plenamente conseguido y que los tratamientos médicos no están realmente a disposición de todos, sin discriminación, una de las misiones esenciales de la UNESCO es la de luchar contra la indiferencia, sensibilizar más a las poblaciones y mejorar los cuidados.

Las personas portadoras del VIH pueden llevar una vida productiva durante largos años siempre y cuando se beneficien de un tratamiento, de una ayuda social y de una mejor alimentación. El éxito de un tratamiento de larga duración en una persona infectada exige la cooperación total, la libertad de intercambio, el respeto y la compasión de las personas de su entorno, es decir, no sólo del personal médico, sino también de su familia, de sus amigos, de sus colegas y de la comunidad entera.

Los valores y los derechos humanos que defienden la dignidad de todos y que recurren a la solidaridad de cada uno se sitúan en el centro de las reflexiones, de los debates y de las acciones de la UNESCO.

También es urgente invertir en la investigación de vacunas que limiten la transmisión madre-hijo y de traducir así los principios éticos en códigos de Deontología.

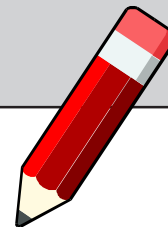
Limitar el impacto

Frente a unos índices que afectan al tercio de la población y, en algunos países, a la mitad de la población joven, no habrá una sola institución que no se verá afectada: servicios de sanidad,

establecimientos educativos, administraciones públicas, todos se estremecerán y todos pueden perder el ánimo. La amenaza es la misma sobre la gestión pública, desestabilizada por las pérdidas considerables de personal y de capacidad que experimentará.

Suscitando intercambios de información sobre las mejores prácticas y difundiéndolas a gran escala a través de un centro de información sobre la cuestión de programas escolares gestionado por la Oficina Internacional de la Educación (OIE) y a través de un centro de información sobre los impactos de la epidemias en el sector educativo y los medios de afrontarlos, gestionado por el Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE), la UNESCO elabora y difunde instrumentos que permiten vigilar y evaluar el impacto de la epidemia en los alumnos, las escuelas, los profesores, los establecimientos educativos y otras instituciones afines.

Tomado de www.unesco.org



ACTIVIDAD

- 1) ¿Cuáles son los cinco objetivos que propone la UNESCO para luchar contra el SIDA?
 - a-
 - b-
 - c-
 - d-
 - e-
- 2) ¿A qué se refiere el artículo cuando habla de 'prevención'?
- 3) Reunidos en grupos, lean el artículo y, luego de analicen los objetivos que propone, piensen en qué puntos coinciden y en cuáles no con lo expuesto en el mismo. Fundamenten sus opiniones.
- 4) Al modo de la UNESCO, elaboren un «Programa de Prevención del SIDA» para las escuelas. ¿Qué objetivos plantearían como primordiales? ¿Por qué? ¿Qué piensan de lo que hacen respecto a esto, los medios de comunicación masivos como la tele o la radio? Ejemplifiquen.
- 5) Si el/la profesor/a está de acuerdo, pueden volcar su programa de prevención del SIDA en un papel afiche y exhibirlo en las carteleras.

EL SIDA NO SE CONTAGIA COMO LA GRIPE

No se transmite por:

- abrazar,
- besar,
- compartir vasos o cubiertos,
- tomar mate,
- intercambiar ropa.

Tampoco por compartir:

- el baño,
- la piletta,
- comer en la misma mesa,
- dormir en una misma cama.

Los insectos no lo transmiten, el sudor o las lágrimas de las personas infectadas tampoco.

Es por esto que discriminar, dejar de lado o no acompañar en su dolor a las personas que padecen esta enfermedad se convierte en un acto inhumano.



cuando compartes una prenda
EXISTE UN 0% DE PROBABILIDAD
de contraer VIH

 Cruz Roja Costarricense

 Cruz Roja Mexicana

 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

 vuelta en U

No saques de tu vida al que vive con SIDA
Conoce la verdad y pásala...

 CRUZ ROJA MEXICANA

El compartir el mate, así como vasos o cubiertos, no produce el contagio del SIDA

LECTURA



SALUD: ENCUESTA EN CENTROS DE SALUD PÚBLICOS DE LA PROVINCIA Y DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

EL 50% DE LOS PARTOS SON DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

Fueron entrevistadas más de 12 mil mujeres en 82 establecimientos. El 43 por ciento de ellas dice que no utiliza ningún método anticonceptivo. Y una de cada cuatro madres tuvieron ahora a su cuarto hijo.

Campañas y educación, en la mira.

Por: Pilar Ferreyra

Aunque ha crecido la cantidad de mujeres que hoy, a diferencia de algunos años atrás, tienen ya incorporada la conducta de cuidarse con algún método anticonceptivo, la mitad del total de las madres que tienen hijos en un hospital público reconoce que no había buscado la llegada de ese bebé a la familia. Y un 43,2 por ciento de ellas admite que no hace nada para evitar el embarazo.

Los datos son los resultados de la encuesta perinatal 2008, que realizó el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a los que Clarín accedió en forma exclusiva. Las entrevistas se realizaron a 12.018 madres que habían dado a luz 24 horas antes en 82 hospitales públicos (70 bonaerenses y 12 porteños). Se indagaron los centros de salud porteños porque 2.377 parturientas de la muestra, por ejemplo, viven en la Provincia pero vinieron a la Capital para tener familia.

La encuesta representa a un 95 por ciento de las mujeres que tienen familia anualmente en hospitales públicos bonaerenses y porteños. En los últimos tiempos se ha producido un retorno al hospital público de las capas medias de la población.

¿Por qué el 50,3 por ciento de los partos en maternidades públicas son el resultado de embarazos no planificados? «En el año 2000 sólo el 20 por ciento de las mujeres accedía a algún anticonceptivo, por ejemplo en la región 5°, que contiene a 3 millones de personas. Esto mejoró, pero la implementación sigue siendo complicada porque los municipios no abren los consultorios de atención básica de la salud, ni contratan los médicos necesarios. Y porque el programa nacional de salud sexual ha tenido mucha oposición de distintos sectores. No es casual que haya costado tanto implementar la educación sexual escolar», reflexiona Reinaldo Reimondi, flamante director del Hospital Sor María Ludovica de La Plata y presidente del comité asesor de la encuesta.

«No se trata de que el Programa Nacional de Reproducción Sexual y Procreación Responsable (PNRSyPR) se base en la entrega de insumos. Debe ser un programa que fortalezca a las mujeres que muchas veces, cuando tienen muchos hijos, no sólo no pueden trabajar sino que se vuelven más dependientes de un varón. La falta de planificación familiar está asociada, muchas veces, a situaciones de sometimiento», analiza la responsable del Programa Materno Infantil bonaerense, Flavia Rainieri.

«La anticoncepción no se habla en la pareja porque genera controversia; hay factores religiosos que generan que la pareja no coincida en cuál es el mejor método. El preservativo, por caso, es el anticonceptivo más usado porque los varones creen que así previenen la infidelidad y controlan cuándo tener hijos», dice Anahí Sy, una de las dos antropólogas que hizo las entrevistas en profundidad.

Según indicó Rainieri, la mayoría de las entrevistadas son mujeres de clase media baja o pobres, muchas de las cuales viven en situación de vulnerabilidad social: un 10% decidió seguir sola el embarazo, sin pareja; un 21,6% tiene menos de 20 años.

Además, del total de las mujeres de Buenos Aires que tienen hijos cada año, entre un 2 y un 3 por ciento son analfabetas o no terminaron tercer grado de la primaria. «Se trata de unas 3 mil madres que no van a saber leer las instrucciones de un medicamento. El analfabetismo es otro factor de exclusión», dijo Marcelo Jaquenod, del Sistema de Información y Vigilancia del Programa Materno Infantil de Buenos Aires.

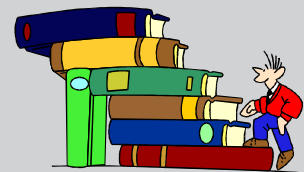
Los médicos consultados advierten que la falta de recursos económicos y de educación sexual aumenta la resistencia de las mujeres a una planificación familiar apropiada. El 21,4 por ciento de las entrevistadas acababa de alumbrar a su cuarto hijo y el 15,5 por ciento al tercero. «Todavía en la Argentina las mujeres no tienen derecho a elegir sobre su maternidad. Esto impacta sobre su salud y en la profundización del círculo de la pobreza para ellas y para sus hijos», opinó Virginia Franganillo, creadora del Consejo Nacional de la Mujer y directora del Observatorio de Género y Pobreza.

ACTIVIDAD



■ Trabaja con tu compañero/a de banco. Después de una lectura atenta, sinteticen en cinco frases breves el contenido de esta lectura.

LECTURA



Cuestiones relacionadas a la información específica del VIH/SIDA desde la perspectiva de las tres epidemias

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

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

Se hace necesario que la información sea precisa, pertinente y actualizada. Precisa, con el grado de certeza/incertidumbre que la ciencia maneja hasta ese momento, pero identificando claramente la fuente de información de la que se nutre. Pertinente, en función del destinatario de esa información, su edad, contexto sociocultural, respeto por su sistema de creencias y valores. Actualizada, pues si consideramos que la historia biológica de la enfermedad y la problemática social que suscita se están escribiendo, conviene mantener una actualización razonable.

Algunos saberes que resultan indispensables para hacer prevención:

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

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

-Saber el por qué del valor de reemplazar las expresiones «portador», «enfermo», etc., por las de «persona viviendo con VIH» o «persona viviendo con SIDA», en tanto ello supone un reposicionarse frente a la epidemia y a las personas que padecen la infección.

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

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

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

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

-La tercera, de cuya existencia no hay suficiente divulgación y, por lo tanto tampoco conocimiento, es la de las consecuencias sociales que trae aparejada la presencia del SIDA en una comunidad. Por primera vez un organismo de salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce como epidemia algo que es del orden de lo social. Se ha constado que cualquiera que sea la cultura en la que aparece esta enfermedad, la primera reacción de los humanos es más o menos la misma, es decir, de gran temor frente a lo desconocido, por lo que apelan al recurso del «aislamiento» de los «infectados» (con el consecuente resultado de discriminación hacia ellos y aumento de su vulnerabilidad); esto conlleva también el aumento del propio riesgo de infección de los no infectados, por aferrarse a la falsa creencia de que sólo debo prevenirme si sé que hay alguien que vive con VIH o SIDA en mi entorno. La discriminación nos hace más vulnerables; esta tercera epidemia afecta absolutamente a todos. Los que ya tienen el virus en su cuerpo y los que, sin tenerlo, adoptan una conducta que restringe las pautas de cuidado y que arroja un resultado paradójico: creyendo estar cuidándose, en realidad se están exponiendo a mayor riesgo.

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

Cuestiones relacionadas a las «condiciones» que favorecen que las personas se cuiden

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

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

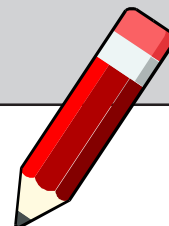
- Es bueno que las cosas (o la vida) perduren;
- Es posible que lo malo cambie y lo bueno mejore;
- Hay algún referente relativamente seguro que pueda oponerse a una fatalidad aplastante».

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

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

Frente a la complejidad del desafío de la prevención, la propuesta educativa debería partir de lo que sí comprenden los jóvenes acerca de la epidemia; si alguien no cree importante usar el preservativo, aún cuando sepa que es la mejor protección en una relación sexual, sería importante determinar qué cuestiones se ponen en juego en este acto. Quizás el pensar: «por una vez, total, no pasa nada», «con este chico no, porque lo conozco», o que siente «¿qué va a pensar de mí si le propongo usar preservativo?».

Tomado de *Salud, sexualidad y VIH/SIDA*



ACTIVIDAD

- 1- ¿Por qué se dice que el VIH/SIDA no es contagioso?
- 2- ¿Cómo se denomina comúnmente a la «persona viviendo con VIH»? ¿Por qué es mejor llamarlo así y no «portador»?
- 3- ¿Cuáles son las tres vías de transmisión del VIH?
- 4- ¿Cuáles son las tres epidemias de SIDA?
- 5- ¿Cuál es la reacción más común de las personas ante esta enfermedad? ¿Por qué?
- 6- ¿Qué genera esta conducta en las personas que están infectadas?
- 7- ¿Por qué se dice que «no sólo debo prevenirme si sé que hay alguien que vive con VIH o SIDA en mi entorno»? ¿Qué cambios en nuestras conductas genera esta visión?

**PREVENCIÓN
FOMENTA EL USO DEL PRESERVATIVO Y EL ANALISIS DE VIH**

NUEVA CAMPAÑA PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA

Según las estadísticas de la Dirección de Sida del ministerio de Salud de la Nación, desde el comienzo de la epidemia en 1982 hasta fin de 2007 se notificaron 67.245 personas infectadas con VIH, aunque se cree que muchas personas viven con el virus y aún no lo saben. Para ahondar en prevención, el ministerio lanzó la segunda etapa de una publicidad centrada en la necesidad del uso del preservativo y el análisis de VIH voluntario, gratuito y confidencial.

Esta vez, la campaña «Triki Triki Bang Bang» (www.trikitrikibangbang.com.ar), que culminará el 1° de diciembre (Día Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA), pone el preservativo en manos de la mujer: «Si no se lo pone, se lo pongo yo», es su lema. La primera había sido: «Sin triki triki no hay bang bang». No sólo apunta a jóvenes sino a hombres y mujeres de 13 a 50 años. Para comunicarlo eligieron famosos, como Jéssica Cirio, Roberto Piazza y Laura Azcurra.

Diario *Clarín*, jueves 20 de noviembre de 2008

Los periódicos reflejan la preocupación
por la difusión del SIDA

FUNDACIÓN HUESPED

En Fundación Huésped trabajamos incansablemente en la lucha contra el SIDA, pero esto no es posible sin tu ayuda. Hay muchas maneras en las que podés colaborar:

Acercándote y sumándote como voluntario

Gracias al trabajo y el tiempo de numerosos voluntarios, en la Fundación Huésped podemos hacer visitas semanales a varios hospitales, dar respuesta a las inquietudes de nuestro servicios de atención telefónica, difundir nuestra labor y la tarea de prevención en eventos, etc.

Haciendo ahora una donación:

Donar es muy sencillo, podés hacerlo con tu tarjeta de crédito. Necesitamos que cada vez más gente se sume a la lucha contra el sida.

Te recordamos que desde nuestros comienzos hemos podido realizar nuestro trabajo gracias a las donaciones de personas y empresas, para que podamos brindar cada vez más servicios.

Podés realizar tu donación on line llenando el cupón de nuestro sitio seguro, haciendo click aquí o imprimiéndolo y enviándolo por fax al 4981-7777

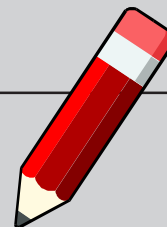
También podés donar llamando telefónicamente al 0800-222-HUESPED (4837) de lunes a viernes de 8 a 20 horas o acercándote, en ese mismo horario, a Pasaje Ángel Peluffo 3932, Capital Federal.

Muchas Gracias!!

Y además...

- Difundiendo información para prevenir la transmisión de HIV.
- Difundiendo la labor de Fundación Huésped.
- Convocando a su empresa para que colabore en nuestra tarea o sea sponsor de nuestros eventos.
- Comprando nuestras tarjetas de navidad.
- Participando en los eventos que Fundación Huésped organiza.

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

■ Reunidos en grupos de no más de cinco integrantes realicen las siguientes actividades:

- 1) Definan con sus palabras qué es el SIDA
- 2) ¿Por qué debemos decir VIH/SIDA y no HIV/SIDA?
- 3) ¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?
- 4) ¿Por qué no resulta fácil hablar del SIDA?
- 5) ¿Por qué resulta, a veces, tan difícil cuidarnos de contraer esta enfermedad?
- 6) Nombren las vías de contagio.
- 7) Nombren las actividades que pueden compartir con una persona enferma de Sida sin correr riesgos de contagio.
- 8) ¿Cuándo es aconsejable hacer el test del VIH/SIDA? ¿Por qué? ¿Dónde pueden consultar?
- 9) ¿Cuál es la población con mayor riesgo de contraer la enfermedad? ¿Por qué? (Expliquen las características más importantes de la adolescencia que hacen que puedan aparecer conductas riesgosas)
- 10) Lean atentamente el 'Nuevo informe sobre el estado de la población mundial' y redacten por escrito el mensaje del artículo.
- 11) ¿Qué relación existe entre pobreza y VIH/SIDA? Busquen artículos en diarios, revistas e Internet que permitan analizar esta relación. (Puede ser interesante analizar la enfermedad en países como los africanos).

12) Realicen una encuesta entre amigos y compañeros que permita detectar si los jóvenes adoptan medidas de prevención frente a esta enfermedad; o de lo contrario, conductas que ponen en riesgo su vida.

La sexualidad en los tiempos del SIDA

Vamos a tomar el tema del S.I.D.A. y la sexualidad, aunque no siempre sean temas que van de la mano. Sexualidad y S.I.D.A. se tocan en algunos puntos, pero no se confunden.

Como todo lo que afecta al ser humano, el S.I.D.A. tiene que ver con la vida y con la muerte, nos hace hablar del miedo, del cuidado, de las actitudes, de la pareja, de los hábitos y de las relaciones humanas.

Para comenzar a comprender, se hace indispensable conocer la información básica sobre el tema.

Propuesta n° 1

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

1. ¿Qué es el S.I.D.A.? Expliquen cada palabra que forma la sigla.
2. ¿Qué es el V.I.H.?
3. ¿Por qué se produce la enfermedad?
4. ¿Qué diferencia hay entre una persona infectada con el virus V.I.H. y un enfermo asintomático?
5. ¿Cuál de ellos puede transmitir el virus?
6. ¿Qué significa «persona que vive con V.I.H.»?
7. ¿Qué significa «conductas o comportamientos de riesgo»?

Propuesta n° 2

Te proponemos, a continuación, leer en pequeños grupos «La escuela y la prevención» y analizar detenidamente el artículo.

1. Extraigan el tema principal.
2. Realicen una síntesis en la cual explicarán lo planteado y las preguntas que surjan a partir de la lectura.
3. Compartirán esas preguntas con sus compañeros e intentarán responderlas con el resto de la clase.
4. Busquen más información en diarios, revistas e Internet sobre la prevención.

Propuesta n° 3

Realicen un informe monográfico sobre el tema a partir del análisis de una película que ustedes elijan (puede ser la propuesta al final de este capítulo u otra). Analicen el tema del film y relaciónenlo con los temas trabajados en el capítulo. Además, es importante tratar de analizar otros temas colaterales abordados en la película.

El informe (que constará de, por lo menos, tres páginas) será compartido con el resto de la clase.

Propuesta n° 4

Lleven a cabo una encuesta con gente allegada, a partir de una pregunta central: ¿qué opinan de la gente que tiene SIDA? Entrevistarán a familiares, amigos, vecinos y compañeros de actividades extraescolares. Será fundamental que en la encuesta participen personas de diversas edades: jóvenes, adultos y ancianos que lleven a cabo distintos oficios o profesiones, a fin de establecer similitudes y diferencias.

El objetivo será evaluar si la gente discrimina a las personas con SIDA y por qué, para lo cual redactarán al menos diez preguntas.

(Pueden tomar nota de las respuestas o bien utilizar un grabador de mano, lo cual será de mucha mayor comodidad).

A partir de lo trabajado elaborarán un informe con un análisis basado en las respuestas dadas por las personas entrevistadas.

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

FILADELFIA

Director: Jonathan Damme

Sinopsis:

El film, dirigido por Jonathan Damme, se convirtió en una obra que denuncia la discriminación en el ámbito laboral de los infectados de HIV y en una de las primeras en la que los homosexuales no son presentados desde su costado humorístico.

La película está protagonizada por Tom Hanks, hasta entonces un eficaz actor de comedia que, gracias a este film, no sólo ganó el primero de sus dos Oscar, sino que inició una ascendente carrera como intérprete dramático.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Luego de proyectar el film, sintenticen su contenido.
2. Ubiquen en el tiempo y en el espacio.
3. Analicen grupalmente el mensaje.
4. Relacionen con el tema de la discriminación ¿Qué tipo de discriminación aparece y cómo se manifiesta? Ejemplifiquen este último punto con escenas de la película.
5. Averiguen: ¿estas formas de discriminación son legales en nuestro país? Realicen un informe escrito y, de ser posible, mencionen ejemplos concretos.

CAPÍTULO VII

NUTRICIÓN Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA

LA IMPORTANCIA DE UNA NUTRICIÓN ADECUADA

La alimentación humana es mixta u omnívora, esto quiere decir que está constituida por alimentos diversos de origen animal, vegetal y mineral lo cual nos proporciona energía y nutrientes indispensables para nuestra subsistencia. Una incorporación deficiente de nutrientes puede ocasionar distintos tipos de trastornos orgánicos que, con el tiempo, se transforman en enfermedades y en algunos casos, en desnutrición.

La alimentación debe ser variada y equilibrada, adecuada a las necesidades de cada etapa de la vida, lo cual nos permitirá incorporar calorías y nutrientes, contribuyendo a mantener un buen estado general de salud y un correcto crecimiento que beneficiará y estimulará el funcionamiento de los órganos y el sistema del cuerpo.

Es importante completar una rutina de cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Esto es aconsejado por médicos y nutricionistas para llevar una vida saludable. El desayuno es de vital importancia ya que es la primera comida que nos proporcionará la energía para comenzar las actividades del día.

Hay que agregar que no sólo una nutrición adecuada es importante para tener una salud física y mental. Hace falta, también, un hábitat alejado de la contaminación, el hacinamiento y condiciones psicológicas favorables.

Para estar saludable, la alimentación debe ser variada y equilibrada



LA DIGESTIÓN

La digestión es el proceso mediante el cual los alimentos que ingerimos se descomponen en sus unidades constituyentes, hasta conseguir elementos simples que podemos asimilar.

El proceso de la digestión consta de seis pasos:

- Comienza en la boca;
- continúa en el estómago;
- luego, pasa al aparato digestivo;
- el transporte a los tejidos;
- la difusión por los tejidos;
- y, finalmente, la absorción celular.

Una vez que el alimento ha sido ingerido, va a empezar un azaroso viaje por nuestro cuerpo hasta que los nutrientes que contiene lleguen a su destino final: las células de los tejidos. Estos elementos simples son los nutrientes y podemos utilizarlos para obtener de ellos energía o para incorporarlos a nuestra propia materia viva. Los principales responsables del proceso de la digestión son las enzimas digestivas, cuya función es romper los enlaces entre los componentes de los alimentos.



La digestión comienza en la boca

La digestión empieza en la boca, con la masticación y la salivación. Al tiempo que el alimento se va masticando, se mezcla con la saliva hasta conseguir que esté en condiciones de pasar al estómago. La saliva contiene una enzima llamado amilasa salivar, que actúa sobre los almidones y comienza a transformarlos en monosacáridos. La saliva también contiene un agente antimicrobiano -la lisozima-, que destruye parte de las bacterias contenidas en los alimentos y grandes cantidades de moco, que convierten al alimento en una masa moldeable y protegen las paredes del tubo digestivo.

La temperatura, textura y sabor de los alimentos se procesan de tal manera que el sistema nervioso central puede adecuar las secreciones de todos los órganos implicados en la digestión a las características concretas de cada alimento.

No se deben tragar los alimentos hasta que no estén prácticamente reducidos a líquido (masticando cada bocado las veces que sea necesario). Es el único punto que podemos controlar directamente en el proceso digestivo y debemos aprovecharlo, ya que sólo con una buena masticación solucionaremos una gran parte de los problemas digestivos más comunes.

La digestión comienza en la boca

LA DESNUTRICIÓN

Un cuerpo desnutrido es aquel que no recibe los nutrientes suficientes para alcanzar la salud. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

La desnutrición en la Argentina, hoy en día, se debe a factores socio-económicos. Está afectada aquella parte de la población que, deseando recibir una alimentación adecuada no cuenta con los medios materiales para lograrlo. La desocupación, la marginación llevan a miles de niños, adolescentes y adultos a estados de desnutrición impensados en un país en donde la comida sobra. El Estado ausente de la década de los noventa, creó situaciones socioeconómicas que afectaron el desarrollo de miles de niños y adolescentes en el país.



Imagen patética de la desnutrición en África
Cuadros parecidos se han presentado en nuestro país, en la provincia de Tucumán

Causas, incidencia y factores de riesgo

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de éstos no son digeridos o absorbidos adecuadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq, Brasil, y muchos otros más, han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo. Lamentablemente, en los últimos años nuestro país también conoció el drama de la desnutrición.

¿Qué consecuencias tiene la desnutrición?

La desnutrición puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y posiblemente la muerte.

Factores sociales y económicos inciden fuertemente en esta problemática, poniendo en riesgo la vida de millones de personas en todo el mundo.

Se debe buscar tratamiento si se experimenta cualquier cambio importante en el funcionamiento corporal. Los síntomas son, entre otros: desmayos, ausencia de la menstruación, deficiencia de crecimiento en los niños, caída rápida del cabello.

Prevención

Ingerir una dieta bien balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de las formas de desnutrición.

¿Qué es una dieta balanceada?

Es el consumo de tipos apropiados y cantidades adecuadas de alimentos y bebidas para proporcionar nutrientes y energía, con el fin de conservar los órganos, tejidos y células del cuerpo, al igual que ayudar al crecimiento y desarrollo normales.

Una dieta bien balanceada es una fuente de energía y nutrición para un óptimo crecimiento y desarrollo. En cambio, una dieta mal balanceada puede causar problemas en la conservación de los tejidos del cuerpo, el crecimiento y el desarrollo, el funcionamiento del sistema nervioso y del cerebro, así como también, problemas en los sistemas muscular y óseo.



¿Sabías que las frutas son fundamentales para tener una dieta balanceada?

Para desarrollar una dieta balanceada hace falta contar con recursos económicos mínimos para adquirir la cantidad y variedad de alimentos que nuestro organismo precisa. También es necesaria una educación alimentaria que nos permita elegir la comida que necesitamos para conservar nuestra salud.



Recomendaciones

El término «balanceada» significa que una dieta satisface adecuadamente los requerimientos nutritivos, sin proporcionar un exceso de algunos de los nutrientes.

Existen varias pautas útiles para ayudarle a la persona a planear una dieta balanceada, éstos son, entre otros:

- Consumir como mínimo tres comidas al día,
- no omitir el desayuno,
- consumir alimentos de cada uno de los cuatro grupos alimenticios, en toda comida.

El paso más importante al seguir una dieta balanceada es educarse a sí mismo con lo que el cuerpo necesita, además de leer los ingredientes y la etiqueta nutricional de todos los alimentos que se consuman.



Salud: actualmente dos de cada diez adolescentes que consultan por trastornos alimentarios son hombres

LOS VARONES JÓVENES, NUEVAS VÍCTIMAS DE LA BULIMIA Y ANOREXIA

Por lo general pertenecen a las «tribus urbanas» que valoran las figuras lánguidas. Según los expertos, son los que más tardan en reconocer su enfermedad, pero los que más rápido suelen recuperarse cuando empiezan a tratarse

Dos graves problemas de nuestra época: la bulimia y la anorexia

LECTURA



ENTRE RÍOS

Internaron a dos chicas de 12 y 14 años por desnutrición

Son atendidas en un hospital de Paraná. Además, tienen signos de maltratos físicos.

En Paraná, capital de Entre Ríos, dos chicas de 12 y 14 años con desnutrición crónica de grado dos fueron internadas en el Hospital Materno Infantil San Roque a principios de esta semana. El caso fue confirmado a la prensa por la doctora Yolanda Beber y autoridades del hospital.

La desnutrición que presentan las adolescentes es crónica y se investiga la posibilidad de maltrato, ya que tendrían golpes en todo el cuerpo. Por eso tomó intervención en el caso el Consejo Provincial del Menor, que investiga la responsabilidad de los padres en esta situación.

Con desnutrición de grado dos, ambas presentaban bajo peso y color amarillento, señalaron fuentes del hospital. Los médicos que las atendieron lo primero que hicieron fue estabilizarlas y ayer se encontraban ambas fuera de peligro.

Estragos de la mala nutrición

Los efectos de la mala nutrición resultan más graves y permanentes cuanto menor es la persona que los padece. Entre ellos, se cuentan la baja estatura, desproporciones físicas, menores defensas, retraso madurativo, posibilidad de obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedades del corazón en la adultez.

En Concordia, por otra parte, en el norte entrerriano, una nena de un año murió en la tarde del miércoles en el Hospital Felipe Heras, como consecuencia de un severo cuadro de desnutrición crónica grado 3 y gastroenteritis.

La nena había sido derivada del Hospital Infantil Ramón Carrillo, de la misma ciudad, e ingresó además con parasitosis, deshidratación aguda y signos de maltrato. Murió a las cuatro horas de haber ingresado. Pesaba apenas 3,100 kg.

En la Jefatura Departamental de Concordia confirmaron a Clarín que tomó intervención la policía para investigar el caso. El cuerpo de la pequeña fue llevado a la morgue local, donde se le practicó una autopsia.

La tasa de mortalidad infantil en Entre Ríos es de 15 por mil, mientras que en Concordia es de 28.2 por mil.

La pobreza creció en Entre Ríos un 40% entre principios de 2000 y marzo de 2003. Entre Ríos cuenta con 1.156.799 pobladores, según el Censo Nacional 2001. De ellos, el 66% está considerado por debajo de la línea de la pobreza y el 33%, debajo de la línea de indigencia.

En cuanto a la pobreza extrema, el 39,1% de más de 370 mil chicos menores de 14 años de esta provincia está en la indigencia, mientras que un 71,2 % del total de menores está por debajo de la línea de pobreza.

«En enero de este año, relevamos los barrios más pobres de las seis ciudades más grandes de Entre Ríos —dijo a Clarín la doctora Graciela Degani, ministra de Acción Social de Entre Ríos, quien acaba de asumir—. En Paraná, estuvimos en los barrios más humildes. Controlamos allí 800 chicos y encontramos que el 60% estaba desnutrido». Aclaró de inmediato: «Eso, en los barrios más pobres, pero si se toma el total de la población infantil, los números bajan. Aunque no hay hasta el momento estadísticas oficiales al respecto».

Fuente: diario Clarín, noviembre de 2006

ACTIVIDAD



- Selecciona un párrafo que sintetice la situación de la infancia en Entre Ríos y márcalo con resaltador.

ANOREXIA Y BULIMIA

La importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno

La anorexia y la bulimia no son enfermedades exclusivamente femeninas. Los hombres también las padecen. Si bien su incidencia es mayor en las mujeres, en los últimos tiempos vemos aparecer trastornos alimentarios en los hombres. Pero no se trata de cualquier padecimiento, las personas que desarrollan una anorexia o una bulimia mantienen una relación particular con su cuerpo, que, por lo general, está determinada por las vivencias de los primeros años de vida en relación con las características de su medio familiar.

También influyen en estas problemáticas las presiones sociales y los modelos de éxito transmitidos a través de los medios de comunicación de masas, como la tele, grafitis callejeros y revistas de moda. Ser flaco y tener un físico escultural pasó a ser un paradigma de éxito social. Y muchos persiguen este ideal sin medir los riesgos: todo empieza con una dieta que se vuelve crónica y que puede desembocar en anorexia o bulimia.

El anoréxico tiene temor a engordar. Lo que saben los psicólogos es que detrás de ese temor patológico se esconden conflictos inconscientes que deben tratarse en profundidad. Y, cuando decimos que se trata de un temor patológico, nos referimos a que ese temor es exagerado y no obedece a una causa lógica. En realidad el temor es a otra cosa, que deberá develarse en un tratamiento psicológico adecuado a cada paciente.



Los modelos sociales de belleza, difundidos por los medios masivos de comunicación, inducen a muchas jóvenes a desarrollar conductas nocivas para su salud

Es importante detectar cuanto antes estos síntomas, ya que si la enfermedad avanza la persona puede llegar a estados de inanición y hasta la muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud estas enfermedades llegaron a niveles «epidémicos» en algunos países occidentales, alcanzando una tasa de mortalidad del 20%.

¿Qué es la anorexia nerviosa?

Es una enfermedad que consiste en una pérdida voluntaria de peso y un intenso temor a engordar. Para comprender esta patología no hay que sacarla de su marco de desarrollo. Se produce en determinados ambientes familiares, presentando una fachada de ausencia de conflictos.

Los principales síntomas de la anorexia son:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, llegando a situaciones de delgadez extrema.
- Miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo.
- Sensación de estar gordo en general o en algunas partes del cuerpo, como nalgas, muslos, abdomen. Tienen una percepción de su cuerpo que no es real. Aunque estén realmente delgados, su espejo les dice que siguen estando gordos.
- Aparecen otro tipo de problemas físicos que acompañan a la desnutrición, en el caso de las mujeres, la retirada o el retraso de la menstruación.
- Ejercicio físico excesivo.
- Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos.
- Incremento de las horas de estudios y disminución de las de sueño.

Todo ello puede producir una serie de consecuencias físicas y de comportamiento:

- Pérdida de peso alarmante.
- Amenorrea (pérdida de menstruación).
- Aparición de vello o intolerancia al frío.
- Tensión baja, arritmias.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Pánico a ganar peso.

¿Qué es la bulimia?

Es un trastorno mental que se caracteriza por episodios de voracidad: comer grandes cantidades de comida en un corto espacio de tiempo en forma de «atracones», a los que siguen siempre conductas tendientes a evitar el aumento de peso.

Sus síntomas más corrientes son:

- Preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer generalmente a escondidas.
- Vómitos autoprovocados.
- Menstruaciones irregulares.
- Abuso de laxantes.
- Peso normal o ligero sobrepeso.
- Miedo a subir de peso.

Todo ello puede producir una serie de consecuencias físicas y del comportamiento:

- Lesiones en las manos por los vómitos autoprovocados.
- Vómitos y diarreas incontrolables.
- Subidas y bajadas de peso.
- Depresiones y amenaza de suicidio.
- Aislamiento social.
- Falta de autoestima.

Estadísticamente, la anorexia y la bulimia afectan en gran parte a las mujeres, aunque no son exclusivas de ellas, ya que también se dan casos en varones.



ACTIVIDAD

- Realicen un cuadro sinóptico en el cual detallarán las características de la anorexia y la bulimia.
- Detallen distintos mensajes, extraídos de los medios de comunicación (de la tele, radio, o revistas), que asocian valores como el éxito con una imagen bella y delgada.

Mensajes que estimulan conductas nocivas para la salud

Los mensajes predominantes en la televisión, las revistas y las publicidades radiales invitan, sobre todo a los adolescentes y jóvenes, a asociar la idea de una vida exitosa con ser joven, flaco y lindo. Ser gordo y feo pareciera quedar asociado al fracaso.

No hay que olvidar que mantenerse en forma, combinando deporte con una dieta sana y equilibrada es beneficioso, pero lo que debemos impedir es que la delgadez se convierta en una obsesión que nos lleve a enfermar.

Las claves para prevenir estas enfermedades son:

- Que la publicidad y el estereotipo que se nos propone no menoscabe la seguridad en nosotros mismos.
- Consultar con un especialista antes de iniciar una dieta; sobre todo si se está en fase de crecimiento.
- Acudir al médico en cuanto se empiece a detectar una pérdida desproporcionada de peso.
- Solicitar ayuda psicológica.
- Comer sano y hacer ejercicio de forma adecuada; permitirá a tu cuerpo mantener el peso que necesita.
- Aprender a gustarte tal y como eres te ayudará a aceptar tu «peso natural».

LA OBESIDAD

Las causas de la obesidad son múltiples e incluyen factores como la herencia genética, el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico, y el estilo de vida que se lleve.

En conjunto puede haber dos causas principales:

- Mayor ingesta de calorías que las que el cuerpo gasta.
- Menor actividad física que la que el cuerpo precisa.

Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria, ésta se acumula en forma de grasa; si se consume más energía que la necesaria, se utiliza la grasa como energía. Por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como resultado de alteraciones en el equilibrio de entrada/salida de energía. Como consecuencia se pueden producir diversas complicaciones: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades coronarias.

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es diez veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padres a hijos.

Otra parte de los obesos lo son por enfermedades hormonales o endocrinas, que pueden ser solucionadas mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado.



Los buenos hábitos alimenticios
y la actividad física
evitan el exceso de peso
Además, siempre es necesario consultar al médico

LECTURA



Pobres gordos

Por Laura Álvarez Chamale

Fin de año del 2000. Norte de Argentina. Jujuy. Un llamado a la policía de San Salvador alertó sobre un pesado problema. Personal de Salud no podía socorrer a una persona en extrema gravedad. «El gordo» Capurata, de 40 años, estaba prisionero en su casa. Sus casi 400 kilos no lo dejaban atravesar ninguna puerta. Inmóvil y enorme, se asfixiaba de a poco por su propio peso. Al recordar el episodio, el jefe de Rescate del Cuerpo de Bomberos de la Provincia de Jujuy, comisario Jorge Marcelo Torrico, siente hasta desesperación. Esa noche del 2000, el barrio Mariano Moreno se conmocionó. Llegaron los bomberos a la casa de Capurata. Lo encontraron tendido en una cama gigante y respiraba con mucha dificultad. Igual se daba maña para hacer uno que otro chiste. Con toda la premura posible sacaron el marco de la puerta y agrandaron el hueco de la pared a martillazos. Lo arrastraron rústicamente hasta la salida y debieron cortar un árbol de la vereda para colocar una camioneta fletera cerca de la puerta. En la ambulancia no había lugar para un cuerpo de su tamaño. El comisario Torrico contó que en ese momento la impotencia lo atravesó. «Pensé: esta gente existe, está enferma y no hay infraestructura para ellos». Costó sentarlo sobre un colchón en la orilla de la caja del vehículo para transportar bultos. Así llegaron al hospital público jujeño «Pablo Soria». Allí, otra odisea. No había nada diseñado para recibir a un hiperobeso. Bomberos y enfermeros pusieron todo su ingenio para bajar a Capurata. Consiguieron una lona para cubrir cargas de camión, dos colchones y entre 15 hombres lo deslizaron hacia la camilla improvisada. «El gordo no perdía el buen humor y nos hacía reír con sus bromas», rescató conmovido Torrico. Lo arrastraron lentamente sobre la lona controlado por los médicos. No pudo ir más allá de una sala de espera. Su humanidad obesa no tenía espacio en el hospital. El personal de salud le brindó atención. Igual, la muerte lo sorprendió a la madrugada. Capurata tenía tres hijos. Capurata no tenía recursos, era pobre. El bombero jujeño recordó que el servicio de sepelio fue otro drama. «No existían féretros para esa talla, creo que trajeron uno especial desde Salta». Pese al amor que le tenían al «gordo», la vida de toda la familia Capurata fue un martirio mientras vivió. Era como un chico que pedía grandes cantidades de comida cada dos o tres horas. Un adicto. «No tener dinero y la escasa educación impiden mitigar las enfermedades y más la obesidad que todavía no se considera a nivel sanitario con la gravedad que tiene. Muchas veces nos topamos con gente obesa y los operativos resultan una odisea», reflexionó Torrico.

Dos caras de una realidad

La malnutrición tiene dos caras: desnutrición y obesidad. Generalmente la gente carenciada está desnutrida porque no tiene suficientes recursos para alimentarse o son obesos porque se alimentan mal. Ambas patologías pueden resultar mortales. Estudios epidemiológicos llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que en América latina, la erradicación de la desnutrición entre los grupos más pobres de la población se acompañó de un crecimiento inesperado del sobrepeso y la obesidad. Definitivamente, la obesidad hoy está entre las enfermedades crónicas asociadas a estilos inadecuados de vida, con una anclaje especial en la pobreza. Favorece este mal la oferta de productos masivos, de baja calidad y mayor contenido de grasas y azúcares dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo, que aunque impiden una nutrición adecuada, satisfacen el apetito. En Argentina, los altos precios de las frutas, verduras, carnes magras y lácteos, los vuelven inaccesibles para ciertos grupos. Entonces,

la caída del consumo de ciertos alimentos no puede atribuirse solamente a un problema de educación, sino también, de acceso. Por ello, la deficiencia de micronutrientes y la carencia energético-proteica se asocian con la pobreza. Para cerrar este opaco panorama, vale decir que los costos de servicios médicos para asistir la morbilidad asociada a la obesidad son muy elevados y por tanto, difíciles de asumir en regiones en las que el presupuesto para la salud es escaso. Así se deduce que sólo un 10% de los pacientes con obesidad grave se someten a tratamientos médicos, pese al enorme beneficio que obtendrían al perder peso.

Cuestión cultural

Rara y triste costumbre la del Norte argentino. Especialmente en las zonas rurales y periurbanas el rápido incremento del número de obesos se produjo a expensas de la obesidad en las mujeres. Ocurre que en la organización intrafamiliar de la gente carenciada hay prioridades a la hora de comer. «Comen los niños primero, luego el hombre que trabaja, y la mujer se alimenta si queda comida, si no, toma mate y come pan. Es una cuestión cultural», comentó la Licenciada en Nutrición salteña, Cristina Cenice de San Juan. El acto de comer es voluntario y está sometido a influencias ambientales, socioculturales y genéticas. Eso explica que la malnutrición afecte más a las mujeres pobres como consecuencia de su autoexclusión de las comidas en favor de los niños y del esposo que sale a trabajar. La falta de instrucción no deja observar que en los pobres la obesidad se asocia a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina. Hijos malnutridos de madres malnutridas.» La obesidad en las mujeres especialmente se relaciona con deficiencias nutricionales por consumo de alimentos con muchas calorías y bajo poder nutricional. Con frecuencia presentan deficiencias de hierro, zinc, yodo, ácido fólico que trae aparejadas enfermedades como la anemia, diabetes tipo 2 y la osteoporosis», detalló la profesional. La salud en este grupo particular de obesas pobres se ve más deteriorada aún por su limitado acceso a los servicios adecuados de asistencia médica.

Aprender a comer

A nivel nacional las estadísticas de la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), indican que al menos el 47% de la población tiene sobrepeso. Algunos profesionales creen que en esta problemática tiene gran incidencia la falta de educación alimentaria, que la gente no sabe seleccionar los alimentos.» La obesidad está relacionada con la selección de alimentos y ligada a los costos de los mismos. No tenemos cultura alimentaria, la gente compra ropa antes que un buen corte de carne, o prefiere una gaseosa antes que dos kilos de duraznos que cuesta lo mismo», explicó la dietista Gladys Pérez, del Hospital Arturo Oñativia de Salta. A esta altura, comer con criterio parece una utopía. «Si la gente tienen una buena posición económica come papas fritas y hamburguesas, y si son pobres comen puros hidratos de carbono y grasa», recalcó. La dietista aseguró que «obesidad y desnutrición son problemas que no se oponen. Más que dinero, falta educación para una buena alimentación». En este sentido contó que «una mujer de un barrio pobre me dio una lección: ella compraba un corte de carne económico, lo hervía para hacer una sopa y con el mismo corte ya hervido hacía milanesas, guisos o estofados. Esa familia comía frutas y verduras, porque en el fondo de la humilde vivienda cultivaban una huerta». Reflexionó que «esta mujer tenía ganas de estar saludable y más allá de la restringida condición económica, su riqueza residía en su buena educación alimentaria».

Una nota publicada en el diario *Clarín* dice que más del 64% de la población, en Estados Unidos, es obesa o sufre de sobrepeso. Y las causas se encuentran en la mala alimentación y la falta de ejercicio físico.

Alarma leer el pronóstico para el año 2005: «Las víctimas por las enfermedades que origina superarían a las del tabaquismo».

ACTIVIDAD

- Reunidos en grupos investiguen qué incidencia tiene la obesidad en la población argentina. ¿Cuáles son sus causas? ¿Coinciden con las estadísticas para la población estadounidense?
- Realicen un cuadro sinóptico en el cual detallarán las similitudes y diferencias entre nuestro país y Estados Unidos.
- Investiguen qué alimentos son beneficiosos para la salud y por qué, y cuáles son nocivos.
- Piensen o pregunten a sus padres: ¿qué importancia tiene para la salud la actividad física de las personas?



El sobrepeso y la salud

LOS PRINCIPALES RIESGOS

Cerebro

Accidentes cerebrovasculares, depresión.

Hernia hiatal

Riñón

Cálculos biliares, fallas por la alta presión sanguínea.

Várices y úlceras venosas

Otras complicaciones

Dificultades respiratorias
Problemas para caminar
Fatiga
Trastornos psicológicos

Corazón

Arteroesclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión

Hígado

Cirrosis

Cáncer de páncreas Diabetes

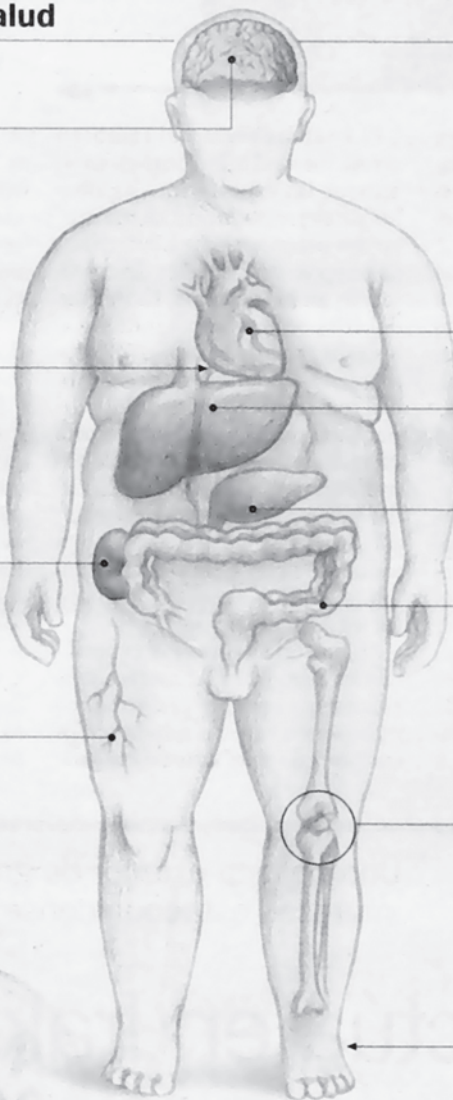
Cáncer de colon

Además, en el hombre, cáncer de próstata, y en la mujer, cáncer de útero.

Articulaciones

Osteoartritis en cadera, rodilla y tobillo.

Gota



Tomado del diario *Clarín*

COMO MEDIR LA OBESIDAD

EL INDICE DE MASA CORPORAL

Es una medida estándar que consiste en dividir el peso corporal sobre la altura al cuadrado.


$$\frac{\text{Peso (en kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (en m)}} = \frac{70}{1,70 \times 1,70} = \frac{70}{2,89} = 24,2$$

Sobrepeso y obesidad
Si el índice de masa corporal se encuentra entre **los 25 y 30** se considera sobrepeso. Si es mayor de 30, obesidad.

EL PERIMETRO DE LA CINTURA


Es otro de los parámetros para medir el riesgo

La pera
En las mujeres la grasa se concentra en la cadera y los glúteos



DIAMETRO
Saludable 80 cm
Peligroso +88 cm

La manzana
En los hombres se concentra en el abdomen.



DIAMETRO
Saludable 94 cm
Peligroso +102 cm

Fuente: SOCIEDAD AMERICANA DE NUTRICION-SOCIEDAD ARGENTINA DE NUTRICION

infografias@clarin.com



HUEVOS Y PANCETA

Gente rara los estadounidenses. En las películas se los suele ver siempre listos para atracarse con huevos. Hay quienes simulan cierta exquisitez y los piden revueltos. Los que se muestran hambrientos, exigen adicionarles panceta. No se puede llegar tan lejos con huevos y panceta todas las mañanas. Por eso un día deberían revisar la dieta, incluso para los filmes, que, como todo el mundo sabe, se toman como (mal) ejemplo.

(Extraído de nota publicada en diario *Clarín*)

Aunque sabrosos, algunos alimentos no deben comerse todos los días

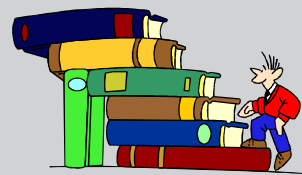
ACTIVIDAD



Reunidos en grupos analicen el artículo de la derecha. Y respondan:

- ¿Cuál es el mensaje?
- Busquen artículos de diarios, revistas e internet que hablen sobre este tema en nuestro país.
- Investiguen qué porcentaje de la población padece esta enfermedad y cuáles son sus causas.
- ¿Qué tipo de actividad física es más adecuada para cuidar nuestra salud?
- ¿Cómo podemos prevenirnos contra la obesidad?

LECTURA



El «boom» de las comidas rápidas

Nutricionistas recomiendan no caer en excesos y evitar la comida rápida, debido a que contiene altos niveles de grasas saturadas

Son más llamativas a la vista, sabrosas y representan en la actualidad uno de los alimentos preferidos por la mayoría de los niños, jóvenes y más de algún adulto.

Quizá el éxito de este tipo de comidas se deba a que la gente de hoy tiene menos tiempo para el almuerzo, o simplemente sea el hecho de que su sabor seduce mejor a las personas. Pero, ¿sabe usted qué está comiendo?

La oferta en Calama ha visto crecer el número de locales de gran manera, muy en especial con la llegada del Mall y su patio de comidas, el lugar preferido para los golosos de la zona.

La nutricionista del Centro de Atención Primaria (CAP), Ivania Livacic, dice que en realidad la comida rápida es muy mala para el organismo y que las personas deben tener más cuidado con lo que comen: «El peligro está en el exceso de grasa saturada y de sal. Estos elementos producen riesgos para la salud como es la dilipidemia, que es tener colesterol y triglicéridos altos, éstos últimos constituyen grasas que se depositan en las arterias y las tapan, lo que puede provocar un infarto, un derrame cerebral, o arterioesclerosis».

Dos de los locales más populares de comida rápida en el país, son Doggi's y Lomitón, el primero tiene presencia en casi todas las partes de Latinoamérica, y en nuestro país consta con más de setenta locales concentrándose la mayoría de ellos en la Región Metropolitana. En Calama la respuesta de la gente ha sido muy favorable, Claudia Villarzú es jefa del local y asegura que «abrimos nuestras puertas al mismo tiempo que el Mall y la gente de inmediato nos prefirió». También destaca Lomitón, Roxana Correa, es la administradora del local, el cual funciona en el recinto desde el 9 de agosto y dice que «en realidad nos ha ido bastante bien con la gente. Estamos muy bien aquí en el Mall».

Críticas a la comida

Estos locales son fiscalizados con bastante regularidad para asegurar que no se produzcan casos como los acontecidos en Santiago, por ejemplo, con los escándalos ocurridos en McDonald's principalmente, y que mantuvo a la empresa norteamericana en una crisis de proporciones que incluso involucró al Gobierno.

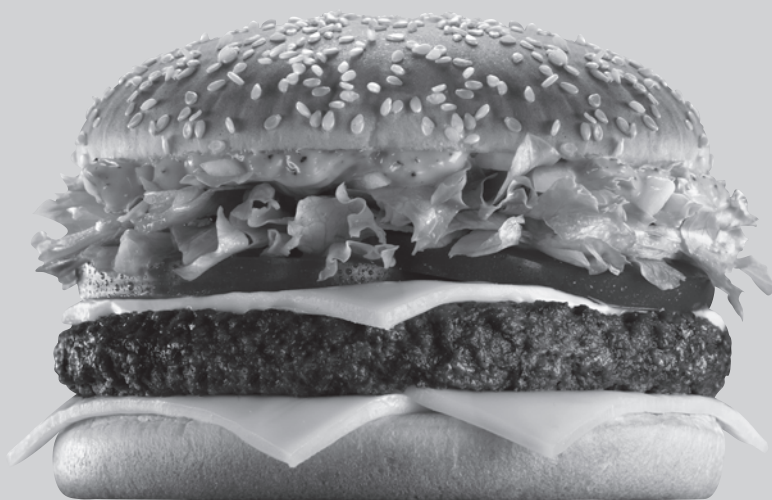
En la ciudad es el Servicio de Salud el que se encarga de primar por la calidad de los productos, además, según la jefa del local de Doggi's, Claudia Villarzú, es el propio Mall de Calama el que cuenta con un control de calidad interno bastante exigente, pero en el caso de los restaurantes Doggi's y Lomitón, éstos son visitados periódicamente por personas de Santiago de Chile.

Dieta equilibrada en este verano

Prácticamente el cien por ciento de las comidas que consumimos llevan sal, la cual en exceso puede producir en el organismo hipertensión, entonces la clave está, según la nutricionista Ivania Livacic, en «consumir bastantes verduras y frutas, y no tanta comida con grasas y frituras. Hay que descansar un poco de estos alimentos durante las vacaciones y disminuir el número de calorías».

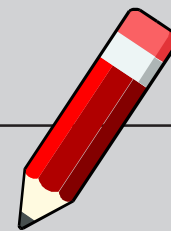
«Una dieta equilibrada involucra proteínas; que son las carnes, leche, queso, etc. Además de minerales y vitaminas, las que son aportadas principalmente por las frutas y verduras». También la profesional agregó que las personas deben consumir hidratos de carbono, los cuales «están incluidos principalmente en los cereales, pan y arroz. Además deben incluir en sus dietas el consumo de bastante fibra, la cual ayuda a evitar enfermedades, como son los problemas de colon y el colesterol».

Tomado de www.mercuriocalama.cl



Ingerida en forma habitual, la «comida chatarra» no constituye una buena alimentación

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

- ¿Por qué es necesario comer para vivir?
 - ¿Cuáles son las consecuencias de la desnutrición?
 - Describan sus causas. Busquen artículos periodísticos que permitan ampliar este tema.
 - ¿Es posible prevenir la desnutrición?
 - Definan con sus palabras «anorexia» y «bulimia».
 - Extraigan de revistas de moda, recortes de publicidades que permitan entender cuál es el mensaje de los medios sobre la imagen corporal en los jóvenes ¿Es positivo? ¿Es negativo? ¿A qué intereses obedece?
 - ¿Qué orígenes tiene la obesidad?
- Luego de leer el artículo «Pobres gordos» respondan:
- ¿Qué relación encuentran entre obesidad y pobreza?
 - Lean el artículo «El boom de las comidas rápidas y extraigan la idea principal. Comenten con sus palabras el mensaje que deja esta nota.
 - Elijan el tema que más les haya interesado de este capítulo, busquen información adicional (en diarios, revistas y/o en Internet) y realicen un informe de dos páginas.
 - Realicen en grupos un informe sobre este tema: «Las conductas nocivas para la salud y el mensaje de los medios de comunicación social».

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

«SUPERSTAR» (LA VIDA DE KAREN CARPENTER) Director: Todd Haynes

Sinopsis:

A finales de los 80, *Superstar* puso en el mapa del cine el nombre de un jovencísimo Todd Haynes (*Poison*, *Velvet Goldmine*, *I'm Not There*) con una original historia sobre la influencia de la música de The Carpenters en los años 70 y la batalla de Karen Carpenter contra la anorexia nerviosa. Protagonizada por las muñecas Barbie, la película es una joya perdida del cine debido a los enconados esfuerzos de la familia Carpenter por impedir su distribución y exhibición en su día.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Realicen un análisis de la película tomando como central el tema de la anorexia nerviosa.
2. ¿Cuál es el mensaje que les deja esta película?
3. ¿Están de acuerdo con este mensaje o consideran que es erróneo? Fundamenten.
4. ¿Están de acuerdo?: «Poderosos intereses comerciales fomentan conductas nocivas para la salud». Fundamenten.

Una sugerencia: si el doceten está de acuerdo, una vez terminado este tema pueden hacer una campaña sobre la importancia de una buena alimentación. Para ello, confeccionen en papel afiche una lista de diez recomendaciones y exhíbanla en las carteleras de la escuela.

CAPÍTULO VIII

LAS ADICCIONES

Las personas convivimos cotidianamente con distintas sustancias como el tabaco, el alcohol, y los alimentos, los cuales están presentes en nuestro hogar, en la escuela, los kioscos y los boliches. Éstas sustancias no son buenas o malas en sí mismas. El uso que se les de, es el que las convertirá en perjudiciales o beneficiosas para nuestro organismo.

Existen diversas formas de definir las adicciones. A continuación leeremos dos de ellas para luego intentar arribar a una conceptualización que nos permita un mejor entendimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adicción es un:

«Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad».

(Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117, 1957)



Las adicciones nos
dañan física y psíquicamente

CARACTERÍSTICAS DE LAS ADICCIONES

La *American Psychiatric Association*, asociación de psiquiatras estadounidenses, la define del siguiente modo:

«Dependencia a una sustancia; Patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres (o más) de los factores abajo expuestos en cualquier momento, dentro de un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida en cualquiera de los siguientes términos:
 - a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia.
2. Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:
 - a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - b) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas de abstinencia.
3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante períodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.
4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.
5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, acudir a muchos médicos o conducir largas distancias), su consumo (por ejemplo, fumar encadenadamente) o la recuperación de sus efectos.
6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativa derivadas del uso de la sustancia.
7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia (por ejemplo el consumo habitual de cocaína, independientemente de saber que produce depresiones, o el consumo continuado de bebidas alcohólicas a pesar de saber que ello empeora una úlcera).

Se diagnosticará abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestran la existencia de tolerancia o abstinencia.

Se diagnosticará abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia.

Siempre que hablemos de conductas adictivas será necesario hacer referencia a lo que motiva la adicción: se trata de una compulsión hacia un objeto. Puede ser alcohol, droga, tabaco, alimento o una actividad (el juego o el trabajo, por ejemplo); hacia las cuales se siente un deseo irrefrenable. Lo que define a la conducta como adicción es la compulsión que invade a la persona haciendo que esta conducta se vuelva impostergerable.

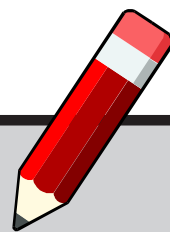
La adicción aparece y tiene sentido para la persona, porque viene a llenar un hueco; cuando hablamos de 'hueco' nos referimos a una insatisfacción. El adicto pareciera obtener un alivio inmediato a través de ese objeto (alcohol, psicofármacos, juego, etc.). Sin embargo, este alivio es pasajero y para volver a sentirlo necesitará del objeto nuevamente. Se construye de este modo un círculo vicioso: una situación de satisfacción momentánea que no durará demasiado tiempo.

Las sustancias adictivas también pueden ser clasificadas. Una forma consiste en tener en cuenta la peligrosidad que implica su consumo. El consumo del tabaco por gran parte de nuestra población es una práctica perjudicial para la salud, a pesar de ser una sustancia aceptada socialmente. Un ejemplo es el abuso en el consumo de alcohol, reconocido en nuestro país como más grave que la drogadependencia. El alcohol, como otros tantos objetos de la adicción, está presente en la vida cotidiana de la mayor parte de las sociedades del mundo. Sin embargo, según el tipo de consumo que de él se haga, puede generar dependencia física y psicológica.

Otra forma de clasificar las sustancias es teniendo en cuenta el grado de aceptación social de su uso, la que variará de acuerdo al entorno social. De este modo, por ejemplo, en nuestra sociedad el consumo de hachís está penado socialmente; no así en Marruecos, donde es consumido como el tabaco en nuestro país.

La distinción entre uso, abuso y adicción nos permite comprender el nivel de riesgo que implica el consumo de determinadas sustancias, como el alcohol, el tabaco o las llamadas drogas ilícitas.»

ACTIVIDAD



- ¿Cuáles son los criterios que permiten clasificar las conductas adictivas, según la *American Psychiatric Association*?
- ¿Estos criterios de clasificación permiten discriminar el grado de peligrosidad de las sustancias? ¿Por qué?
- Explica con tus palabras el significado de «uso», «abuso» y «adicción».
- ¿Qué es el «síndrome de abstinencia»?

USADOR, ABUSADOR, ADICTO

Las personas que consumen sustancias que crean adicción pueden hacer un uso cuantitativamente diferente de las mismas, que en muchos casos no son sino un camino hacia lo que definitivamente podemos calificar como «adicción».

Usar, abusar, ser adicto, son tres términos que deben ser claramente diferenciados para no caer en graves errores. No es lo mismo usar una sustancia, que abusar de ella, así como constituirse en adicto. En cualquier caso, lo mejor para los jóvenes es no iniciarse en el consumo de ellas, ya que muchas veces el «consumidor social» termina dependiendo de sustancias nocivas a su organismo.

El siguiente cuadro nos permite entender más claramente estos conceptos.

Población	Consumo	Motivación	Consecuencia
Abstinente	Ocasional	Autoestima alta	No necesita recurrir al consumo
Usador	Esporádico	Presión de pares Interés Desafío Curiosidad Búsqueda de placer	Riesgo menor salvo por uso excesivo
Abusador	Regular Frecuente	Construcción de identidad Acompañamiento por el objeto	Dependencia psicológica Situación de riesgo creciente
Adicto	Sin períodos de interrupción	Reducir efectos de la privación mediante el consumo sostenido	Dependencia física y psíquica Riesgo mayor Posibilidad de anomia social Incapacidad de abstenerse

¿QUÉ EFECTOS PRODUCEN LAS DROGAS SOBRE NUESTRO ORGANISMO?

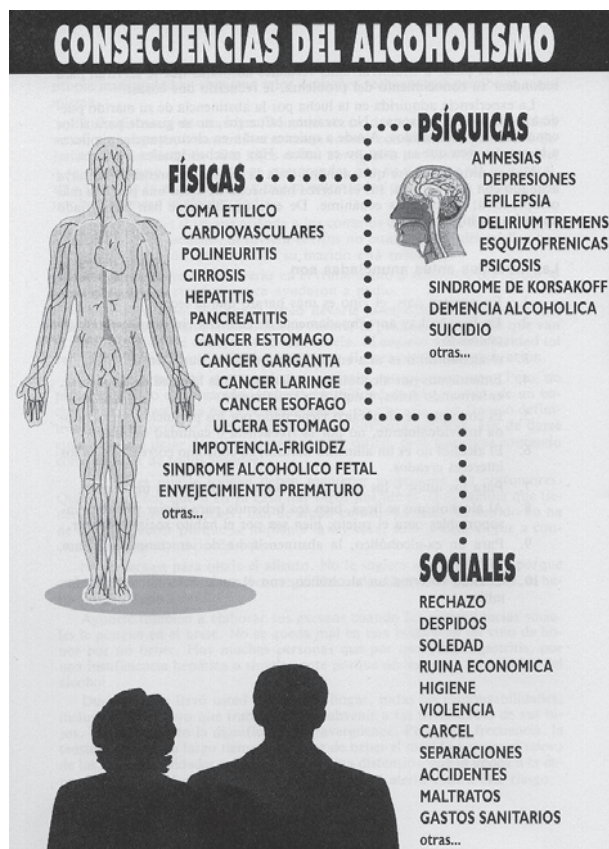
EL ALCOHOL

El alcohol afecta todo el cuerpo. Se transporta en la sangre hacia el cerebro, el estómago, los órganos internos, el hígado, los riñones y los músculos. Se absorbe rápidamente, en cuestión de cinco o diez minutos, y puede permanecer en el cuerpo durante varias horas.

El alcohol afecta el sistema nervioso central y el cerebro. Puede hacer que las personas se tranquilicen, se relajen y se sientan más cómodas o puede volverlas más agresivas. Desgraciadamente, también reduce las inhibiciones, lo que puede dar paso a una conducta peligrosa. El alcohol es una droga y su consumo es legal sólo para personas mayores de 21 años.

Según la Administración de Abuso de Sustancias Controladas y Servicios de Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), millones de jóvenes desconocen que una persona puede morir de una sobredosis de alcohol.

El envenenamiento por alcohol ocurre cuando una persona ingiere grandes cantidades en un período corto de tiempo.



PELIGROS PARA LA SALUD

■ Las personas que comienzan a beber antes de los 15 años tienen una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar una dependencia al alcohol que aquéllas que esperan cumplir los 21 años. Cada año adicional que no beba reduce la probabilidad de dependencia de alcohol.

■ Los adolescentes que toman alcohol en exceso tienen los mismos riesgos de salud a largo plazo que los adultos que hacen lo mismo. Esto significa que tienen un riesgo mayor de desarrollar cirrosis del hígado, pancreatitis, derrame hemorrágico y ciertos tipos de cáncer.

■ Los adolescentes que usan alcohol tienen una mayor probabilidad de estar sexualmente activos, lo que los expone a riesgos mayores, como contraer ETS o VIH/SIDA.

■ Un estudio demostró que los jóvenes diagnosticados con abuso de alcohol tenían una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir depresión que los que no tenían un problema de alcohol.

■ Se ha asociado el consumo del alcohol entre los adolescentes con planificar, intentar o completar un suicidio.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es sumamente dañino

LA COCAÍNA

La cocaína es una droga poderosamente adictiva. Una vez que la persona comienza a usarla no se puede predecir ni controlar hasta qué punto continuará. Las formas principales de ingerir la cocaína son inhalar o aspirar por la nariz, inyectarse y fumar, (incluidas la cocaína de base libre y de crack).



Los riesgos para la salud existen independientemente de si la cocaína se inhala (aspira), se inyecta o se fuma. Sin embargo, parece que su uso compulsivo puede desarrollarse más rápido cuando se fuma. Fumarla permite que dosis extremadamente altas de la droga lleguen al cerebro con mayor rapidez y produce una euforia intensa e inmediata.

El usuario que se inyecta, si comparte las agujas también corre el riesgo de contraer o transmitir una infección con VIH/ SIDA.



PELIGROS PARA LA SALUD

Efectos físicos. Los efectos físicos del uso de la cocaína incluyen constricción de los vasos sanguíneos periféricos, pupilas dilatadas y aumento en la temperatura del cuerpo, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Algunos usuarios de cocaína informan sensaciones de intranquilidad, irritabilidad y ansiedad, tanto durante el uso como entre períodos de uso. Puede desarrollarse una tolerancia considerable al efecto de la droga y muchos usuarios informan que buscan obtener tanto placer como la primera vez, pero no lo logran.

Paranoia y agresión. Las dosis altas de cocaína y/o su uso prolongado puede despertar paranoia. El usuario que fuma la cocaína de crack puede manifestar una conducta paranoica particularmente agresiva. Las personas adictas pueden deprimirse cuando dejan de usar la cocaína. Esta depresión los lleva a continuar el uso de la droga para aliviar la depresión.

Efectos a largo plazo. El uso prolongado de cocaína aspirada puede causar ulceración de la membrana mucosa de la nariz y afectar el tabique nasal lo suficiente como para colapsarlo. Las muertes relacionadas con la cocaína a menudo son resultado de paros cardíacos o convulsiones seguidas por paros respiratorios.

Peligro adicional. Cuando las personas mezclan la cocaína y el alcohol están incrementando el peligro que presenta cada droga y causando, inadvertidamente, una interacción química compleja en el cuerpo. Los investigadores han encontrado que el hígado humano combina la cocaína y el alcohol para fabricar una tercera sustancia, el cocaetileno, que intensifica los efectos eufóricos de la cocaína y aumenta, posiblemente, el riesgo de muerte súbita.

El compartir agujas al inyectarse drogas constituye un grave riesgo para la salud

EL ÉXTASIS

El éxtasis (MDMA) es una droga sintética psicoactiva -que altera la mente- con propiedades alucinógenas similares a las de la anfetamina. Su estructura química produce daño cerebral.

Las opiniones sobre la MDMA recuerdan aseveraciones similares que se hicieron del LSD en los años 50 y 60, las cuales resultaron ser falsas. Según sus defensores, la MDMA puede hacer que las personas confíen unas en las otras y derribar barreras entre terapeutas y pacientes, entre amantes y entre familiares.



PELIGROS PARA LA SALUD

Investigaciones recientes relacionan el uso de la MDMA con el deterioro a largo plazo de las partes del cerebro que son cruciales para el pensamiento y la memoria. Se estima que la droga causa daños a las neuronas, que utilizan la sustancia química serotonina para comunicarse con otras neuronas.

La MDMA también está relacionada en su estructura química y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado producir la degeneración de las neuronas que contienen el neurotransmisor dopamina. El deterioro de las neuronas que contienen dopamina es la causa subyacente de los trastornos motores presentes en la enfermedad de Parkinson.

Los síntomas de esta enfermedad comienzan con falta de coordinación y temblores y con el tiempo pueden resultar en una forma de parálisis.



Quedó en libertad con otros dos apresados, pero siguen imputados
MUERTE DE UNA CHICA
POR ALCOHOL Y ÉXTASIS
 ESTABA SOSPECHADO DE HABERLE VENDIDO
 ÉXTASIS A FLORENCIA EN UN BOLICHE

Lamentablemente, estas noticias aparecen con frecuencia en los diarios

LECTURA



Cócteles letales. Habla Ivana Andreatini

La hermana del chico muerto por tomar éxtasis quiere que su caso sirva para algo

Mauro tenía 18 años y murió hace poco más de un mes luego de tomar éxtasis en una fiesta electrónica. Su muerte salió a la luz luego de que su hermana, Ivana, decidiera darlo a conocer. Su intención es que tomen conciencia los consumidores que carecen de información sobre los riesgos que genera. Está convencida de que la droga que tomó Mauro estaba adulterada, aunque dice que se deben aguardar los peritajes para saber qué ocurrió.

Por Camila Brailovsky

«El éxtasis sí es una droga y sí mata, por eso decidí difundir el caso de mi hermano, para que los demás tomen por fin conciencia», asegura Ivana Andreatini, hermana de Mauro, un chico de 18 años que murió hace poco más de un mes luego de ingerir éxtasis en una fiesta electrónica en el complejo Costa Salguero, aunque su historia salió a la luz esta semana. Ivana explica que lo que la convenció de hablar con los medios fue el caso de Florencia, la adolescente de 16 años que falleció el 24 de septiembre, luego de mezclar éxtasis con vodka –una combinación letal– en un boliche de Haedo. «Quería que se supiera que ése no había sido un caso aislado –asegura–; el de mi hermano no podía ser uno más de todos los que se callan.»

Según lo describe su hermana, Mauro «era un pibe un poco solitario», que estudiaba en el Politécnico Modelo, un colegio de Villa Pueyrredón, donde vivía y hacía cursos de música electrónica, su pasión. Asegura que salía muy poco, casi siempre a tomar algo, y no le gustaba ir a bailar, pero no se perdía ni una de estas fiestas, a las que iba con los amigos del barrio. «Era medio recluso, retraído, no tenía novia ni hablaba demasiado, aunque tenía una relación muy cercana con mis viejos», recuerda. Explica que ni ella ni sus padres, con quienes Mauro vivía, sospecharon nunca que él tomaba drogas hasta después de su muerte, cuando supieron que consumía desde hacía cerca de un año.

«Muchos piensan que es un estimulante inofensivo que te pone contento; no tienen idea», asegura Ivana, quien decidió difundir el caso de su hermano a pesar de que, en un principio, sus padres se mostraron reticentes. «Les dije que lo iba a hacer con o sin ellos –afirma– y entonces me apoyaron, porque lo importante es que se sepa que el éxtasis no es ni una ‘speed’ (bebida energizante) ni como tomarse una Coca Cola con aspirinas, como muchos imaginan.»

Aunque el consumo de éxtasis crece año a año, pocos son conscientes de los riesgos que implica: además del aumento de energía y sensación de bienestar, produce deshidratación, pérdida del control y aumento de la presión arterial. Ivana está convencida de que Mauro era de los pocos que estaban al tanto. «Después de que murió, empecé a indagar en su computadora, donde encontré conversaciones en las que hablaba de riesgos y precauciones. No era un pibe que tomaba por primera vez y que por equivocación le pasó esto. Sabía que no lo tenía que mezclar con alcohol y le daba este consejo a sus amigos que también consumían», explica.

Es por esto que está convencida de que la droga que causó la muerte de su hermano estaba adulterada: «El siempre compraba en el mismo lugar y los análisis que le hicieron en el Hospital Fernández, donde fue trasladado, no muestran presencia de alcohol en la sangre», dice a modo de justificación, aunque se apresura en aclarar que los resultados de la autopsia serán los que confirmen esta hipótesis.

Tomado del diario *Perfil*, 19 de octubre de 2007

ACTIVIDAD



- Lee atentamente el artículo y analiza el tema central.
- Concorre a un centro asistencial u hospital cercano y realiza una breve entrevista a un médico que pueda informarte sobre los efectos del éxtasis. (Debes informar que la estás realizando para la escuela). Graba la nota y compártela con el resto de tu curso.

LA HEROÍNA

La heroína se procesa a partir de la morfina, una sustancia natural extraída de la vaina de la adormidera asiática. Por lo general, aparece como un polvo blanco o marrón. Entre los nombres callejeros asociados con la heroína se incluyen: «azúcar negra», «manteca», «tecata», «H», «polvo blanco», «dama blanca» y, en inglés, «smack», «skag» y «junk».

La heroína puede inyectarse o inhalarse. Los jóvenes que aspiran o fuman la heroína corren el mismo riesgo de sobredosis y muerte que los usuarios intravenosos.

Estudios recientes sugieren que ha habido un cambio en el uso, de heroína inyectada a heroína inhalada o fumada, debido a mayor pureza y al concepto erróneo de que estas formas de uso no producen adicción.

PELIGROS PARA LA SALUD

Efectos irreversibles. El abuso de la heroína está asociado con condiciones serias de salud, incluidas sobredosis fatal, aborto espontáneo, colapso de las venas y enfermedades infecciosas, entre ellas VIH/SIDA y hepatitis.

Efectos a largo plazo. Los efectos a largo plazo de la heroína incluyen colapso de las venas, infección de la membrana que recubre el corazón y de las válvulas del corazón, abscesos, celulitis y enfermedad del hígado. Puede haber complicaciones pulmonares, incluidos varios tipos de pulmonía, como resultado del mal estado de salud del usuario, así como de los efectos depresores de la heroína en la respiración.

Infección. Además de los efectos de la droga en sí, la heroína vendida en la calle puede contener aditivos que no se disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar infección o hasta la muerte de pequeños núcleos de células en los órganos vitales.



La inyección de drogas como la heroína representa graves riesgos para la salud

EL TABACO

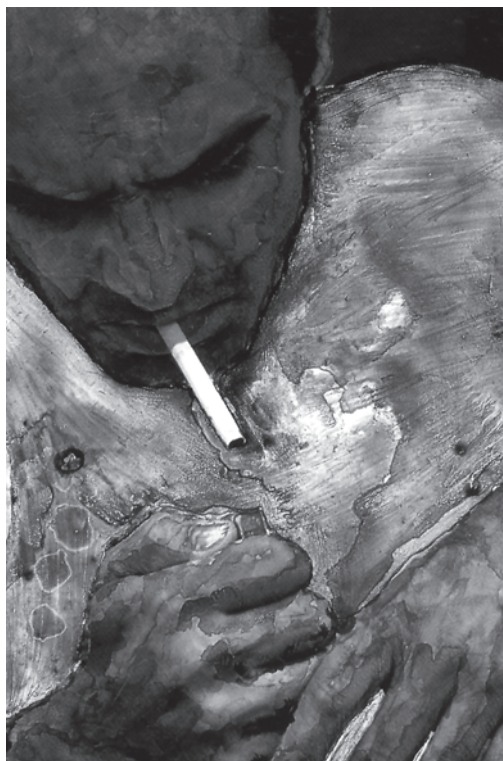
PELIGROS PARA LA SALUD

La nicotina es sumamente adictiva y actúa no sólo como estimulante sino como sedante en el sistema nervioso central. La ingestión de nicotina produce un efecto («cantazo») casi inmediato, ya que causa liberación de epinefrina de la corteza suprarrenal. Esto estimula el sistema nervioso central y otras glándulas endocrinas, lo que causa una liberación súbita de glucosa. Esta estimulación es seguida de depresión y fatiga, lo que hace que el usuario necesite más nicotina.

La nicotina del humo se absorbe rápidamente en los pulmones, independientemente de si éste proviene de cigarrillos, cigarros puros o pipas. La nicotina también se absorbe rápidamente cuando se masca tabaco. Con el uso regular de tabaco, los niveles de nicotina se acumulan en el cuerpo durante el día y persisten durante la noche, lo que expone a los fumadores diarios a los efectos de la nicotina durante 24 horas todos los días.

Además de la nicotina, el humo de cigarrillo está compuesto por docenas de gases (mayormente monóxido de carbono) y brea. La brea del cigarrillo expone a una tasa alta de expectativa de cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. El monóxido de carbono en el humo aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

Las embarazadas que fuman son más propensas a tener abortos espontáneos, bebés con bajo peso y con mayor vulnerabilidad a las enfermedades.



Fumar es perjudicial para la salud



Si la madre fuma durante el embarazo se perjudica a si misma y a su futuro hijo

TIPOS DE ADICCIONES

Muchas veces las adicciones a sustancias no logran ser reconocidas, pasando inadvertidas para la persona que las padece como para el medio social que la rodea. Esto sucede, sobre todo, con sustancias que poseen un alto grado de tolerancia social, como el alcohol o el tabaco. Esto se debe a dos cuestiones: la persona niega su adicción a través de un mecanismo de defensa llamado ‘negación’, el que le permite transformar una porción de la realidad vivida acomodándola según sus expectativas. Se crea, de este modo, otra realidad. Así, el fumador o el bebedor compulsivo dice poder dejar de fumar o de beber en cuanto él lo decida, negando que algo motive su adicción a una determinada sustancia.

Además existe lo que llamamos la ‘tolerancia social’, lo cual refuerza la conducta adictiva: la indiferencia creciente que desarrolla la sociedad frente a las prácticas de consumo que implican el perjuicio de las personas. El aumento de este tipo de tolerancia en la población es un hecho alarmante, que convierte a toda la sociedad en cómplice de esta problemática. Los medios masivos de comunicación bombardean al mercado adolescente. El tabaco y el alcohol parecieran estar asociados a una vida exitosa, feliz y saludable, cuando en realidad todos sabemos que estas drogas, a pesar de ser lícitas, nos llevan a enfermarnos.

LECTURA

DROGAS LÍCITAS

Consumo de tabaco



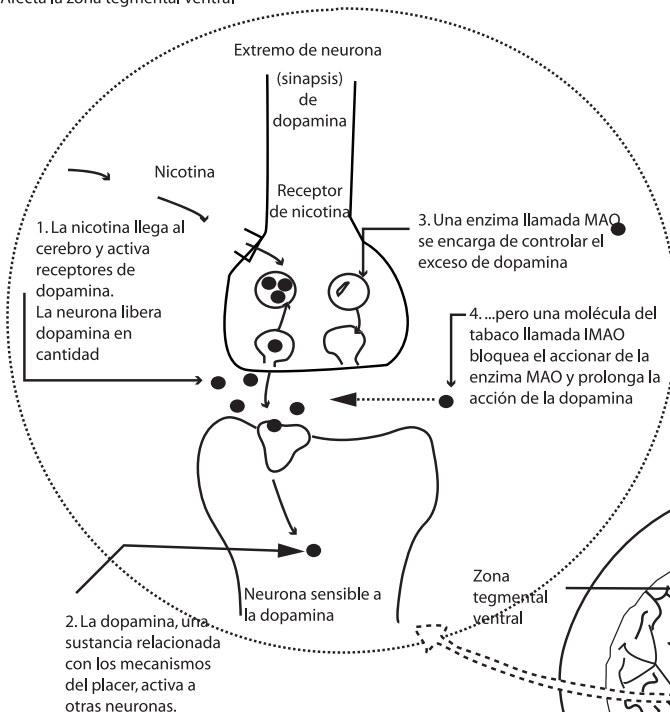
Aunque el tabaco es conocido desde hace mucho tiempo, su consumo generalizado no comenzó hasta principios del siglo XX y se hizo masivo a partir de los años 40, llegándose a un máximo en la década de 1970 a 1980. Desde entonces se ha observado un significativo descenso en los países que han tomado medidas anti-tabaco. El consumo de tabaco ha sido potenciado por intereses económicos, contribuyendo el bajo precio de los cigarrillos y la importante influencia de la publicidad. Así, una de las medidas más eficaces para disminuir el consumo de tabaco ha sido el incremento de su precio. La publicidad del tabaco asociada a los deportes es la que, probablemente, más ha influenciado a la juventud. El inicio del hábito de fumar se ha ido haciendo cada vez más precoz, encontrándose que hasta un 30% de los jóvenes de 10 a 15 años son fumadores. El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud en los países industrializados. La mortalidad atribuible al tabaquismo ha ido en aumento.

De lo anterior se desprende la importancia de tomar medidas enérgicas contra el hábito de fumar y favorecer el estilo de vida cardiosaludable. Las acciones deben empezar a nivel político, estableciéndose unas medidas que permitan el control de las empresas tabaqueras y de su publicidad, e incrementando el precio del tabaco. Además, deberán desarrollarse programas de educación para sensibilizar a la población en los colegios, trabajo, hogar, hospitales, medios de comunicación, etc., con la intención de conseguir el abandono total y definitivo del hábito de fumar. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud comenzó en 1998 a desarrollar entre sus proyectos la iniciativa «Liberarse del tabaco», en la que se pretende promover políticas e intervenciones a nivel mundial que sean eficaces para reducir de forma significativa la prevalencia del tabaquismo.

Tomado de cuadernillos del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación,
Las adicciones y la escuela

¿Cómo actúa la nicotina en el cerebro?

1. Cómo actúa la nicotina en el cerebro
Afecta la zona tegmental ventral

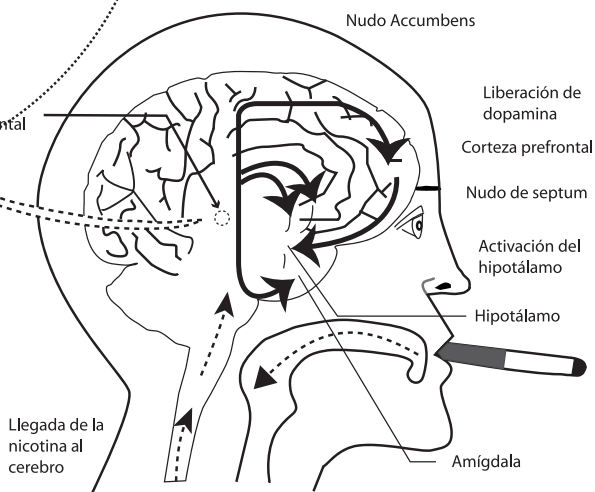


2. El circuito de la recompensa
Cuando la nicotina llega al cerebro pone en funcionamiento un circuito relacionado con la noción de satisfacción

La liberación de dopamina afecta a 4 puntos del cerebro: el Nudo Accumbens, el septum, la amígdala y la corteza prefrontal.

Estos 4 puntos juntos activan el hipotálamo, centro de las reacciones emocionales.

3. Vuelta a empezar
Al dejar de recibir nicotina, las neuronas experimentan una sensación de abstinencia y obligan al cuerpo / mente a un nuevo suministro de nicotina. Se instala la dependencia.



Fuente: www.clarin.com

Fuente: www.Clarín.com.ar

La nicotina contenida en el humo del tabaco también afecta al sistema nervioso central

¿Dónde podemos pedir ayuda?

Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones

Tel: 0800-222-5462

<http://www.spadla.gba.gov.ar>

LAS ADICCIONES Y LA ESCUELA

La escuela no debe permanecer al margen de las problemáticas adolescentes actuales y tiene un valioso papel en la prevención de conductas adictivas. Cuando hablamos de prevenir, nos referimos a introducir modificaciones en un campo para evitar que algo ocurra, evitando de este modo la aparición de un efecto indeseable. Prevenir como forma de educar, a fin de que las personas puedan tomar decisiones autónomas y responsables sobre su salud. Para que esto ocurra es necesario crear sujetos críticos.

En la década de los ochenta, las campañas preventivas sobre drogas se centraban en la transmisión de información detallada. Estas campañas estaban basadas en el miedo. Se creía que infundiendo temor en la población bajaría considerablemente el consumo de drogas. Sin embargo, los efectos no fueron los deseados, favoreciendo en muchos casos la aparición de resultados contrarios. Esto llevó a la conclusión de que no era conveniente hablar de drogas en la escuela, dado que esto podía estimular la curiosidad del adolescente llevándolo a consumir estas sustancias. Hoy sabemos que el tema de las drogas está instalado en nuestra sociedad y que sería ingenuo creer que el no hablar de ellas no aumenta su consumo. Se trata de establecer de qué forma la escuela, la familia y toda la comunidad en general se posiciona frente a esta problemática.

Es necesario informar a la población no sobre las drogas como sustancias (sus efectos, tipos, etc.), infundiendo miedo, sino abordando las adicciones como un problema humano y aclarando cuál es la relación que se establece entre la sustancia, los sujetos y el contexto.



El diálogo en la escuela puede ayudar en la lucha contra las adicciones

ES CONVENIENTE HABLAR DE LAS DROGAS EN LA ESCUELA PORQUE...

las situaciones grupales favorecen el logro de aprendizajes significativos y el uso adecuado de las relaciones entre compañeros constituye una estrategia para procurar un entendimiento profundo sobre distintos temas. Esto requiere que existan momentos en los que los alumnos puedan relacionarse entre sí. La programación por parte del profesor de situaciones de trabajo en equipo, la resolución de tareas en pequeños grupos, los debates grupales luego de abordar una temática, favorecen tareas de cooperación, expresión de diferencias individuales, tolerancia de las opiniones distintas y ayuda mutua.

¿Sabías que existe un mecanismo de defensa llamado «negación» que nos permite fumar sin sentir que estamos dañando nuestro cuerpo? Si bien sabemos (racionalmente) que el cigarrillo produce efectos perjudiciales sobre nuestro organismo, podemos consumirlo sin hacer conciente este conocimiento.

EN VEZ DE HABLAR DE LAS DROGAS... HABLEMOS DEL SUFRIMIENTO HUMANO

Sigmund Freud nos ayuda a pensar de dónde proviene el sufrimiento humano y habla de tres fuentes: el cuerpo propio -destinado a la ruina y a la disolución-; el mundo exterior -que amenaza constantemente- y el vínculo con otros seres humanos. Esta última es la fuente de sufrimiento que más dolor acarrea en las personas.

LECTURA EL SUFRIMIENTO HUMANO



«¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir, por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla. Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y una negativa: por una parte, quieren la ausencia de dolor y de displacer; por la otra, vivenciar intensos sentimientos de placer. En su estricto sentido literal, «dicha» se refiere sólo a lo segundo.

...Se diría que el propósito de que el hombre sea «dichoso» no está contenido en el plan de la «Creación». Lo que en sentido estricto se llama «felicidad» corresponde a la satisfacción más bien repentina de necesidades retenidas... y por su propia naturaleza sólo es posible como fenómeno episódico.

...estamos organizados de tal modo que sólo podemos gozar con intensidad el contraste, y muy poco el estado»...

¿Por qué algunas personas acuden a las drogas?

«...los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo. El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación...existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir nociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir sustancias que provoquen parecidos efectos...

...lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notoria justamente que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino...son culpables de la inútil dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos».

Sigmund Freud, *Obras Completas*, tomo X.

ACTIVIDAD

- ¿Cuáles son las tres fuentes del sufrimiento humano que nombra Freud?
- Teniendo en cuenta que estas tres fuentes no son las únicas que le generan sufrimiento al hombre, piensa con tus compañeros qué otras causas de sufrimiento pueden existir.
- Expliquen con sus palabras los dos párrafos citados.



LAS ADICCIONES Y LOS MEDIOS

Nos preguntamos en qué medida los medios de comunicación tienden a fomentar el desarrollo de conductas adictivas. Son muchas las propagandas que incitan al consumo compulsivo de objetos que prometen acercarnos a una vida dichosa: «Si compra este coche será exitoso y poderoso». «Si luce un cuerpo delgado será feliz». Estos mensajes transmitidos a diario por la televisión, la radio y las revistas no pasan inadvertidos para nuestras mentes; penetran en ellas sin que nos demos cuenta.

Sin embargo, la escuela tiene un poderoso remedio frente a esto: puede tomar en cuenta estos mensajes y ponerlos a trabajar en el aula. En ese espacio se pueden analizar los contenidos que los medios de comunicación transmiten y a partir del trabajo grupal reflexionar sobre ellos.



La escuela puede hacernos más libres,
permitiéndonos decidir.

A través del debate en el aula, los mensajes de
los medios pueden ser analizados con una mirada
crítica

¿Son verdaderos?

¿Son falsos?

¿Por qué se transmiten estos mensajes?

¿Qué se intenta lograr con ello?

¿Son favorables para nuestras vidas?

¿Nos llevan a realizar conductas de riesgo?

¿Dónde podemos pedir ayuda?

Sedronar

Teléfono gratuito: 0800-222-1133. **Secretaría de Programación para la Prevención
de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico**

ACTIVIDAD

■ Reflexionen acerca de esta publicidad :

«Trae el cuerpo que tenés, llevate el que querés»

Compañía Estética

■ ¿Cuál es el mensaje?

■ ¿Cuál es el objetivo de esta publicidad? ¿A quién favorece?

■ ¿Por qué?

■ ¿Creen que induce a conductas adictivas?



La publicidad y el tabaco

La publicidad del tabaco es una herramienta comercial cuyo objetivo es promover la venta de cigarrillos. La empresa vende un producto, pero además convence al público de que compra valores, ilusiones, belleza, juventud, aventuras. El objetivo final es movilizar sentimientos, emociones y valores con fines de lucro. La publicidad moderna no sólo destaca las virtudes del producto (que muchas veces, como en el caso del tabaco, no las posee), sino también los «beneficios» que obtendrán sus consumidores.

Algunas publicidades son lícitas y otras, ilícitas. Al segundo grupo pertenece la publicidad del tabaco, que impulsa a consumir un producto nocivo para la salud del fumador y de quienes se encuentran a su alrededor. Se puede considerar publicidad ilícita:

- La publicidad que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente en lo que se refiere a la infancia, la juventud y la mujer.
- La publicidad engañosa
- La publicidad desleal
- La publicidad subliminal.
- La publicidad que infrinja lo dispuesto en la normativa que regula la promoción de determinados productos, bienes, actividades o servicios

La publicidad subliminal es la más difícil de detectar, ya que utiliza técnicas de estimulación de los sentidos que pasan desapercibidas; de este modo, actúa sobre el público y provoca el consumo de un determinado producto sin que los usuarios sean conscientes de la publicidad. Puede considerarse la más engañosa, la más efectiva y agresiva, porque es capaz de manipular nuestras conductas sin que tomemos conciencia de ello. Los estímulos subliminales son reproducidos o emitidos con baja intensidad o de forma más o menos soslayada, semi oculta o con breve exposición, para que no sean captados de forma consciente.

Puede considerarse que la publicidad del tabaco tiene todas las características que la incluyen como ilícita: atenta contra el derecho a la salud y más contra los niños, la juventud y la mujer; es manifiestamente engañosa y muchas veces subliminal.

Las tabacaleras y los jóvenes

Las industrias tabacaleras tratan de inducir a fumar a niños y adolescentes, que son los que sustituirán a los fumadores adultos que tratan de abandonar los cigarrillos y a los que van falleciendo prematuramente por causa del tabaquismo. Para consolidar e incrementar el sector de fumadores jóvenes, las tabacaleras incrementan la nicotina en los cigarrillos para reforzar la adicción; además, manejan los precios disminuyéndolos para mantener niveles de venta en niños y jóvenes; sobre todo, utilizan la publicidad en la vía pública, la televisión y las revistas. En general, la publicidad simula dirigirse a los adultos, ya que por ley está penada la venta a los menores de edad; sin embargo, no es difícil darse cuenta que las características asociadas a estos productos son deseables para niños y jóvenes.

La publicidad del tabaco es intrínsecamente perversa porque busca vender cigarrillos, elementos tóxicos que producen adicción y afectan la salud, agregándose que su estrategia se dirige principalmente al público infantil y juvenil. En el hecho de promocionar elementos dañinos interviene el deseo de ganar dinero a cualquier costo.

DEPORTE Y PUBLICIDAD DEL TABACO: OTRO ENGAÑO

Las empresas tabaqueras invierten cada año millones de dólares en el patrocinio de acontecimientos deportivos en todo el mundo. En los países donde la publicidad directa de tabaco está prohibida por ley, el patrocinio del deporte se realiza mediante una manipulación que bordea las leyes nacionales.

En estos casos estamos ante una situación contradictoria: el deporte es sinónimo de vida saludable, de sana competición y diversión; en cambio, los productos del tabaco causan enfermedad y muerte.

¿Qué produce el consumo de cigarrillos en los deportistas?

En el deportista profesional, el consumo de tabaco disminuye su nivel de rendimiento y puede poner fin a su carrera. En el deportista ocasional o en el caso de aquellos que practican un deporte como forma de ocio, el consumo de tabaco reduce su capacidad deportiva. En el espectador de acontecimientos deportivos, el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo del tabaco contribuyen a la aparición de enfermedades y reduce su disfrute del juego.

Para los equipos e instalaciones deportivas, la publicidad y el patrocinio del tabaco están en contradicción con los ideales de salud y juego limpio asociados al deporte. En resumen, tabaco y deporte son incompatibles. Las empresas tabaqueras afirman que no se dirigen a los jóvenes, pero en la práctica se aseguran que la publicidad y las acciones de patrocinio se concentren en acontecimientos atractivos a los que asisten gran cantidad de ellos.



La práctica del deporte es incompatible con el consumo del tabaco

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos de hasta cinco integrantes realicen las siguientes actividades:

1) Lean atentamente las definiciones de adicción que presenta la OMS y la Asociación de Psiquiatras estadounidenses, y elaboren una definición propia, destacando las principales características que hay que tener en cuenta para denominar 'adicción' a una conducta.

2) ¿Cómo se clasifican las sustancias adictivas? Elaboren un cuadro sinóptico especificando las formas de clasificarlas y sus características.

3) Expliquen con sus palabras los siguientes conceptos: uso, abuso, adicción.

4) ¿Qué efectos tienen las drogas sobre nuestro organismo?

5) ¿Qué es la 'tolerancia social'?

6) ¿Por qué ciertas adicciones que poseen un alto grado de tolerancia social, no logran ser reconocidas por las personas que las padecen?

7) Lean el artículo: 'Consumo de tabaco', y respondan:

■ ¿En qué consisten las medidas anti-tabaco?

■ ¿Por qué es importante 'liberarse del tabaco'?

8) ¿Cuál es el papel de la escuela en la prevención de las conductas adictivas?

9) ¿En qué consistían las campañas de prevención en la década de los '80? ¿Tenían efectos positivos? ¿Por qué?

10) ¿Cómo se previenen hoy las adicciones?

11) Piensen en los mensajes que transmiten los medios de comunicación. ¿Creen que inducen al desarrollo de conductas adictivas? ¿Por qué? Ejemplifiquen.

12) Expliquen con sus palabras qué es una «publicidad lícita», y qué es una «publicidad ilícita». Seleccionen recortes de diarios y revistas que permitan ejemplificar estos dos tipos de publicidades.

Una nota publicada por la revista *Viva*, el domingo 27 de abril de 2003, analiza el consumo de drogas en las discotecas. Se trata de una moda que viene desde Europa: bailar sin parar hasta la mañana gracias al consumo de drogas de aspecto inofensivo.

■ Reunidos en grupos investiguen qué tipos de sustancias circulan en los boliches, qué efectos provocan y qué daños ocasionan en la salud.

■ Realicen un informe donde detallarán lo investigado, señalando asimismo, las causas generales de las adicciones; los factores propios de la adolescencia y las posibles salidas de esta problemática social.

13- Las drogas y el barrio

Objetivo: Establecer la presencia o no de la «tolerancia social» respecto al consumo de sustancias psicoactivas –drogas lícitas e ilícitas-, a partir de analizar las reacciones de los actores sociales del barrio.

■ Reunidos en grupos de cuatro a cinco integrantes, los alumnos realizarán entrevistas a instituciones locales (clubes, centros de salud, hospitales, policía) y comerciantes barriales (farmacia, estación de servicio, almacén, supermercado, puesto de diarios, kiosco, etc.).

Entrevista: *(Inspirada en entrevista realizada por Sedronar)

- ¿Hace cuánto tiempo que está en el barrio?
- ¿Qué piensa usted de las drogas?
- ¿En el barrio hay drogas?
- ¿Dónde?
- ¿Son fáciles de conseguir?
- ¿Son accesibles económicamente?
- ¿Usted sabe quiénes las consumen?
- ¿Tiene alguna propuesta para solucionar este problema?

■ Se registrará lo consignado en un cuadro sinóptico detallando tipo de institución, tipo de comercio y las respuestas obtenidas en las entrevistas.

■ Exposición de los grupos. Debate.

■ Se anotarán en el pizarrón las conclusiones a las que arriba la clase acerca de la tolerancia social.

14- Algunas canciones inducen al consumo de drogas

Objetivo: Analizar las letras de las canciones que promueven el consumo de sustancias psicotrópicas como valor social.

Reunidos en grupos lean las siguientes canciones y analicen:

- ¿De qué habla la canción?
- ¿Cuál es el mensaje?
- ¿Promueve o incita a los jóvenes al consumo de drogas? ¿Por qué?
- ¿Con qué medios cuentan los jóvenes para revertir esta situación?

«El tano pastita»
(Cumbia villera)

A mi amigo el tano, le gusta la pasta
Le sirven, le sirven, nunca dice basta
Consume ravioles toda la semana
La pasta lo enloquece de noche y de mañana
Como él no la prepara ninguno en la villa
Por eso la vagancia
Para en su casilla
El tano prepara la pasta con amor

Él nunca la corta, porque pierde el sabor
Te sirve y te sirve, con vino y cerveza
El tano con la pasta, queda de la cabeza.
«La jarra loca»
(Cumbia villera)

Estaba en el baile,
Tomando fernet con coca
Sin darme cuenta una chica,
Le metió una pastilla
Color rosa

La jarra seguía pasando,
De boca en boca
Mareados seguimos tomando
De esa jarra loca
Empezamos a ver,
Dibujitos animados.

Descontrolados,
Saltan todos de la cabeza
Saltan todos, pintó el descontrol
Saltan todos, y no sean caretas
Que esta noche no tiene bajón
Saltan todos con flor de piedra
Si pinta el Rocky, pinta el descontrol.

15- Mirando a nuestro alrededor

Objetivo: Registrar producciones culturales espontáneas, de los medios de comunicación y de la música, que den cuenta de la tolerancia social hacia el consumo de sustancias psicoactivas.

Situaciones a observar:

Graffitis en las paredes del barrio, en las plazas, en los bares, etc.

Letras de canciones de moda.

Publicidad sobre alcohol, aspirinas, psicofármacos, etc.

Series televisivas.

Dibujos animados.

■ Reunidos en grupos pequeños elijan una situación a analizar.

■ Se describirá detalladamente la situación.

■ Se analizará la misma a partir de los conceptos de «tolerancia social» y se elaborará un informe (más de tres hojas, en donde se podrán incluir recortes o ilustraciones) a partir de la siguiente pregunta: ¿Cómo afectan nuestras conductas estos mensajes?, ¿Cuál es la forma más eficaz para revertir esta situación? ¿A quién benefician estos mensajes? ¿Por qué?

■ Exposición general de lo trabajado en pequeños grupos.

16- Drogas lícitas

1) El docente presenta al grupo tarjetas con las siguientes frases:

Si bebo mucha cerveza soy aceptado por el grupo.

Beber me hace sentir más grande.

Beber me ayuda a olvidar los problemas.

El fumador es una persona más sofisticada.

El fumar se asocia con belleza física, atractivo sexual y éxito.

2) Los alumnos divididos en grupos chicos eligen una tarjeta y utilizan la frase que aparece en ella como disparador para la elaboración de un informe sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Pueden buscar información complementaria en diarios y revistas.

3) Exposición oral de lo trabajado en pequeños grupos.

17) Uso y abuso de sustancias tóxicas

■ Reunidos en grupos de hasta cinco alumnos analicen las siguientes situaciones, estableciendo para cada una de ellas si hay uso o abuso y por qué.

■ ¿Por qué creen que se acuden a estas sustancias? ¿Creen que realmente tienen el efecto buscado en las personas? Justifiquen su respuesta.

Situación 1

Mariela sale a bailar con tres amigas. Al entrar al boliche, las amigas de Mariela comienzan a beber cerveza, hasta llegar a la cantidad de cinco botellas cada una. Mariela decide tomar un jugo, sin alcohol. Sin embargo hay veces que le gusta tomar un poco de vino cuando disfruta de una cena apetitosa.

¿En qué casos existe uso y en cuáles abuso?

¿Cuáles creen que son los motivos que llevan a las amigas de Mariela a consumir alcohol?

¿Es igual al consumo de vino de Mariela? Justifiquen la respuesta.

Situación 2

Juan y sus amigos beben cotidianamente cerveza, vino y consumen marihuana cuando se reúnen en el kioskito del barrio todas las tardes. Charlan, gritan, rompen botellas y a veces se pelean entre ellos, y hasta se tiran en la vereda a dormir.

Analicen la situación planteada pensando qué tipo de conducta se manifiesta.

¿Consideran que es normal?

¿Qué les dirían a Juan y sus amigos si pudieran acercarse a ellos?

¿Consideran que necesitan ayuda o creen que es una travesura adolescente?

¿Qué piensan que harían los papás de Juan si conocieran la situación?

¿Qué harías vos si fueras amigo de Juan?

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

CIUDAD DE DIOS

Director: Fernando Meirelles

Sinopsis:

Buscapé tiene 11 años y vive en Ciudad de Dios, un suburbio de Río de Janeiro. A pesar de que la vida en este barrio está dominada por robos, peleas y enfrentamientos diarios con la policía, Buscapé prefiere quedarse al margen. Él sueña con ser fotógrafo. Dadinho tiene su misma edad y también tiene claro su futuro, aunque muy distinto. Ambiciona convertirse en el criminal más famoso de Río de Janeiro. Con el paso del tiempo ambos conseguirán que sus sueños se hagan realidad. Buscapé entrará a trabajar en un periódico y Dadinho, que cambia su nombre por el de Zé Pequeno, se convertirá en el narcotraficante de cocaína más temido y respetado de Río de Janeiro.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Ubiquen esta película en el tiempo (cuándo ocurre) y en el espacio (dónde ocurre).
2. ¿Cómo se manifiesta el cambio físico en la favela a lo largo de las tres décadas que retrata la película?
3. ¿Cómo se expresa la sensación de que nadie puede escapar de la violencia?
4. ¿Cómo se estructura la economía de la droga en la favela?
5. ¿Cuáles son los cambios que conlleva la consolidación del narcotráfico en la favela?
6. ¿Cómo evoluciona la relación entre la comunidad y los delincuentes de la favela?

CAPÍTULO IX

ADOLESCENCIA Y TRABAJO

Hoy en día, muchos adolescentes se encuentran en dificultades cuando intentan acceder a un empleo. Escuchamos diariamente que en nuestro país no hay trabajo y que los que consiguen deben contar con experiencia y una buena formación académica. Sin embargo, esto no alcanza. Luego de haber finalizado sus estudios secundarios y de adquirir la experiencia requerida en algún puesto, pasarán por interminables colas, entrevistas de selección y evaluaciones psicológicas. Finalmente accederán a él o continuarán su búsqueda.

Quienes no hayan terminado su educación en la escuela se encontrarán en una situación sumamente compleja. Muchos chicos y adolescentes de sectores pobres se hallan en esta situación. Deben abandonar el colegio, ya que la realidad familiar requiere que ellos salgan a trabajar. Las adolescentes mujeres muchas veces abandonan sus estudios para cuidar a los niños de la casa, mientras sus padres salen a trabajar. Esto hace que, para los adolescentes de los sectores populares, sea aún más difícil conseguir trabajo, al carecer de un estudio básico.

Es en la adolescencia cuando el ser humano va construyendo, paulatinamente, su proyecto de vida, es decir, el modo en que se alcanzará una meta: formar una familia, tener una casa propia, ser médico, abogado o carpintero.

En el logro de estos objetivos, el trabajo ocupará un lugar destacado para la autorrealización. Es por ello que será necesario haber pasado muchos años de estudio en la escuela -y si es posible en la universidad-, lo cual influirá decididamente a la hora de conseguir un empleo digno.

Muchos adolescentes trabajan para ayudar a sus padres



UNA SOCIEDAD DUAL

Actualmente, las sociedades han alcanzado un alto grado de desarrollo en cuanto a su capacidad de producir bienes y servicios. Esto ha llevado a que un sector de la población pueda acceder a elevados niveles de confort, disfrutando de buenas viviendas, automóviles, viajes, posibilidades de comunicación instantánea con gente que habita la otra punta del planeta, etc. Sin embargo, hablamos de ‘alguna gente’, ya que buena parte de la población carece de estos beneficios propios de los avances modernos.

Junto con los desarrollos señalados se ha venido profundizando la desigualdad social. La riqueza no se distribuye en forma equitativa, sobre todo en los países del tercer mundo, como la Argentina. Es por esto que hablamos de sociedades duales: así como existe una parte de la población que posee un buen nivel de vida, otra porción no llega a satisfacer sus necesidades básicas de salud, vivienda y educación.

La situación de inequidad social se profundizó en la década de los ‘90, en la que aumentaron considerablemente la pobreza y la indigencia, como consecuencia de la desocupación, el trabajo en negro y la caída de los ingresos de los trabajadores. Muchos adultos quedaron fuera del mundo del trabajo y un alto porcentaje de jóvenes no pudieron ingresar a él.

Luego del abandono de la política de Estado de Bienestar, que actuaba aliviando y compensando las desigualdades generadas por el mercado y las derivadas de la política económica, la pobreza y la vulnerabilidad social aumentaron en nuestro país. Lo mismo ocurrió en América Latina en general.

Las clases sociales

En las sociedades industriales aparecen sistemas de estratificación que presentan las siguientes características:

- Estas sociedades se fundaron sobre la idea de que todas las personas son iguales. En realidad, podemos ver a simple vista que se trata de relaciones marcadamente desiguales entre grupos o individuos.
- Son producto de la acción conjunta de distintas instituciones, el mercado, el Estado, el sistema educativo, encargadas de distribuir los bienes y servicios, en forma desigual entre los individuos de una sociedad.
- Constituye un modelo de sociedad compuesta por un continuun de posiciones escalonadas jerárquicamente. En ella los individuos se definen por comparación-oposición: se intentan distinguir respecto de los estratos inferiores y aspiran a ascender a los superiores. Es decir, existe la pretensión de ser distinto respecto de los de abajo y el viejo deseo de pertenecer o parecerse a los de arriba. Estos rasgos han otorgado a las sociedades un carácter conflictivo y cambiante. En este contexto aparecen las ideas de progreso y de movilidad social ascendente como posibilidades de cambio.

LECTURA



Periodistas por un día: inusual reclamo en un acto oficial

Dos adolescentes plantearon a Filmus el problema de los chicos que trabajan

«Quieren estudiar, pero no pueden; hay que hacer algo», dijo un joven de 15 años

La informalidad y la frescura que el animador Fabián Gianola le aportó al acto de entrega de premios del certamen escolar «Periodistas por un día», en el Ministerio de Educación, quedaron desplazadas en un instante por el directo reclamo que dos adolescentes catamarqueños le plantearon al ministro Daniel Filmus, en favor de los chicos que se dedican en el interior al trabajo rural.

«Esos chicos quieren estudiar. Pero no pueden. Tienen que salir a trabajar en las cosechas, en condiciones de riesgo y no pueden ir a la escuela. Hay que hacer algo», dijo Matías Cabrera, de 15 años, en el Salón Blanco del Palacio Sarmiento, acompañado por José Ledesma, de 16. El silencio de ambiente le dio más consistencia al pedido de auxilio.

Ambos cursan el primer año de polimodal en el colegio N° 25 de Alijilán, en el departamento Santa Rosa de Catamarca, y son autores de la investigación periodística escolar «El trabajo rural de los adolescentes en el extremo austral de La Yunga. La historia de Jorge», uno de los ocho trabajos premiados.

«Les traemos el reclamo de ellos: quieren estudiar. Son chicos que trabajan en condiciones de alto riesgo, muy expuestos a problemas de salud. Cargan sobre sus espaldas mochilas de 30 kilos con insecticidas, herbicidas y fertilizantes, y muchas veces se infectan y sufren enfermedades», relató Matías, que pidió un régimen especial de estudio para esos adolescentes.

«Nosotros conocemos el problema en carne propia. Yo también trabajo», agregó el joven. Filmus escuchó el reclamo en primera fila, junto al ministro de Educación de Catamarca, Eduardo Galera, quien luego les entregó el premio, junto a representantes de medios periodísticos.

En el cierre del acto Filmus recogió el guante y dijo que le parecía «sensacional» que los chicos de Catamarca plantearan el reclamo. «La realidad de los trabajadores rurales es muy problemática. Nosotros tenemos programas de asistencia, pero no sé por qué no llegan a esa zona. La situación merece ser estudiada para ver cómo resolvemos el problema», prometió. Dijo que algunas provincias del Norte tienen un calendario escolar diferente, en virtud de las características climáticas o laborales de la zona. En su trabajo, Matías y José narran la cruda realidad de los chicos de su edad que se ven obligados a trabajar en las campañas de cosechas por el interior. Hicieron muchas entrevistas y focalizaron el caso en Manantiales, pero advirtieron que el problema se extiende.

«Si hay desocupación, hay pobreza, y si hay pobreza, no hay necesidades básicas satisfechas. Muchos de ellos tienen que ponerse la familia al hombro, porque a veces el padre no es muy amigo del trabajo», detalló Matías a *La Nación*.

Mariano Vedia

Tomado de diario *La Nación*, jueves 20 de setiembre de 2007



ACTIVIDAD

■ Lee con mucha atención y sintetiza en cinco renglones, como máximo, el contenido de este artículo.

LA MOVILIDAD SOCIAL

La visión de que es posible, en base al esfuerzo, mejorar la situación personal y familiar en la sociedad es una de las formas en que uno puede referirse al concepto de movilidad social. En otros tiempos, miles de inmigrantes llegaban a nuestro país en busca de un futuro mejor. Italianos y españoles cumplían el sueño de que sus hijos fueran lo que ellos no habían podido ser: profesionales. Y de ahí surge la aspiración de ‘el hijo doctor’, que reflejaba una particularidad social de aquella época en la Argentina: la posibilidad de ascenso social.

Hoy, esa legítima aspiración de progreso está chocando con una realidad que parece decir que eso ya no es posible. Las clases medias en lugar de ampliarse tienden a reducirse y a muchas personas les resulta muy difícil permanecer en ellas. Como señala Kliksberg:

‘Las clases medias, potente motor de desarrollo, progreso tecnológico y creación de cultura, ávidas por educación, se hallan acorraladas históricamente por políticas que les han sido desfavorables, limitando sus posibilidades de desempeño micro o meso empresarial, el acceso al crédito o la tecnología y protecciones elementales’.

En Argentina, esos procesos llevaron a que un país que tenía en 1980 un 53% de clase media, experimentara en los 90, en solo 10 años, la transformación de siete millones de personas, el 20% de clase media, en ‘nuevos pobres’. Los estratos medios significan actualmente menos del 25% de nuestra población. La emigración -que implica el desarraigo, la pérdida de lazos familiares vitales, la destrucción del capital social de la persona- ha sido otro camino para escapar de la falta de oportunidades. La pobreza y la nueva pobreza han alimentado una ola de emigración sin precedentes.

Los nuevos pobres

Hace unos años surgieron ‘los nuevos ricos’: así se les llamaba a aquellos que gracias a una situación económica favorable pudieron ascender de clase social por su poder adquisitivo, aunque su nivel sociocultural no estuviese acorde con ese nuevo status. Hoy, y cada vez con mayor frecuencia y en mayor número, asistimos a la proliferación de los nuevos pobres. Si los nuevos ricos de ayer estaban por debajo del nivel cultural estándar de la nueva clase a la que ingresaban, ahora se da el fenómeno inverso, ya que dentro de ‘los nuevos pobres’ hay profesionales que no tienen la oportunidad de desarrollar laboralmente sus conocimientos. Nos encontramos en presencia de una nueva «pobreza culta», por llamarla de algún modo, que no puede brindarles a sus hijos la misma educación que ellos recibieron.

UN POCO DE HISTORIA M’HIJO EL DOTOR

Entre 1860 y 1930 llegaron a la Argentina millones de personas provenientes de Europa buscando nuevos horizontes y huyendo de la guerra y el hambre.

Durante esos años nuestro país se caracterizó por una movilidad social ascendente, es decir, por la posibilidad que tenían los inmigrantes que se instalaban en nuestro país y sus hijos y nietos, de lograr una mejor inserción económica y social.

Este fue un momento de gran crecimiento económico, social y cultural para la Argentina. La obra de Florencio Sánchez: «M’hijo el dotor», ilustra este momento de esplendor de nuestro país.

Resulta paradójico que en el primer tramo del siglo XXI las cosas estén invertidas con respecto a años anteriores. Cuando Florencio Sánchez escribió ‘Mi hijo el doctor’, registrando magistralmente la situación de los inmigrantes, nadie hubiera imaginado la posibilidad de que años después alguien pudiese decir ‘mi padre el doctor’, encerrando en esas palabras la dura realidad de un descenso en el nivel educativo, económico y social.

Los adolescentes, la escuela y la movilidad social

Hoy en día los adolescentes mantienen una relación compleja y ambigua con las instituciones escolares. No podemos establecer una única relación que permita entender estos tres conceptos. Por un lado, porque existen distintos tipos de escuelas, que responden a modelos educativos diversos, que difunden saberes distintos y que se encuentran en contextos geográficos con características disímiles. A esto debemos agregar que las características de los jóvenes también varían de acuerdo a las clases sociales y al medio familiar en el que se desarrollan.

Sin embargo, en términos generales, podemos decir que la escuela no ocupa hoy el lugar que tuvo para las generaciones anteriores; dejando de ser para los adolescentes el medio para el logro de ascenso social.

Como dice Tenti Fanfani:

«Hoy en día «escuela» no se asocia automáticamente con ascenso social; se la ve como una condición básica, necesaria pero no suficiente, para la reproducción del lugar social ocupado por la familia de origen. Ya no se la ve como ascensor social, sino como un estabilizador, y esto se debe a que la probabilidad de movilidad social existente ya no es de ascenso, como hace treinta años, sino de descenso».

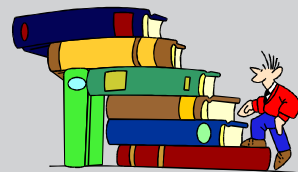
Es decir que la valoración que hoy tiene la escuela está fuertemente ligada al cambio que ha sufrido la idea de movilidad social presente en el imaginario de la población.

ACTIVIDAD

- Define el concepto de «movilidad social ascendente».
- ¿Cómo se manifestaba la movilidad social ascendentes cuando llegó la gran ola de inmigrantes a nuestro país?
- ¿Qué pasa hoy?
- ¿Por qué alguna gente se va del país?



LECTURA



OTRAS FRONTERAS: LA AVENTURA DE LOS COMPATRIOTAS EN UNA DE LAS FRONTERAS MÁS VIGILADAS Los argentinos, las víctimas preferidas de los «coyotes»

Son los traficantes que cruzan a los ilegales a EE.UU. Dicen que están llegando muchos argentinos. Y que es uno de los grupos a los que más les cobran, diez veces más que a un mexicano: casi 6.000 dólares por el cruce.

Gustavo Sierra. Enviado a Ciudad Juárez, México.

La terminal de ómnibus de Ciudad Juárez es el mejor lugar para hacer el primer contacto con un «coyote» que lo cruce ilegalmente a Estados Unidos.

Allí no están ni los capos de las organizaciones ni los jovencitos que hacen el cruce, pero están los taxistas que organizan el arreglo. En general llegan hasta allí mexicanos o centroamericanos. Tal vez algún que otro brasileño que no haya hecho los acuerdos en Río o San Pablo. Pero en los últimos tiempos han empezado a aparecer argentinos que buscan la forma de cruzar la frontera. Y un argentino es muy valioso para toda la organización. Paga casi diez veces más que un mexicano y cinco más que un centroamericano. Le pueden sacar hasta 6.000 dólares.

«Eso sí, carnal (amigo, familiar), te garantizo que llegas a Denver en Colorado en menos de dos días», me dice uno de los «coyotes» a los que me llevó a ver Alfredo, taxista de la terminal de «Juarcito», que es como llama él a su ciudad.

«Hablemos directo, con palabra de hombre. Si usted quiere brincar para el otro lado yo le consigo a un buen pollero (otra forma de denominar al coyote o traficante de personas). Usted arregla con ellos. Yo sólo cobro el viaje. Eso sí, en dólares», me dice Alfredo apenas hago algunas preguntas en la puerta de la terminal de ómnibus, a unos tres metros de donde estaban dos policías estatales mirando hacia las montañas Organ, en el lado estadounidense.

«Están viniendo muchos argentinos últimamente, asegura Alfredo. Ando llevando cada vez más. Antes ni se veían por acá. Y son un gran negocio. A los argentinos les cobran muy caro. Después siempre hay una propina. ¿El último que llevé? Fueron varios. Hasta la semana pasada vi a un grupo. Eran como tres. Y hasta niñas llegan. Vi varias mujeres. Acá hay una famosa argentina que baila en el Erotic desde hace un tiempo. Es una de las chicas más famosas del ambiente», cuenta Alfredo con soltura, mientras maneja despacio por la avenida 16 de Setiembre.

Lo de las mujeres argentinas ya me lo había mencionado la cónsul mexicana en Buenos Aires. «Estamos detectando que cada vez hay más mujeres jóvenes que vienen a pedir visa o datos para viajar. La mayoría dicen que tienen contratos como modelos. Es posible que las engañen con eso», me había dicho.

Alfredo da vueltas por varios barrios marginales y entramos por unas calles de tierra y hasta una barranca desde donde se ve claramente el río Bravo, que marca el límite entre México y Estados Unidos. En este caso. «Juarcito» de El Paso, en Texas, es la Colonia Portal.

Unos chicos de no más de 12 años se muestran muy desconfiados. Dicen que «la gente de la casa» está ya en el Puente Libre, uno de los que unen ambas ciudades y donde los «coyotes» van a buscar clientes. Cuando llegamos aparece un patrullero de la policía mexicana. «Así no va a

aparecer nadie», dice Alfredo y nos lleva de regreso al puente del centro, el de Santa Fe, mientras charla sin parar. «Es que hay que venir a las cuatro de la tarde o a las doce de la noche, porque a esa hora es que hacen el cambio de guardia los «gabachos» (por los guardias estadounidenses) y es cuando hay más actividad», dice. Y recuerda cuando uno «brincaba facilito» antes de que los terroristas tiraran las Torres Gemelas de Nueva York.

«Ahora lo tuercen a uno si lo detectan. Y tienen cámaras hasta abajo del agua renegrida del río», sigue. El día anterior pudimos ver esas cámaras en un recorrido con los agentes del Border Patrol del lado estadounidense. En una sala de operaciones hay un «observador», un hombre negro, grandote y de acento de Chicago. Tiene más de 40 televisores que muestran cada centímetro de la frontera por casi cinco kilómetros. Si es de noche, viran las cámaras al infrarrojo.

No hay forma de esconderse de ese «Big Brother» fronterizo. Y si alguno lo logra, están las patrullas estacionadas a 300 metros una de la otra. Y si pasan, siempre pueden aparecer las camionetas blancas y verdes que están dando vueltas por las calles cercanas a la frontera todo el tiempo.

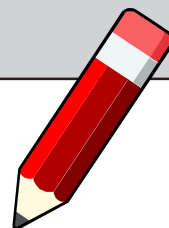
Llegamos a la avenida Juárez, en la desembocadura del puente de Santa Fe. Alfredo nos recomienda a otro taxista y éste nos señala discretamente para una esquina en la que hay una licorería. Hay varios tipos. Uno está sentado en una silla en el medio de la vereda por la que caminan centenares de personas que regresan de pasar el domingo con sus familias del lado mexicano. Parece ser uno de los capos. Alrededor hay unos muchachos con camisetas blancas sin mangas que dejan ver unos músculos enormes y tatuajes varios. Eso sí, todos llevan uno grande con la imagen de la Virgen de Guadalupe.

«Es tarde. Tiene que ser mañana. Pero usted dirá. ¿Es para brincar lo nomás o quiere seguir hasta algún lado mejor?», dice el hombre de unos 50 años y que parece tener todo el tiempo del mundo. «Depende del precio», le digo. «De eso hablamos luego», responde. «Acá de lo que se trata es de que todo salga como Diosito manda». Después de varios minutos de diálogo inútil lanza una cifra: 2.000 para pasarlo hasta El Paso. Cinco mil para llegar a Houston. Y me da las señas para encontrarnos. Me tengo que alojar en el hotel Embajador de la calle Francisco Villa y la 16. Es el mismo en que estuvieron dos de los argentinos que entrevisté y que después terminaron en la cárcel. Allí debería esperar hasta que alguien me venga a buscar de parte de Miguel. No puedo llevar nada más que un pequeño bolsito con alguna ropa para cambiarme después de cruzar el río.

El camino planeado será el cruce. Permanecer oculto en una casa en El Paso hasta que una camioneta nos saque hasta San Antonio o McAllen. Y de allí hasta Houston.

En Houston está la central de distribución de las organizaciones que pasan indocumentados. Hice un recorrido por la zona donde están las «empresas» de camionetas de transporte en el Harrisburg Boulevard del barrio de Magnolia. Me llevó un agente encubierto del BICE (*Bureau of Immigration and Customs Enforcement*), que dijo llamarse Steve y mascaba tabaco todo el tiempo mientras escupía la saliva en una botellita de agua mineral. A cada paso aparecían camionetas espectaculares que pueden llegar a costar más de 60.000 dólares. Todas nuevas, todas llenas de brillo y vidrios polarizados. Los mexicanos las llaman «trocas» (que viene de *truck*, camión en inglés). Hay más de cien de estas empresas en Houston y todas están dedicadas a transportar indocumentados por todo el territorio estadounidense. «Este es el centro de distribución hacia todo el país. Los traen de la frontera y desde aquí los cargan en otras camionetas y los redistribuyen a lugares tan distantes como Nueva York, Chicago o Los Angeles. El problema es que cuando cambian de mano, muchos indocumentados son secuestrados y no los largan hasta que sus familias no pagan más dinero por el traslado». Eso es exactamente lo que le sucedió a la argentina Gladys Vitale, una abuela de 61 años que casi muere en el intento por reencontrarse con su familia en Houston.

«A ti, así, si te veo como estás ahora te pido 6.000 dólares. Sé que te estoy cobrando un chingo. Pero a ti no puedo darte menos que un buen trabajo. Y eso cuesta», me dice un «coyote» de no más de 30 años que está parado en la puerta de un night club a apenas 200 metros de la desembocadura del puente Santa Fe. «Eso sí, te llevo directo a Denver», me dice mientras explica cada tres palabras que él es «clever» (inteligente). «El problema es pasar el ‘check point’ (retén) de Las Cruces. Después va todo rápido. Es hilo, papalote», sigue mientras se mira de reojo las botas de avestruz con punta de metal. «¿Argentinos? Últimamente han aparecido varios. Pero ya vienen recomendados por algún carnal (amigo, familiar) del sur. Sí, son buen negocio. Bueno, ¿lo hacemos por 6.000?».



ACTIVIDAD

■ ¿De qué trata este artículo?

■ ¿Por qué alguna gente se va del país?

■ ¿Por qué piensas que los argentinos en este momento son los que más pagan por irse, como dice el artículo, cuando antes ni aparecían?

■ Reflexiona acerca del concepto de movilidad social: ¿tiene algo que ver con la idea de irse o quedarse en el país?

■ Para investigar más en profundidad el concepto de movilidad social, te proponemos que entrevistes a dos inmigrantes europeos (italianos, españoles, etc.) de los de antes y les preguntes:

1) ¿Por qué vinieron a la Argentina?

2) ¿Cuáles eran sus expectativas?

3) ¿Se cumplieron?

4) ¿Tuvieron posibilidad de mejorar su situación con la llegada al país?

5) ¿Cuál es la situación de sus hijos o nietos?

6) ¿Tienen las mismas posibilidades que ellos tuvieron?

■ Luego de realizar estas entrevistas, reúnanse en grupos y compártanlo. Realicen un informe donde puedan detallar las principales características de la movilidad social de hoy y de ayer en nuestro país.

¿Qué es la ‘polarización social’?

La pobreza tiene hoy características muy distintas a las que presentaba años atrás. Hoy, una persona pobre es un excluido social, sin posibilidad, o con mínimas posibilidades de revertir esta situación. Es que el cierre de fábricas y la privatización de empresas ha dejado a la Argentina un saldo alarmante: poca posibilidad de acceder a un empleo y el predominio de empleos precarios, sin estabilidad y con falta de cobertura social.

El resultado de esta situación es una sociedad profundamente escindida entre ricos y pobres, entre integrados al sistema y excluidos de él. Existe una sociedad caracterizada por la división en dos polos: un polo privilegiado, integrado por trabajadores con empleo estable y bien remunerado, con alta formación general y con elevadas posibilidades de ascenso social; en el otro extremo encontramos a los excluidos del mercado de trabajo, trabajadores con inserción laboral precaria y que desempeñan –o desempeñaban– actividades de baja calificación.



En la Argentina actual muchas mujeres son jefas de hogares, manteniendo solas a sus hijos

TRIBUNA

CHICOS DE LA CALLE: SOBREVIVIR EN EL INFIERNO

En América Latina, la región de mayor inequidad, se agrava la situación de los menores que provienen de familias excluidas
Bernardo de Kliksberg. Economista. Director de la Iniciativa Latinoamericana de Capital Social.

Leidy Tabares es una niña de la calle de Medellín cuyo nombre recorrió el mundo. Sobrevivía vendiendo rosas de mesa en mesa. Fue la figura central de «La vendedora de rosas», una célebre película colombiana nominada para la Palma de Oro de Cannes (1998) que documenta la vida de los niños de la calle.

Otra realidad reflejada por los diarios:
los chicos de la calle

LECTURA



Creció la desigualdad social en la ciudad de Buenos Aires

Los inmigrantes y el discurso xenófobo oficial

En nuestro país habitan gran cantidad de personas provenientes de países limítrofes y hacia ellos vemos aparecer cotidianamente diversas expresiones discriminatorias: ‘bolitas’, ‘paraguas’, ‘brasucas’, ‘yoruguas’, ‘perucas’, ‘chilotes’.

Pero no sólo en nuestra vida cotidiana aparecen estas expresiones. Durante la época menemista (1989-1999) éstas eran el reflejo de un discurso con mayor peso: el discurso oficial. Por un lado, este discurso idealizaba las virtudes de la inmigración europea, resaltando las características de los rasgos raciales y de la cultura, en apariencia superiores, que poseen los inmigrantes provenientes del primer mundo. Lo despreciable parecería ubicarse en los rasgos de los inmigrantes de países limítrofes: Perú, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Brasil y Chile.

El discurso oficial de ese momento sobre los extranjeros que hoy residen en nuestro país discriminaba al inmigrante latinoamericano, no así al europeo. ‘Los problemas sociales del país, y en especial el de los sin techo, se originan en las migraciones desde los países limítrofes’. Este tipo de mensajes, pronunciados en los medios de comunicación contribuían a alimentar los prejuicios hacia los ‘diferentes’.



ACTIVIDAD

■ Reunidos en grupos analicen los siguientes mensajes transmitidos por el Sindicato de la Construcción –UOCRA- en agosto de 1994, a raíz de la contratación temporaria de operarios brasileros para realizar trabajos de mantenimiento en una usina porteña, con salarios más bajos que los que se pagan a los argentinos.

El Sindicato de la Construcción publicó afiches en la ciudad denunciando esta situación e invitando a ‘denunciar a los trabajadores ilegales que nos roban el pan y la fuente de trabajo’.

■ Piensen si este mensaje no contiene actitudes discriminatorias hacia los inmigrantes latinoamericanos que viven en la Argentina.

■ ¿Por qué el sindicato nombrado elige nombrar como responsables de esta situación a los inmigrantes que toman el trabajo por menos dinero que los trabajadores argentinos, en vez de optar por denunciar a las empresas que vulneran las leyes laborales argentinas?

LECTURA



Inmigración y discriminación

Recientes estudios sobre la población argentina demuestran que la salud ha empeorado por aumento de la enfermedad de Chagas, meningitis, tuberculosis, parasitosis y, particularmente el cólera, hasta hace poco desconocido en nuestro país.

Este alarmante aumento de la morbilidad se relaciona con el ingreso de inmigración ilegal sudamericana que, en aumento, se hacina promiscuamente en la periferia de Buenos Aires, en otras ciudades y en zonas rurales de Misiones, Chaco, Formosa, Salta, Jujuy y toda la Patagonia, con lo que introduce enfermos chagásicos, parasitarios y casos de cólera de Bolivia, Perú, Paraguay y Brasil. En el Gran Buenos Aires, la contaminación es ya gravísima.

Los últimos exámenes médicos para conscriptos registraron déficit de estatura de 10 a 12 centímetros en los adolescentes de zonas de frontera y Gran Buenos Aires en relación con los del resto del país.

Dos tercios del presupuesto de los hospitales públicos argentinos se gasta en pacientes inmigrantes sudamericanos. Pero más grave aún que el empeoramiento de la salud de nuestra población es el descenso de los niveles intelectuales y de escolaridad que se está observando, debido fundamentalmente a la incorporación creciente de familias indocumentadas de países limítrofes. Actualmente menos del 50 % de los escolares de las provincias periféricas y los arrabales de nuestras ciudades llegan a séptimo grado y en la provincia del Chaco ha aumentado el analfabetismo, que hoy llega al 18 %.

Dos Argentinas

Aunque humanitariamente quisiéramos seguir recibiendo esa inmigración ignorante y carenciada, nuestros recursos no lo permiten, y de no detenerla quedaremos divididos en dos Argentinas, una desarrollada y otra mayoritaria del Tercer y Cuarto Mundo, construyendo una 'sociedad a dos velocidades', 'Societe a deux vitesses' como la llaman los franceses, que sabemos, después de la revuelta de Chiapas, a qué puede llevar.

Desgraciadamente esa corriente entre legales e indocumentados ya es de millones de inmigrantes, gran número de ellos con capacidad mental limitada por siglos de desnutrición, de sus antepasados e infancias, por carencias vitamínicas y de aminoácidos esenciales para el desarrollo cerebral, necesario para su educación.

Ante el bajo índice demográfico de las familias argentinas, el notable número de nacimientos entre los inmigrantes sudamericanos de menor nivel intelectual llevará a una reducción apreciable del promedio intelectual de los habitantes de nuestro país.

Ya los Estados Unidos con grandes recursos naturales y amplia disponibilidad de capital y gran fuerza laboral, retrocedió ante los países que basaron su desarrollo en las producciones cerebrointensivas, condición que sólo es posible si existe una población con capacidad intelectual destacada.



La discriminación a los inmigrantes es un fenómeno habitual en el mundo de hoy

Los países adelantados requieren ya poseer la mitad de su población menos educada con capacidad para controles de equipos y manejos computarizados, como ya ocurre en Japón y Alemania. Por ello, un descenso del nivel de capacidad cerebral de nuestros pobladores por migraciones subdotadas condenaría al país a un desarrollo parcial y detenido.

Ya no es posible soslayar que la subcultura de una inmigración aluvional de bajo nivel intelectual en nuestro país nos impide lo que debe ser una existencia civilizada y está en pugna con los valores fundamentales sobre los que basar un proyecto nacional.

Política inmigratoria

Urge, pues, ejecutar una política inmigratoria que permita poblar nuestras zonas de frontera y la Patagonia con inmigrantes seleccionados que, apoyados económicamente con créditos internacionales, se dediquen en tareas de producción e industrialización agraria. Europeos orientales que sufren la gravísima contaminación de carbón y sulfuros industriales, sin duda serán atraídos por la pureza de nuestra atmósfera rural y espacios naturales, y pobladores de origen alemán del Volga que no se sienten actualmente rusos ni alemanes podrían ser colonos agrarios.

Habría interés de granjeros franceses que saben que sus tierras están terminadas por sobrefertilización y que los subsidios serán progresivamente reducidos, como también los agricultores sudafricanos temerosos de las reacciones de una comunidad africana con odios hacia los europeos.

En otro sentido, sería un deber de humanidad aceptar familias de refugiados de Yugoslavia respaldados económicamente por organismos internacionales.

Se han publicado planes de gobierno para la explotación intensiva de nuestros valles cordilleranos con más de cinco millones de hectáreas que, con adecuada agroindustria, podrían ser la mayor fuente de divisas de nuestro país.

Postergar la realización de estas acciones arriesgará nuestra soberanía territorial y, más grave aún, traerá un monstruoso crecimiento de arrabales contaminados tercermundistas, poblados por subdotados, en detrimento del nivel intelectocultural nacional y del desarrollo y la competitividad de la Argentina del siglo XXI.

Tomado de *La Nación*, 21-4-91, citado en Oteiza y Novick, *Inmigración y Discriminación, Políticas y Discursos*, Grupo Editor Universitario, Buenos Aires, 1997.



ACTIVIDAD

■ Reunidos en grupos lean el artículo de la página anterior y respondan:

1. ¿Creen que posee rasgos de xenofobia?
2. ¿Se considera en el artículo al inmigrante como un ser humano con derechos?
3. ¿Es el inmigrante un 'excluido excluible', según lo que dice el autor del artículo?
4. ¿Qué piensan de la política inmigratoria que propone el autor?
5. El autor del artículo atribuye el agravamiento de los problemas sociales argentinos a los inmigrantes provenientes de países vecinos. ¿Qué creen ustedes?
6. ¿Por qué creen que estos inmigrantes vienen a nuestro país?
7. ¿Creen que el autor respeta los derechos humanos?

EDUCACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL

La educación parece encontrarse entre los factores que favorecen o restringen la inserción de los sujetos en el mundo socio-laboral. De este modo, los jóvenes que abandonan tempranamente la enseñanza tienen menos posibilidades de insertarse socialmente que aquellos otros que continúan sus estudios. Quienes tienen un menor acceso a la educación o reciben educación de menor calidad, resultan socialmente más vulnerables y con menos posibilidades de acceder a un empleo. Ha escrito Tenti Fanfani:

«La educación es un derecho de todos los ciudadanos, y no se trata sólo de un derecho individual, sino que es además un derecho social. Esto significa que la educación es y debe ser parte de las políticas públicas, porque la formación de cada sujeto supone beneficios para el conjunto de la sociedad. Por otra parte, estas políticas son centrales en la búsqueda de mecanismos compensatorios de las desigualdades sociales.»

Buscando favorecer la inclusión social de las chicas y chicos de menores recursos económicos, los gobiernos nacionales (y los de otras jurisdicciones, como la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo) han tratado de sostener su escolaridad y evitar la deserción escolar a través de distintos programas de becas. De la misma manera, en el ámbito escolar se contempla la situación de las chicas embarazadas o madres recientes, las que se ven favorecidas por diversas medidas que tratan de que no abandonen la escuela y concluyan sus estudios exitosamente. También se encuentran en marcha «programas de terminalidad», que convocan a jóvenes y adultos que han dejado inconclusos sus estudios, a fin de que los completen.

Estas medidas, sin duda bien intencionadas, apenas constituyen un paliativo a la problemática socio-económica y familiar de miles de adolescentes, que en muchos casos quedan fuera de la escuela. En consecuencia, ellos y gran cantidad de adultos sin estudios ven considerablemente limitadas sus posibilidades de progreso social.



Los niños de más recursos económicos tienen mayores posibilidades de educarse

Países con altos índices de desigualdad social

Los diversos análisis muestran que América Latina está en conmoción, debido a la mala distribución de la riqueza. En estos países vemos aparecer sociedades duales, es decir, sociedades divididas en dos polos: un polo de riqueza extrema y otro polo de extrema pobreza.

Las principales características de este tipo de países son las siguientes:

- La pobreza crece
- Escasea el trabajo
- La situación de la infancia es crítica
- No se hace efectivo el derecho a la salud
- La movilidad social es una promesa incumplida
- La familia está en riesgo
- La sociedad es cada vez más insegura
- Presentan la mayor desigualdad del mundo

■ *La pobreza crece*

En Argentina un tercio del país es pobre y la situación de los pobres se ha deteriorado fuertemente.

■ *Escasez de trabajo*

El mercado laboral presenta características de suma fragilidad. Ha crecido la población que se desempeña en trabajos precarios, inestables y sin cobertura social.

■ *Crítica situación de la infancia*

Muchos niños están experimentando la más severa de las carencias, la desnutrición. Además, crece en estos países el número de niños viviendo en las calles, los que no acceden a una educación básica y están expuestos a la mayor desprotección.

■ *No se hace efectivo el derecho a la salud*

Asegurar el acceso al derecho humano primario, la salud, es uno de los elementos básicos para lograr el progreso social. Sin embargo, este derecho se cumple parcialmente en los países latinoamericanos.

■ *La promesa incumplida de la movilidad social*

La visión de que es posible lograr una mejor situación personal y familiar en base al esfuerzo individual está también ausente. Las clases medias tienden a reducirse y resulta cada vez más difícil permanecer en ellas. En lugar de ampliarse, como era posible antaño, estos sectores de la población aparecen cada vez más empobrecidos. Gran parte de la población de clase media se ha transformado en los últimos tiempos en 'nuevos pobres'.

■ *La familia en riesgo*

El aumento de la pobreza ha hecho que muchas familias se encuentren en situación de crisis, no sólo económica, sino también afectiva. Los jóvenes tienden a no conformar pareja debido a la dificultad para conseguir empleo y las familias muchas veces se desmembran debido a causas económicas.

■ *Una sociedad cada vez más insegura*

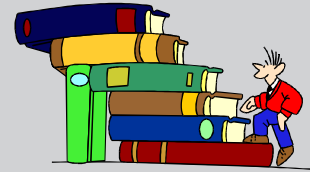
El deterioro social trae aparejado el aumento de la violencia y la criminalidad. Esto ha convertido a América Latina en la segunda área geográfica con mayor índice de criminalidad del planeta, después del Sahara Africano, la zona más pobre del mundo.

■ *La mayor desigualdad del mundo*

América Latina es hoy la región más inequitativa del planeta. Los datos testimonian esta situación: el cinco por ciento más rico recibe más que en ninguna otra parte, y el treinta por ciento pobre recibe menos. En esto consiste la mala distribución de la riqueza.

La inequidad se hace presente no sólo en el plano de distribución de los ingresos, sino también en las posibilidades de acceso a la educación, a la salud y al crédito. Las condiciones que acabamos de mencionar afectan especialmente a los sectores más vulnerables de la población: los niños y los adolescentes, a los que hay que agregar las mujeres solas y los ancianos.

LECTURA



Una solución facilista a la criminalidad

No deja de llamarnos la atención que hoy en día especialistas en el tema sostenga que la criminalidad se solucionaría con un aumento cada vez más intenso de la represión. Sin embargo, otros alertan sobre los riesgos de este camino. Analizando los datos comparados internacionales no se observan correlaciones significativas entre aumento de la población carcelaria y reducción de las tasas de criminalidad de mediano y largo plazo. La represión no atiende las causas básicas que están generando el problema. Pero sostener una solución facilista de esta magnitud puede llevar a ‘criminalizar la pobreza’, generando una opinión pública que empiece a ver como criminales en potencia a los pobres y en lugar de tratar de ayudarlos a salir de sus situación, los aísla.



ACTIVIDAD

■ En una frase breve, explica con tus palabras el significado del título.



El desempleo es una de las causas de la criminalidad y la inseguridad social

LAS CAUSAS PROFUNDAS DE LA CRIMINALIDAD

Si queremos atender a las causas profundas de la criminalidad, en lugar de poner en marcha políticas represivas que ‘criminalicen la pobreza’ habrá que tener en cuenta otros factores. La criminalidad aparece fuertemente ligada a tres variables: desocupación juvenil, familias desarticuladas y bajos niveles de educación.

Desocupación juvenil

La desocupación juvenil parece incidir fuertemente en el desarrollo de conductas criminales o delictivas. Por esto, un aumento real de las oportunidades de acceder a un empleo disminuiría fuertemente los índices de inseguridad social.

Familias desarticuladas

La familia es el primer ámbito donde los niños internalizan las pautas y las normas de comportamiento, y establecen las primeras relaciones afectivas. Si todo va bien, si sus padres se encuentran emocionalmente sanos, brindarán a sus hijos un clima de respeto, afecto y contención emocional propicio para su buen desarrollo.

Piensa qué ocurre si una familia carece de un ingreso mensual que le permita dar de comer, vestir y educar a sus hijos. Cuando los padres no tienen trabajo, la situación se torna conflictiva para todos los miembros de la familia. Los hijos manifiestan la problemática familiar de distintas maneras: si son chicos aparecen problemas de conducta o de aprendizaje, autoagresiones, o enfermedades a repetición. Cuando son adolescentes, pueden presentar conductas delictivas, inhibición de la conducta, problemas de aprendizaje en el colegio, etc.

Bajos niveles de educación

La educación aleja a los jóvenes de situaciones marginales y actúa como un poderoso preventor de la criminalidad.

De este modo, la clave para atacar la inseguridad social está ligada a poner en marcha políticas que abran oportunidades para los jóvenes, protejan a la estructura familiar y eleven los niveles educativos.

El único trabajo de los niños debe ser concurrir a la escuela

Cuando un niño disfruta del derecho a la educación está protegido contra una multitud de amenazas, como la condena a una vida de pobreza, al trabajo en condiciones de esclavitud, la servidumbre doméstica o la explotación sexual.

Todos los niños deberían recibir y completar su educación básica en ambientes seguros que los estimulen intelectualmente y les otorguen confianza y aptitudes para la vida.



Lo que el rico tira, el pobre lo recoge
Una escena común en las grandes ciudades

DESEMPLEO Y ADOLESCENCIA

El ser humano atraviesa por diversas etapas vitales, siendo en la infancia y en la adolescencia cuando establece una dependencia –afectiva y económica– respecto de los padres. Este es un hecho esperable y es sano que ocurra. La dependencia respecto de los padres permite a los niños y a los adolescentes desarrollar paulatinamente sus capacidades y adquirir los recursos necesarios con los cuales lograr una adultez autónoma.

Cuando la dependencia se extiende más allá de las edades pertinentes, nos encontramos frente a una situación de limitación del crecimiento psico-social del individuo. Debemos tener en cuenta que la edad de adquisición de un comportamiento autónomo varía con las pautas culturales dentro de las que se desarrollan los sujetos. De este modo, no resultará igual lo esperable en un adolescente de un país del primer mundo, como puede ser los Estados Unidos de América, que un adolescente de nuestro país.

El logro de autonomía muchas veces aparece afectado por las condiciones sociales y económicas del país en donde éste vive. Si el desempleo es alto, como en nuestro país, la independencia económica será más dificultosa. Y esto afectará al joven en su desarrollo emocional. Como explica claramente la psicóloga Coria: «La persona dependiente económicamente, igual que la persona enferma –física o psíquicamente– es una persona limitada, y las limitaciones restringen su capacidad de acción».

La prolongación de la dependencia en los adolescentes no es saludable: genera malestar y frustración. Sin embargo, vemos que a pesar de esto, en la actualidad suele prolongarse, y no siempre por motivos socioeconómicos –los cuales no faltan por supuesto–, extendiéndose esta etapa considerablemente.

¿Qué lleva a los adolescentes a prolongar su dependencia respecto del medio familiar? Al analizar los factores inherentes a la naturaleza psicológica del ser humano, vemos que, a pesar del malestar que genera la dependencia, existe algo que hace que ésta perdure: se trata de un beneficio que otorga esta situación. Es este beneficio el que lleva a mantenerlos en la dependencia.

Un primer beneficio es el que Freud denominó «beneficio primario» de la enfermedad, es el beneficio que se obtiene por la enfermedad en sí. En el caso de la dependencia adolescente respecto de los padres, el beneficio es el alivio por no tener que afrontar las responsabilidades de la vida adulta y por no asumir las obligaciones derivadas del crecimiento.

El «beneficio secundario de la enfermedad» es el beneficio que se obtiene por estar enfermo, lo que retarda la curación. De este modo, el adolescente dependiente vive como una ventaja la dependencia económica: la siente como algo bueno en sí, negando el malestar que genera la subordinación que necesariamente implica la misma. Esta disociación entre las ventajas y su costo sería una de las causas principales –no la única– de su prolongación.



En la calle, muchos adolescentes buscan 'ganarse la vida' como pueden

Las escasas posibilidades de nuestro mercado laboral también contribuyen a prolongar la dependencia de muchos adolescentes; otros, por el contrario, deben trabajar precozmente, sin contar con la debida preparación.

Identidad y desocupación

Si bien la adolescencia se prolonga en la actualidad, si no existen circunstancias patológicas se sale de ella dando paso a las exigencias de la vida adulta. Responsabilidades, normas, códigos sociales, familia, empleo... Pero, ¿qué pasa cuando las condiciones sociales no permiten el acceso a un primer trabajo o cuando el desempleo es una realidad?

El ser humano construye su identidad a través de los lazos sociales que establece en su medio cultural. El lugar que ocupa una persona en el medio social al que pertenece, adquiere un valor determinante para él, otorgándole una identidad. Ser estudiante, ser católico, ser vendedor...

Y en este punto es interesante analizar la identidad de un sujeto que se designa a sí mismo como «desocupado», identidad que deja a aquel que se designa como tal sin ocupar un lugar, perdiendo de este modo no sólo un marco de referencia temporo-espacial que organizaba su vida sino las características propias de su ser. Ha perdido aquel lugar que lo identificaba siendo el que era. Su ser todo cambia en el momento en que se produce el quiebre de su antigua situación laboral.

Y ésto es lo que les pasa a las miles de personas que en la Argentina de hoy pierden sus trabajos, reorganizando su subjetividad bajo una nueva identidad: ser desocupado.

El trabajo no es sólo el medio a través del cual un sujeto gana el dinero para vivir: es un dador de identidad personal, brindando contactos sociales fuera del circuito familiar, a través de una estructuración temporal de la jornada, los ritmos y costumbres.

Niños en situación de calle
Una escena que debe avergonzarnos

¿Qué pasa cuando un adolescente no puede acceder a un trabajo? Intentaremos analizar a continuación los efectos psicológicos que provoca en un joven estar desocupado.

La desocupación y los jóvenes

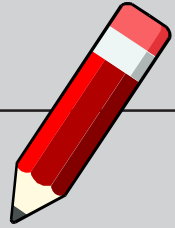
La desocupación constituye una problemática actual en la Argentina. La crisis social por la que atraviesa hoy nuestro país no favorece el acceso a una vida independiente, retrasando la salida de los hijos del hogar paterno. Y los puestos de trabajo precarios ofrecen remuneraciones escasas, que no brindan oportunidades de lograr una independencia personal para el adolescente. La desocupación en los jóvenes y la imposibilidad de obtener el primer trabajo, es sentido como un retraso en la entrada a la vida adulta. Se sigue dependiendo económicamente de los padres, lo cual retrasa la maduración de los hijos.

De este modo, cuando los jóvenes pierden el trabajo o están sub-ocupados, siguen dependiendo de los padres y conviviendo con ellos, experimentan todos un trastocamiento de lugares o una falta de lugar: hijos adultos infantilizados por verse obligados, al estar desocupados, a depender económicamente de los padres, o hijos proveedores del dinero que pasan a ocupar un lugar de autoridad familiar.

En los sectores más carenciados, son los niños quienes muchas veces con su mendicidad sostienen a las familias, con las consecuentes alteraciones de la escolaridad y los roles infantiles.



ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

- 1) ¿Qué es una sociedad dual?
- 2) Definan el concepto de movilidad social ascendente.
- 3) ¿Quiénes son los ‘nuevos pobres’?
- 4) ¿Qué es la polarización social?
- 5) ¿Qué relación hay entre educación e inserción social?
- 6) ¿Qué características presentan los países con altos índices de desigualdad social?
- 7) ¿Cuáles son las causas profundas de la criminalidad?
- 8) ¿De qué trata la lectura: ‘Una solución facilista a la criminalidad’?
- 9) ¿Cuáles creen que son las principales causas del desempleo en nuestro país?
- 10) Busquen artículos que hablen sobre el desempleo en los jóvenes. ¿Qué características presenta?
- 11) ¿Qué consecuencias tiene el desempleo en los adolescentes y jóvenes? ¿Cómo incide la inestabilidad laboral con la salida del hogar paterno?
- 12) ¿Qué relación hay entre identidad y desocupación?

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

LA VENDEDORA DE ROSAS

Director: Víctor Gaviria

Sinopsis:

Mónica tiene trece años y ya se ha rebelado contra todo. Ha creado su propio mundo en la calle, donde lucha con coraje para defender lo poco que tiene: sus amigas, tan niñas como ella; su novio, un traficante de drogas; y su orgullo, sin concesiones a nadie. La noche de Navidad, como todas las noches, vende rosas para ganarse la vida y para comprar el sueño de una velada con ropa recién estrenada y una salida con su novio, pero la vida le depara una nueva cita con la soledad, la pobreza, la droga y la muerte. Mónica es la otra cara de una ciudad intensa y cruel como Medellín o como cualquier ciudad en donde los niños de la calle no tienen lugar en este mundo.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. ¿Cuándo y dónde ocurre lo que muestra la película?
2. ¿Qué opinan?: «Situaciones como estas no ocurren en nuestro país». Fundamenten.
3. ¿Qué situaciones nos ayudan a entender las causas por las que algunas niñas y niños abandonan sus hogares y se van a vivir a la calle? ¿En qué medida tiene que ver con la pobreza? ¿Y la desestructuración familiar? ¿Qué importancia crees que tiene la falta de respeto y de reconocimiento?
4. ¿Cómo son las condiciones de vida que vemos en los barrios pobres de Medellín?
5. ¿Cuáles son los riesgos a los que están sometidos los niños y niñas en la calle?
6. ¿En qué medida se podría considerar que la pandilla actúa como una forma de autoprotección?
7. ¿Por qué crees que los niños y niñas de la calle tienen esta necesidad de drogarse? ¿Qué consecuencias crees que tiene esta dependencia de la droga?
8. La película describe situaciones de mucha violencia. ¿En qué se diferencia esta violencia con respecto a la que nos muestran muchas películas norteamericanas de acción o las de Quentin Tarantino? ¿Por qué esta violencia nos resulta tan desagradable?
9. ¿En qué situaciones de la película vemos la importancia que tiene para estos niños y niñas disponer de una situación familiar «normalizada»? ¿Por qué el sueño de una familia «normalizada» es tan importante para ellos y ellas?

CAPÍTULO X

ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la discapacidad como «la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social.»



'Los murciélagos', un equipo de fútbol integrado por ciegos
Un ejemplo del deseo de superar las limitaciones

Antiguamente, las personas con alguna discapacidad física o mental eran aisladas, y hasta escondidas. Si bien en la actualidad estas prácticas discriminatorias -producto muchas veces de los prejuicios y la desinformación- no se llevan a cabo, la sociedad no ha dado muestras aún de una plena aceptación del discapacitado. Las barreras que impone a estas personas, con capacidades diferentes, no dejan de ser alarmantes.

Las personas con discapacidad son aquellas que presentan alteraciones en el rendimiento o la conducta, lo cual le genera cierta alteración en su relación con el medio. Pero sabemos que, a pesar de esto, pueden desarrollarse, crear, trabajar, estudiar, tener una familia y relacionarse con otras personas.

En algunos casos llegan a ser científicos exitosos y reconocidos socialmente. Stephen Hawking es prueba de esto, a pesar de padecer una enfermedad degenerativa y progresiva del sistema nervioso, la esclerosis lateral amiotrófica, que le impedía mover cualquier parte de su cuerpo, excepto los ojos.

El deseo nos mueve a realizar cosas más allá de nuestras limitaciones. Este es el caso del científico nombrado y de muchos otros.



Más que lamentarnos de nuestras limitaciones (que todos las tenemos), debemos potenciar nuestras posibilidades

LECTURA



¿CUÁLES SON LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS?

Declaración de los Derechos de los Impedidos

Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 3447 del 9 de diciembre de 1975

La Asamblea General

Proclama la presente *Declaración de los Derechos de los Impedidos* y pide que se adopten medidas en los planos nacional e internacional para que la Declaración sirva de base y de referencia comunes para la protección de estos derechos:

1. El término «impedido» designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
2. El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.
3. El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
4. El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de esos derechos para los impedidos mentales.
5. El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.
7. El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.

8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.

9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.

10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.

11. El impedido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.

12. Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos.

13. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.

Denuncia de la Defensoría del Pueblo

EN LOS COLECTIVOS, LOS DISCAPACITADOS TIENEN PROBLEMAS

Un estudio revela que sobre 10.000 colectivos que circulan, sólo 828 están adaptados o tiene piso bajo

La mayoría de las líneas de colectivos que circulan por la ciudad no respeta las normas de accesibilidad para discapacitados, según lo establece un informe hecho por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad. «Esto -dijo el defensor adjunto Rafael Vejanovich- significa, lisa y llanamente, discriminación».

Una sociedad democrática debe contemplar las necesidades de todos sus miembros. Lamentablemente, no siempre es así

DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD, MINUSVALÍA

La Organización Mundial de la Salud hace una distinción entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.

■ Define la *deficiencia* como la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

■ La *discapacidad* como la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

■ La *minusvalía*, por su parte, es la pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad de condiciones con los demás. Ocurre cuando se enfrenta a barreras culturales, físicas o sociales.

Algunos ejemplos de deficiencias que pueden derivar en una discapacidad mental son el síndrome de Down, el síndrome de X Frágil, el síndrome de Wernicke y la Fenilcetonuria. Sin embargo, existen muchos más.

Tipos de discapacidades

Existen cuatro tipos de discapacidades, clasificadas según los ámbitos del ser humano al que afectan: discapacidad mental, discapacidad motora, discapacidad visual y discapacidad auditiva.

La discapacidad mental

Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

A menudo, junto a limitaciones específicas coexisten potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.

¿Que es el Síndrome de Down?

El Síndrome de Down fue descubierto en 1866 por Langdon Down y de ahí su nombre. En 1959, Jerome Lejeune descubre su etiología. Cada célula del organismo tiene un patrimonio genético, que caracteriza a cada persona y está contenido en los cromosomas, cuyo número es de 46 por cada célula, 23 aportadas por el padre y 23 aportadas por la madre. En el Síndrome de Down, las personas tienen 47, es decir, el óvulo o el espermatozoide aportará 24 en lugar de 23 y ese cromosoma extra se alojará en el par 21 lo que dará lugar al Síndrome de Down, al que también se conoce como Trisomía del par 21 (3 copias del cromosoma 21).

Es un accidente genético al que cualquier persona está expuesta, que se produce en el mismo momento de la concepción y la causa que la provoca es hasta el momento desconocida. Se produce en uno de cada 700 nacimientos, en todos los grupos étnicos y el número de afectados suele ser mayor en varones.

La discapacidad motora

Se define como discapacidad física o motora a la dificultad para realizar actividades motoras convencionales. La discapacidad puede ser heredada o adquirida.

Pueden verse distintos tipos de parálisis (pérdida total de movilidad) y paresias (pérdida parcial de la movilidad), de acuerdo a qué esté afectado.

En estos casos está disminuida (parcial o totalmente) la capacidad para llevar a cabo el cuidado de las actividades fisiológicas básicas tales como la excreción y la alimentación, el cuidado propio, la higiene y el vestido.

Lo mismo ocurre con la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades asociadas con el desplazamiento de un lugar a otro.

Incluye discapacidad para caminar, para salvar desniveles, para subir escaleras, para comer, para desplazarse, de transporte y para levantar pesos.

Incluye discapacidades para proveer la subsistencia (comprar el sustento, transportarlo, abrir recipientes, preparar la comida) para las tareas del hogar (lavar, limpiar), para recoger, alcanzar, arrodillarse y agacharse.

También, discapacidades para el manejo en la vida cotidiana: prender fuego, usar grifos y enchufes; de la habilidad manual: agarrar, sujetar, ejecutar movimientos manuales; y en el control del pie y de los movimientos del cuerpo.

La limitación en la movilidad es la característica más saliente de la discapacidad física.

De allí, la necesidad de bastones, muletas o silla de ruedas y de ambientes espaciosos y sin barreras arquitectónicas para que las personas que tienen estas limitaciones puedan movilizarse en forma independiente.



Las ciudades deben facilitar los desplazamientos de todas las personas

Causas de las discapacidades motoras

Las enfermedades congénitas o adquiridas y los accidentes y traumatismos son las causas más frecuentes de deficiencias y discapacidades.



Las incapacidades nos limitan considerablemente, aunque siempre dejan un margen de posibilidades

a. En los niños

- . Meningocele o espina bífida (cierre defectuoso de la columna vertebral).
- . Agenesias congénitas (falta o atrofia de brazo o piernas).
- . Poliomielitis.
- . Parálisis cerebral.

b. En las personas mayores

- . Enfermedad cerebrovascular.
- . Trombosis, embolias o derrames secundarios o arterioesclerosis, hipertensión o ambas.

c. En todas las edades

- Amputaciones de miembros.
- Lesiones medulares por accidente o traumatismo.
- Esclerosis múltiple: es una enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizada por la pérdida de mielina en el cerebro y la médula espinal, dando lugar a parálisis progresiva.
- Miopatías: enfermedades caracterizadas por la debilidad muscular, que producen anomalías en la motricidad.
- Enfermedades crónicas, como las cardiopatías, provocan limitaciones funcionales físicas que afectan las actividades que requieren esfuerzo.

Discapacidades causadas por accidentes

Los accidentes son una circunstancia dramática en la vida de muchas personas. A las secuelas físicas, a veces graves, que dejan muchos de ellos, se suman traumatismos psicológicos que también limitan el accionar de esos individuos.

Algunas personas, luego de haber sufrido un accidente desencadenan una serie de síntomas psicológicos, producto del stress post-traumático. Si el suceso se produce durante los primeros años de vida, deja como secuela una impronta difícil de elaborar para la persona sin una ayuda profesional adecuada, que producirá angustia toda vez que el sujeto se vea expuesto a una situación similar.

La discapacidad visual

La ceguera y la baja visión son deficiencias sensoriales que producen discapacidad visual, ya que disminuyen en al menos un tercio la capacidad del sujeto para desarrollar actividades propias.

Aunque la ceguera puede ser provocada por algún accidente, también existen numerosas enfermedades que la desencadenan: catarata, glaucoma, leucomas corneales, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro, catarata y glaucoma congénitas, atrofia óptica, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, entre otras.

Existen diversas maneras de prevenir la discapacidad visual: evitar accidentes de tránsito, de trabajo y enfermedades ocupacionales; atención adecuada del embarazo; detección y registro de deficiencias en los recién nacidos y el asesoramiento genético a las familias en los casos de enfermedades hereditarias, son algunas de ellas.

La consulta oftalmológica precoz, cuando hay antecedentes en la familia, también contribuye a la prevención.

La discapacidad auditiva

La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él. De acuerdo al grado de dificultad podemos hablar de sordera (pérdida profunda de la audición), o hipoacusia (disminución moderada o leve).

La prevención de la sordera es relativamente difícil debido a las numerosas causas que la provocan en los distintos períodos: prenatal, perinatal y posnatal.

La causa hereditaria o genética es la más importante y desgraciadamente poco previsible. En el período perinatal, la sordera se produce por problemas de partos anormales por causa fetal o materna. Dentro de las causas posnatales ocupa un lugar muy importante la meningitis bacteriana. En segundo lugar, las otitis medias producen habitualmente un deterioro paulatino de la audición. En tercer lugar, la sordera es producida por la exposición prolongada a ruidos de alta intensidad.

Es el caso de algunos trabajos en los que no se toman las medidas de prevención para que los sonidos estridentes no agredan a los trabajadores; ciertas costumbres juveniles, como la música que se propaga en los boliches a altísimo volumen, también pueden producir hipoacusia.

ACCESIBILIDAD: TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

a la mano de todos...



CONFERENCIA:

ACCESO A LA LECTURA E INFORMACIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

Jueves 23 de julio - 5:00 p.m.

Auditorio de la Biblioteca Pública de Lima
(Av. Alameda este, 4 y 5 - Lima)

Organiza:
Sala para Invidentes
"Delfina Otero Villarán"
8vo aniversario

Se entregarán constancias de participación

bnp biblioteca nacional del Perú
GRAN BIBLIOTECA PÚBLICA DE LIMA

Una sociedad democrática debe garantizar el acceso de todas las personas a la tecnología y la información

Es importante el diagnóstico precoz, el cual permitirá proporcionar al niño tratamientos médicos adecuados para desarrollarse con normalidad. Si una sordera es detectada a tiempo, favorecerá el desarrollo del lenguaje, facilitará el aprendizaje y el acceso a la información, y reducirá los problemas de comunicación y de relación interpersonal.

Último Momento

ESTABLECEN UN CUPO PARA DISCAPACITADOS EN EL ESTADO BONAERENSE

La Ley, que acaba de ser publicada en el Boletín Oficial, dispone que el Estado provincial, las empresas estatales y las municipalidades están obligadas a emplear discapacitados, en una proporción no inferior al 4% del total de su personal



Para ver las capacidades de una persona con discapacidad,
primero hay que ver a la persona.
Dale una oportunidad laboral. Descubrirla.

Las leyes buscan favorecer la integración laboral de las personas con discapacidades



El medio urbano no contempla, en general, las limitaciones físicas de muchas personas. También ocurre que hay personas que no respetan sus derechos

GENERAL

Viernes 3 de diciembre de 2010

DÍA INTERNACIONAL · CAMPAÑAS PARA TOMAR CONCIENCIA

Discapacidad: aún lejos de una ciudad accesible

Las ONG consideran que hay avances, pero que son insuficientes

LAURA ROCHA
LA NACION

Hoy se celebra el Día Internacional de la Discapacidad, y es un día en el que unos tres millones de personas en la Argentina se hacen visibles.

En ese sentido, varias ONG y la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (Copidis) lanzarán campañas destinadas a que se tome conciencia sobre la inclusión de las personas discapacitadas, ya que, aunque evalúan que ha habido avances en los últimos años respecto de sus derechos, todavía queda un largo camino por recorrer.

Por ejemplo, Cilsa y Asdra lanzarán la campaña "Visibilidad", que busca mostrar, de manera clara y contundente, la invisibilidad de gran parte de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de la vida.

"Los últimos datos del Indec son más que elocuentes sobre esta realidad: cerca del 90 por ciento de los niños no asiste al aula común, al menos el 75% de los adultos no tiene empleo formal y alrededor del 60% vive bajo la línea de pobreza. En realidad, en cuanto a la accesibilidad, creo que si bien se ha hecho mucho, en la calle se puede ver que, obviamente, todavía falta", indicó la coordinadora institucional y educativa de Cilsa, Lucila Pedroza.

La presidenta de Copidis, Marina Klemensiewicz, enumeró las acciones que se realizaron desde el gobierno: "En tres años construimos 26.000 rampas. Sabemos que todavía falta, pero hemos relevado 520 edificios públicos y privados, 400 escuelas y estamos trabajando. Además, también se está interviniendo en las zonas comerciales. Se han invertido unos 40 millones de pesos".

Guía de Buenos Aires

Copidis también instrumentó la impresión de una guía de turismo en la que se pueden encontrar lugares públicos y privados que cuentan con estructura para personas con discapacidad, al tiempo que desarrolló un mapa online que puede consultarse en cualquier parte del



Autos que tapan las rampas: una infracción que se repite

Agenda

→ **No estacionar en rampas.** Copidis lanzará una campaña, a las 9, en la avenida Santa Fe y Armenia, para que los automovilistas tomen conciencia y no estacionen frente a las rampas en la vía pública. Por año se cometen unas 10.000 infracciones de ese tipo.

→ **Visibilidad.** Así se denomina la campaña que lanzarán a las 10 Cilsa y Asdra en el Sheraton Park Tower, en Leandro N. Alem 1193.

→ **Ampliemos nuestras miradas.** A las 10.30, en Macacha Güemes 515, se presentará un informe con las acciones desarrolladas por la Fundación YPF como parte del programa Re-Conocer.

sacan sus mesas y sillas hasta los vendedores ambulantes; tampoco se ven traductores para sordomudos o personas con preparación que atiendan a discapacitados en los centros de gestión y participación".

Escuelas, sin acceso

En la ONG Acceso ya fueron críticos respecto de la accesibilidad en escuelas. "Falta muchísimo por hacer. Si bien se observa una gran proliferación de obras en la vía pública, parece que se buscara un rédito político. A nosotros nos consta que hasta el día de la fecha todavía la mayoría de las escuelas en la ciudad son inaccesibles", indicó Evangelina Gállego, directora ejecutiva de la ONG. Según el relevamiento de la organización, en promedio el 85% de las escuelas no tenía rampas de acceso y sólo el 5% tenía baños adaptados para personas con discapacidad. "Desde la escuela, al niño se le garantiza la inclusión. Incluso hemos presentado amparos que el propio gobierno apelo", agregó.

Otro problema que deben afrontar las personas con movilidad reducida son los estacionamientos de autos que tapan las rampas. Según cifras oficiales, se cometen al año unas 10.000 infracciones por esa razón.

Las barreras sociales

Las barreras sociales son aquellas que establece la sociedad valorando negativamente a la persona con capacidad restringida, por no corresponder al modelo humano antropométrico, mental y funcionalmente perfecto que se usa como patrón de evaluación. Estas barreras físicas son de carácter material y se presentan cuando las dimensiones y diseño ponen trabas a la autonomía e independencia de la persona con o sin discapacidad. Estas barreras físicas pueden diferenciarse en:

Barreras arquitectónicas: en edificios públicos y/o privados destinados a educación, trabajo, esparcimiento o vivienda.

Barreras urbanísticas: en la construcción o mobiliario urbano, de todo espacio libre, de uso público o privado.

Barreras en el transporte: en todo el sistema de movilidad, por tierra, agua o aire, público o privado.

Barreras en la comunicación: en los medios de información televisados, telefónicos y de señalización.

LECTURA



Un tabú que todavía persiste: la vida íntima de los discapacitados

Hay menos discriminación laboral, pero la sexualidad es un tema vedado

Pese al exhibicionismo reinante, hay temas que aún son arduos de abordar. ¿Qué pasa con la vida afectiva y la sexualidad de las personas con discapacidad? El silencio de la sociedad, y a veces de las propias familias, es tal que ocurre lo de siempre: el tema tabú se contamina de mitos y malos entendidos. «Hubo cambios con respecto a las personas discapacitadas. De a poco se han incorporado al mundo laboral y a la educación, pero es como si existiera una imposibilidad para relacionar a las personas discapacitadas con el placer y el tiempo libre. No es casualidad, porque son situaciones que tienen que ver con elecciones y preferencias, y todavía se ve a las personas discapacitadas desde la limitación, de manera reduccionista», explica Liliana Pantano, socióloga e investigadora de Conicet.

«A veces son las mismas familias las que ven a las personas con discapacidad como niños eternos. Hay que desmitificar el tema, que sigue siendo tabú. Hablamos de trabajo, de educación, pero de sexo no. Y el primer paso hay que darlo con las familias, que son las que brindan autonomía y ayudan a elevar la autoestima», dice Luis Rodríguez, psicólogo y director de la Asociación Amar. La organización la formó en 1974 un grupo de padres de chicos con discapacidad intelectual. Tienen un Hogar y un Centro de Día, una Escuela de Tango y un programa de apoyo y orientación familiar. Para Patricia Goddard –pediatra del hospital Alemán, coordinadora del Equipo Interdisciplinario para la Atención de Niños y Adolescentes con Síndrome de Down y asesora de la Asociación Amar–, «hay que tener una mirada normalizadora y no patológica ante este tema. Las personas con discapacidades tienen derecho a vivir su vida afectiva. Tienen proyectos y deseos. La vida afectiva y la sexualidad, entendida en sentido amplio, se manifiesta de la misma manera en todas las personas, a través de la necesidad. La mayor dificultad para las personas con discapacidad es la mirada de los otros».

Pantano habla de una suerte de discriminación cariñosa, pero discriminación al fin: «No se ve a las personas con discapacidad como personas integrales que tienen un montón de necesidades básicas como cualquier otra persona. Hay sobreprotección, que tiene que ver con el temor a que la persona sufra o salga herida de ciertas situaciones». Rodríguez es terminante: «Es obligatorio que las familias reflexionen sobre el tema. Las personas con discapacidad no son plantas. Pero hay que ayudarlos. Y no confundir. A veces ellos hablan de novios y se refieren a quien les hace compañía, y somos nosotros los que teñimos el tema con otra cosa». Esa otra cosa es la genitalidad: hay personas con discapacidades muy severas que tienen accesos limitados a la genitalidad. Las personas con Síndrome de Down pueden tener relaciones sexuales y las tienen. Los varones no son fértiles. Las mujeres sí, y si quedan embarazadas tienen un 50% de probabilidad de tener un bebé con Síndrome de Down.

Tomado de diario *Clarín*, 5 de septiembre de 2008

ACTIVIDAD



Con tu compañero/a de banco, realicen lo siguiente:

- Sinteticen, en una breve frase escrita, el contenido del artículo.
- Escriban también su opinión respecto a este tema.

LECTURA



Aseguran que realizaran la presentación ante el Inadi

Denuncian un presunto episodio de discriminación en un local de Gonnet

Los padres de un chiquito de 10 años con Síndrome de Down dijeron que «no lo dejaron» participar de los juegos que se realizaban en una pileta climatizada. Hasta ese momento disfrutaba de la fiesta de cumpleaños de uno de sus primos. Pero al final, dicen, «tuvo que mirar desde afuera»

«Es la primera vez que sufro algo así», dijo Carlos Vanoni y se largó a contar una historia breve pero «dolorosa», que «en las próximas horas» expondrá ante las oficinas del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (Inadi).

El y su esposa, Nora Alejandra Aversa, contaron que el 20 de septiembre último ella concurrió con sus hijos al cumpleaños de un sobrino, que se celebraba en un moderno y confortable predio ubicado en camino Centenario, a la altura de la localidad platense de Gonnet.

La familia se divertía a lo grande hasta que los niños fueron invitados a disfrutar de la pileta climatizada en la que -dicen- comenzó la pesadilla que así fue narrada por Nora en una carta que Carlos acercó a Hoy.

«Los niños ingresaron a la pileta con un profesor en el agua y una señorita que los observaba afuera, fui a sentarme con los adultos invitados donde tienen una pantalla que transmite lo que sucede en la pileta. No obstante eso, me acerqué a mirarlos dos veces y mi hijo estaba muy tranquilo jugando, sabe nadar y no tiene ninguna dificultad motriz».

Su hijo tiene diez años y síndrome de Down, cosa que «no le impedía» compartir los juegos con el resto de los pequeños y con su primo que festejaba los 11.

Lo sacaron

En la misma nota, la madre contó: «Al rato se acercó la señorita encargada a decirme que tenía que sacar al nene de la pileta, pregunté: ¿por qué?, ¿cuál era el problema? y me dijo sí, el nene sabe nadar, pero... Tu hermana tendría que haber avisado que venía un chico con un caso así para poner otra persona, ya que el profesor tiene que atender a los demás chicos: te pedimos que lo saques por una cuestión de seguridad».

El relato continúa así: «Yo le dije está bien lo saco, pero sigo sin entender dónde está el problema, si el profesor no puede atender a 22 niños tampoco va a poder con 21. Bueno disculpe, dijo, yo sé que vos no tenés la culpa. ¿La culpa de qué?, pregunté y no tuve respuesta. Por lo tanto no hubo un motivo claro para retirarlo de la pileta, ya que él estaba muy tranquilo y no molestaba a nadie, según lo que vimos todos en todo momento».

«Yo sentí que fue un acto claramente discriminatorio», redactó Nora y agregó: «Más tarde cuando los chicos fueron a comer, mi hijo quiso pasar por la puerta para ir al baño y una chica se le cruzaba de un lado a otro no dejándolo pasar a pesar de que yo estaba detrás, tuve que pedirle que se corra, pero ¿ella no pudo preguntarle a dónde quería ir?».

La carta concluye diciendo que «las personas con Síndrome de Down son en primer lugar eso, personas, y aunque les parezca mentira a los empleados de ese lugar, mejores que nosotras, las personas que no somos portadoras del síndrome. Ojalá que esta nota sirva para que si algún día vuelve a entrar un niño con alguna discapacidad a ese lugar, sepan que sólo es eso, un niño».

Está filmado

Carlos y Nora son egresados de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Él se fue con el título de ingeniero aeronáutico bajo el brazo y ella con el de contadora. Sin embargo no ejercen: él atiende el almacén de ramos generales que la familia posee en la zona del cementerio platense y ella consagra su vida al cuidado de sus hijos. Precisamente el más grande de ellos fue quien, contaron, «filmó a su hermanito mientras estaba en la piscina».

Carlos contó que el pequeño va a un instituto especial, estuvo en un jardín de infantes integrado y concurre al Centro de Rehabilitación Computacional.

«Se maneja solo, se viste solo y está acostumbrado a tratar con otros chicos, pero ahí lo discriminaron y en verdad nos dolió», dijo.

En un intento por evitar que el pequeño advirtiera lo que supuestamente estaba ocurriendo, la madre le dijo que lo sacaba del agua porque tenía que ir a comer. Pero «los chicos siguieron en la piscina hasta que realizaron todos los juegos que habían programado los animadores», dijo Carlos.

«Por decisión de los animadores infantiles» -denunció el padre- el pequeño «se perdió una parte de la fiesta» y es por eso que ahora quieren realizar «un llamado a la reflexión para que estas cosas no vuelvan a repetirse».

Hoy se comunicó con el predio en varias oportunidades, pero sus autoridades prefirieron no emitir consideraciones al respecto.

Fuente: <http://www.diariohoy.net/notas/verNoticia.phtml/html/268584955/0000/Denuncian-un-presunto-episodio-de-discriminaci%C3%83%C2%B3n-en-un-local-de-Gonnet/?1024>. (2 de octubre de 2008).

ACTIVIDAD



- Lee atentamente el artículo.
- Sintetiza en cinco frases breves, la situación que describe.
 - a-
 - b-
 - c-
 - d-
 - e-
- Escribe tu opinión sobre el episodio en cuestión.

LECTURA



Opinión

LA DISCRIMINACIÓN DE DISCAPACITADOS

Entre las múltiples dimensiones en las que se expresa la discriminación de las personas con alguna discapacidad, hay algunas extremadamente graves y que pueden revertirse con políticas públicas y estrategias de concientización y sensibilización adecuadas.

Así, la discriminación educativa afecta, según la ONG Acceso Ya, al 85% de los alumnos con discapacidad que hay en la Ciudad de Buenos Aires, los cuales no pueden integrarse a las escuelas públicas por la falta de rampas, aulas y baños apropiados.

La violencia arquitectónica sigue afectando a los discapacitados en muchos edificios públicos y estaciones. En las calles ha habido progresos, pero todavía el mal estado de las veredas y la ausencia de semáforos para ciegos crea impedimentos para la circulación de los discapacitados. Por su parte, es de esperar que los colectivos incrementen el número de unidades capaces de transportar a personas en sillas de rueda.

Además de los problemas de accesibilidad, los discapacitados son víctimas de discriminación laboral. Poco menos de dos millones de discapacitados se estima que están desempleados. Si bien ha ido creciendo el número de empresas que emplean a personas con alguna discapacidad, todavía es muy fuerte el prejuicio que lleva al rechazo de sujetos que pueden adaptarse plenamente a diferentes puestos de trabajo, brindando resultados normales.

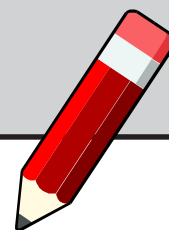
En este terreno se necesita que se desplieguen campañas públicas de concientización y de promoción del empleo de personas con alguna discapacidad. Además, hay que dotarlos de instrumentos para su inserción. Un ejemplo de esto último es el centro de capacitación informática gratuito abierto a partir de un convenio entre la OEA y Microsoft, destinado a promover la inclusión digital de los discapacitados.

Las instituciones públicas deben, para garantizar la igualdad de oportunidades, proporcionar herramientas que revertan la discriminación que hoy padecen los discapacitados en ámbitos como el de la educación, el transporte y el trabajo.

En los ámbitos educativo y laboral, así como en el transporte, perduran impedimentos que afectan a las personas discapacitadas. Políticas públicas adecuadas y campañas de concientización deben ir revirtiendo este cuadro.

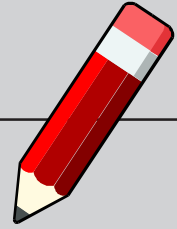
Tomado de diario *Clarín*, sábado 17 de febrero de 2007

ACTIVIDAD



- Reunidos en pequeños grupos, lean atentamente el artículo y escriban su punto de vista acerca del tema abordado.
- Si el/la docente está de acuerdo, pueden realizar una puesta en común.

ACTIVIDADES DE REVISIÓN



Reunidos en grupos realicen las siguientes actividades:

- Después de leer atentamente el capítulo, analicen la publicidad que aparece al principio del mismo.
- ¿Qué tipo de discapacidad tienen sus personajes?
- ¿Por qué dice el afiche «No ven la pelota, no ven el arco, no ven los límites»?
- Citamos al famoso científico discapacitado Stephen Hawking. Investiguen qué otros hombres con discapacidad han logrado llegar a la fama por sus logros personales.
- Realicen un cuadro sinóptico en donde detallarán los derechos de los impedidos. Investiguen si éstos se llevan realmente a la práctica en nuestro país. Averigüen qué pasa en los países del primer mundo. ¿Encuentran diferencias?
- ¿Qué tipos de discapacidades existen? Detallen sus características.
- ¿Por qué se denomina al Síndrome de Down 'trisomía del par 21'?
- ¿Qué son las discapacidades sensoriales?
- ¿Qué relación encuentran entre discapacidad y discriminación?
- ¿Qué son las barreras sociales? Miren a su alrededor y piensen qué tipos de barreras encuentran en su ciudad las personas con capacidades diferentes.
- Pónganse en el lugar de un discapacitado y enumeren las barreras que tendrían que enfrentar en el ambiente urbano. Indiquen también qué sentimientos producirían en ustedes esas barreras.

FILMOTECA

A continuación te presentamos una película que puede ser de utilidad para analizar los conceptos de este capítulo:

MI PIE IZQUIERDO

Director: Jim Sheridan

Sinopsis:

Se trata de una estupenda película, de plena actualidad, ganadora de dos Oscar. Está basada en la historia real de Christy Brown, nacida en 1932 con una parálisis cerebral irreversible. Sólo tiene pleno control sobre una parte de su cuerpo: su pie izquierdo. Pero a fuerza de tesón y con la ayuda de su madre, consigue relacionarse con los demás, escribir -el guión se ha elaborado a partir de su autobiografía- y pintar. Murió en 1981.

ELEMENTOS DE DEBATE

1. Ubiquen lo que muestra la película en el tiempo y en el espacio.
2. En cinco renglones, sintetizen el contenido del film.
3. Enumeren las características del padre y de la madre de Christy.
4. ¿Cuál es la actitud de los padres ante el número de hijos?
5. ¿Cuál es la actitud de los miembros de la familia ante el hijo-hermano enfermo? Fijarse en la aceptación por parte del padre, de la madre y de los hermanos.
6. Papel de la madre en la educación de Christy.
7. ¿Es cierto que Christy siempre está aprendiendo, aunque no lo parezca?
8. ¿Sabe educar el padre de Christy?
9. ¿La parálisis del protagonista afecta su inteligencia?
10. ¿Qué relación establece Christy con su enfermera?
11. ¿Qué opinan?: «En cualquier clase de familia Christy hubiera evolucionado de igual manera». Fundamenten su opinión.

CAPÍTULO XI

LA ESCUELA COMO AGENTE DE SALUD

La promoción de la salud, para ser efectiva, tiene que ser un proceso inclusivo y participativo. Es por eso que este capítulo va dirigido no sólo a uds. -los alumnos-, sino también a los docentes, padres y a todos a quienes interesa lo que ocurre en la escuela (los políticos, departamentos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONGs), autoridades regionales de enseñanza, miembros del consejo/junta escolar, directores de escuela, directores de estudios, asesores, enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de salud de las escuelas).

¿Por qué es necesario crear escuelas promotoras de salud?

Porque una buena enseñanza no sólo mejora los resultados de salud, sino que existen estudios que demuestran que cuando se promueve activamente la salud en la escuela, se pueden mejorar también los resultados académicos de los alumnos. De hecho, existen pruebas de que la promoción de la salud en la escuela puede apoyar y dar valor agregado a las escuelas que aspiran a lograr un conjunto de objetivos sociales a través de su programa de estudios y de un enfoque integral de la escuela.

Una buena escuela
promueve la salud de
todos sus integrantes



Para generar escuelas promotoras de salud es necesario:

«...Asegurarse de que existe un compromiso activo, continuado y demostrable por parte de los gobiernos y de los órganos competentes tanto en la ejecución continuada de la estrategia de promoción de la salud como en su renovación, supervisión y evaluación (una forma eficaz de formalizar este compromiso es la firma de un acuerdo de colaboración entre los ministerios de salud y de educación de un gobierno nacional).»

Es por esto que los países que han consolidado este compromiso de realizar una política conjunta o que han firmado algún acuerdo entre departamentos gubernamentales se hallan entre los más avanzados en el desarrollo y mantenimiento de las escuelas promotoras de salud.

¿DE QUÉ ENFERMAN, SUFREN O MUEREN NUESTROS ADOLESCENTES?

En verdad, nuestro país carece de estadísticas fehacientes sobre morbilidad (datos sobre enfermedades) para esta etapa vital. Pero nada más detenerse a considerar los índices de mortalidad, permite entender que los adolescentes, al igual que los niños que superaron su primer año de vida, sufren muy pocos trastornos que amenacen en extremo sus vidas. Inclusive, la adopción de hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud, que se suelen establecer en esta etapa, no causan por lo general enfermedad, discapacidad o muerte, sino bastante más adelante.

El abuso de drogas, alcohol y las relaciones sexuales sin protección (causa de embarazos no deseados, infección por VIH y enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis), los traumatismos y la violencia; constituyen problemas que afectarán a futuro la capacidad de los que hoy son adolescentes para ser ciudadanos responsables, formar una familia, sostener un proyecto personal de estudio y/o trabajo, etc.

La primer causa de muerte en adolescentes entre 14 y 19 años, en orden de decreciente importancia, son las lesiones, agresiones y agresiones autoinfligidas. Esto nos habla de víctimas de actos violentos (hetero o autoinfligidos). La segunda causa de muerte en orden de importancia y que también se considera «violenta» es la de accidentes de vehículo motor.



Un buen docente debe proponerse ser un promotor de salud

Si las pocas muertes de adolescentes son atribuibles a diversas situaciones relacionadas con la violencia y las situaciones que no desencadenan en muertes se vinculan con hábitos insalubres, está claro que nuestro sistema de salud, que opera casi exclusivamente sobre la enfermedad y poco o nada sobre la promoción de la salud, está lejos de sostener estrategias para esta franja de la población.

Así como se ha diagnosticado hasta el cansancio para el sistema educativo, el sistema de atención médico-sanitaria actual parece, en algunos segmentos, también fomentar la reproducción de la exclusión social desconociendo el cumplimiento de los derechos de los adolescentes, más aún si éstos son pobres.

Es evidente que en esta etapa de la vida las condiciones de salud se crean y recrean lejos de los consultorios médicos o psicológicos y si bien este dato podría justificar el hecho de que la escuela se convoca (por otros sectores y por sí misma) a asumir una responsabilidad nada despreciable en promover el cuidado de sí mismo/a y de los demás, en la prevención de un número limitado de enfermedades específicas y de los daños que producen hábitos nocivos; no puede justificar per se un desplazamiento de responsabilidades de un sector a otro.

La escuela es la institución donde los adolescentes pasan la mayor cantidad de horas diarias. Su palabra, se sigue sosteniendo, es confiable para las familias. ¿Será también necesario dar crédito a la afirmación de que la escuela continúa siendo la «vía regia» para llegar a la familia y a la comunidad más amplia?. Es probable. Sin embargo, difícilmente puedan obviarse otras motivaciones, como el hecho de que la escuela necesita comprometerse activamente frente a las consecuencias de tanto desamparo (definido como carencia de recursos para la subsistencia) y desprotección que sufren los adolescentes. Necesita asumir posición frente a algunas decisiones que toman, con mayor o menor conciencia, chicos y chicas y que no sólo comprometen su situación de salud-enfermedad y su proyección a futuro, sino que en el presente afectan sus posibilidades de asistir a clases, de estudiar y de aprender.



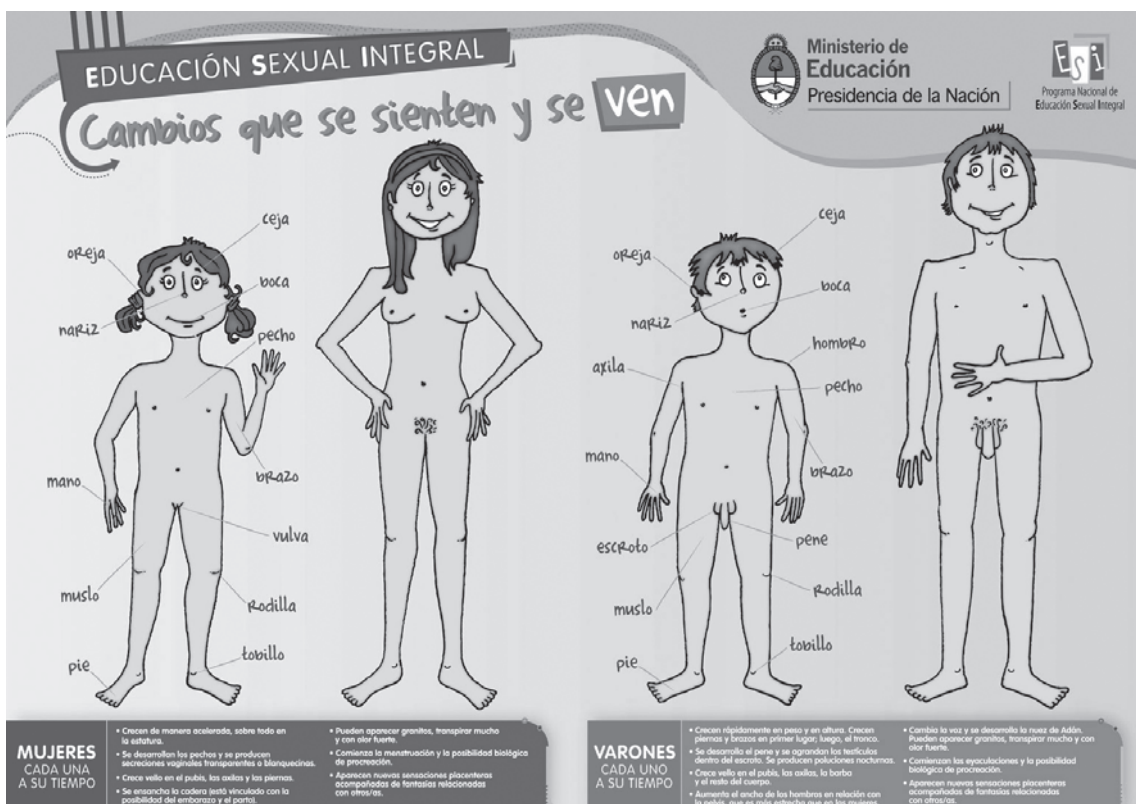
Los chicos pasan gran cantidad de horas en la escuela

No sólo los médicos sino también los docentes, observan con desesperanza el efecto de las enseñanzas o de los «buenos consejos» relativos a la salud, que transmiten a los adolescentes. Por otra parte, la impotencia de los docentes por no manejar los conocimientos percibidos como necesarios para abordar temáticas de salud se empalma con la propia de los médicos por tener un alcance insuficiente a ese sector de la población que, una vez superada la etapa infantil, se vuelve esquivo a los servicios de atención primaria. Acaso las posibilidades de ejercer una acción educativa en materia de salud fueran visualizadas tan imprescindibles como imposibles para ambos.

Médicos y docentes se planteaban la necesidad de incluir al otro en una perspectiva si se quiere adulta, en algunos casos con pretensiones de cientificidad, sobre lo que «es bueno y saludable para un joven», muchas veces así, con este matiz abstracto.

Tal vez en menor medida se planteaban la necesidad de capturar el sentido y el valor íntimo que, por ejemplo, pudieran tener expresiones tales como «cuidar la vida» para muchas de las chicas y los chicos que pueblan en estos últimos años las escuelas medias y consultan (muy esporádicamente) un consultorio médico.

Resulta, muchas veces frustrante para los docentes ver que su intento de prevenir conductas de riesgo en los adolescentes no es tarea fácil. Es llamativo el tipo de respuestas que pueden aparecer por parte de los alumnos al intentar transmitir las consecuencias peligrosas que pueden tener las relaciones sexuales sin preservativo o el consumo de alcohol o drogas. Muchas veces podemos llegar a encontrarnos con «Igual, es probable que me muera joven: en las villas a los pibes la policía los mata como si nada o, ¿para qué quiero vivir tanto si no tengo futuro?».



La educación para la salud debe ser un objetivo institucional

LA DISTANCIA ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD ES MÁS APARENTE DE LO QUE CREEMOS

Se me ocurría que la distancia entre educación y salud es más aparente de lo que solemos creer.

Hoy es necesario hablar de juventudes, infancias y adolescencias -en plural-. El reconocimiento, en el plural de adolescentes, de varones y mujeres, hetero y homo, trabajadores y de clase media, indigentes y pudientes, se amplía al considerar las combinaciones posibles de esos rasgos, y los modos de habitarlos.

El trabajo en las escuelas hoy implica necesariamente asumir grandes y pequeñas decisiones relativas a la salud. El compromiso con estos temas pareciera ser ineludible. Y aunque esta afirmación pueda parecer en exceso contundente, algunas escenas pueden dar cuenta de su actualidad.

Veamos: varios profesores observan que un chico se duerme en el aula con asiduidad. Una alumna elige compartir con su preceptora su preocupación acerca de un posible embarazo. Un tutor observa la creciente delgadez de un alumno o la permanente distracción de otra. Una directora, por su parte, intenta distintas respuestas ante un par de alumnos que llegan al turno vespertino alcoholizados, mientras otro colega, un vicerrector, decide llamar a Consejo Consultivo para compartir la responsabilidad sobre la decisión acerca de si dar crédito a algunos indicios de que hay alumnos que están entrando armados a la escuela. A un supervisor se le pide intervención ante la evidencia de venta de drogas en una escuela de su jurisdicción,... y en esta línea podríamos continuar la enumeración.

A muchas de estas situaciones les siguen una serie de acciones que pueden involucrar a más de un adulto de la escuela, de la familia o de otras instituciones. Y es muy probable que la secuencia de episodios deje una marca en la historia no sólo de la o el joven en cuestión sino del grupo de pertenencia, porque se relacionan en algún caso con los márgenes que se reconoce una escuela para garantizar la inclusión escolar y en otros, porque tienen un sentido formativo para los alumnos. ¿Qué repercusión tendrán estas intervenciones en las decisiones que luego toman los jóvenes, en el uso creciente de su autonomía, muchas de ellas fundadas en la posibilidad de asumir un no o un sí, de aceptar una frustración o un límite, de enfrentar un conflicto o una crisis vital, de reconocerse como sujetos de derecho? Cuestiones, todas ellas, ligadas a la salud propia y a la del entorno próximo.



El bienestar en los lugares de trabajo -la escuela es uno de ellos- contribuye a nuestra buena salud

Por eso, sería tan falso afirmar pues, que es posible deslindar todo compromiso con la salud de los estudiantes, como ingenuo pensar que efectivamente se los está eludiendo. Tal vez se pueda creer y sostener que se están resolviendo otras cuestiones (más importantes o más pertinentes) o que se está posponiendo el trabajo sobre la salud a la espera de que se resuelvan ciertas condiciones estructurales (acceso a una capacitación, recursos didácticos, etc.).

Tal vez se argumente que estos tópicos están en manos de quienes dictan Educación para la Salud y/o Ciencias Biológicas. Pero en todos estos enunciados, de cuya validez no habría motivos para dudar, subyace una misma idea: la de suponer que en la actualidad, asumir una posición frente a cuestiones relativas a la salud, es una mera *opción* para docentes y escuelas.

La escuela no sólo está o ha de estar comprometida con la salud de sus alumnos

sólo porque asuma deliberadamente (como de hecho lo hacen muchas instituciones) una responsabilidad social frente a las condiciones de vida de los adolescentes, en particular de quienes se encuentran en situación de mayor desprotección y exclusión. La escuela misma es el escenario donde se juegan situaciones de protección, de inclusión o sus opuestos, donde se generan montajes (Nicastro, 2006) favorables o no a la salud a corto o mediano plazo. Sin embargo, no habilitar u ocupar espacios donde poner en cuestión y someter a discusión estas cosas, tiene su costo: creer que no se está haciendo nada a favor de la salud, dar por supuesto que se está haciendo algo cuando bien ponderado es lo contrario, hacer menos de lo que se podría hacer...

Sin duda es necesario e imprescindible definir un campo de contenidos a trabajar en una o más disciplinas no exclusivamente biológicas. El área social debería asumir un compromiso promoviendo la reconstrucción con los alumnos, de los escenarios sociales en los se fueron consolidando distintas definiciones sobre la salud, donde se fue penalizando y luego medicalizando, para dar lugar a la comprensión de que la salud es una construcción social cambiante, subjetiva, acotada a un tiempo y un espacio y resignificada en cada sociedad y grupo humano. La salud está y estuvo cooptada desde la modernidad hasta nuestros días, por diversas instituciones que la organizan, normativizan e incluso industrializan y direccionan en función de sus intereses particulares.

COLOQUIO

Padres no deberían prohibir el reggaeton

Durante un encuentro con Cecodap, un grupo de adolescentes reflexionó sobre este ritmo y el contenido de sus letras

Desde que llegó a las emisoras radiales, el reggaeton ha dado de qué hablar por sus contenidos musicales, muchos de ellos de tono erotizante. Por ello, la organización Cecodap organizó junto a un grupo de adolescentes, padres y docentes el coloquio *Reaggaeton: ¿Lo bailamos o lo prohibimos?* El encuentro trató los códigos sexuales que maneja el estilo musical, tanto en las letras de sus canciones, como en los movimientos que induce al bailar.

Ante el temor de los padres, los jóvenes asistentes acordaron que lo mejor no es prohibirlo, sino orientar a los hijos sobre sus implicaciones. Según ellos, el reggaeton no es sólo sexo, pues existen otros dos tipos: el bolero y el de contenido social. Los adolescentes descalifican al erótico porque admiten que denigra a la mujer como objeto sexual.

Tanto los jóvenes como los padres y docentes acordaron que cada época tiene su estilo musical erótico. Así, como una vez se criticó el tango, la salsa, la lambada y al tambor, el siglo XXI es la época erótica del reggaeton para dar la sensación de mejor...

Es por eso que algunos aspectos de la educación para la salud que asumen las escuelas son claramente visibles: la información considerada necesaria para prevenir enfermedades, los servicios que pueden incorporarse a la escuela o articularse con ella para cubrir un nivel de atención primaria de la salud, el control de vacunación, etc. Otros en cambio, aunque forman parte de la vida cotidiana escolar o quizás por eso mismo, suelen carecer de palabra y reflexión.

Tal vez se deba, al menos en parte, a que no es frecuente mirar la escuela como un espacio donde la salud está en juego, donde aquello que se experimenta y que se aprende o que se omite, va formando parte constitutiva de, al decir de los sanitaristas, los «condicionantes de salud-enfermedad» de toda persona.

Se educa en salud, aunque a veces de manera poco visible, en muchas de las situaciones que atraviesan la vida escolar, en el tiempo de las aulas, patios, laboratorios, actos escolares, etc. La salud se vincula con muchas de las decisiones de los adultos que forman parte de la escuela, docentes y no docentes y se entrelaza con la posibilidad de sostener en el tiempo y con efectividad el vínculo pedagógico, en cuyo seno sea posible enseñar y aprender, de ser alumno y, si se quiere, de ser docente. Por esto, se trata de un asunto que requiere de una consideración más amplia que la revisión del programa de una materia. Incluye lo curricular pero al tiempo reclama, en el nivel institucional, estar en la agenda de los intercambios y discusiones acerca de qué dirección se le va imprimiendo al proyecto pedagógico de cada escuela, en el proceso de actualización permanente que éste requiere.



El trabajo conjunto de docentes y padres permite crear un clima escolar saludable

¿QUÉ ES UNA ESCUELA SALUDABLE?

Intentar definir que es una «escuela saludable» es tan inútil como intentar decir qué es *una buena escuela*. Cada comunidad escolar puede (¿debería?) pensarse a sí misma en una perspectiva saludable de acuerdo a los marcos de vida y conceptuales de las personas que la componen, los rasgos culturales de la comunidad de pertenencia y la reflexión sobre las experiencias sociales y escolares transitadas. Si se la concibe como una utopía, puede remitir a otras más o menos cercanas a nuestro tiempo: escuela democrática, escuela participativa, escuela y comunidad, escuela inclusiva,... Conceptos que se enarbolan, que tienen su momento de auge y que merecen el esfuerzo de ser re-visitados y vueltos a significar ya que tal vez, en lo profundo, estén sostenidos por un mismo o parecido deseo de acoger a todos y todas.

En este punto vale mencionar que el recorrido internacional en Salud Pública aporta algunos datos interesantes a nuestras comunidades escolares. La experiencia de los pueblos fue dando forma a una concepción social de la salud.

Este enfoque se encuentra referenciado en algunas iniciativas locales e institucionales, que gozan de cierta atención en los medios de difusión masivos. Tal es el caso de la autodeterminación de algunas localidades de formar parte de una red de las *Ciudades o Municipios Saludables*.

También en el sector educativo existen experiencias internacionales que van en la misma dirección, como las Escuelas Promotoras de Salud impulsadas por la OMS/OPS.

Más allá de las características que reviste su implementación concreta, para nuestro foco es interesante destacar que la idea subyacente a todas estas iniciativas es que conciben el estar saludable sólo en situaciones de salud compartidas, desarrollando los proyectos de vida, laborales, formativos, etc., en entornos donde el compromiso colectivo se dirige a recrear condiciones de convivencia ambientales que promuevan salud para todos.



La participación activa de los padres en la vida escolar mejora los resultados de la labor docente

Si se piensa en la propia experiencia como sujetos, es probable que acordemos que la salud no es un punto de llegada sino una búsqueda incesante. En el plano social ocurre algo semejante. La búsqueda de mejores condiciones de salud colectiva necesita de una atención sostenida, entre otras cosas, para poder vislumbrar la emergencia de expresiones, necesidades, carencias y posibilidades sociales en continuo movimiento.

La tarea de promover la salud en la escuela, debería situarla en un punto cualquiera de una red social, más o menos amplia, con capacidad de contención, respuesta y propuesta. El compromiso escolar en educar para la salud no puede sino encararse colectivamente, desde la revisión y la toma de decisiones sobre las situaciones de la vida escolar y a su participación en el conjunto: el sentido de los intercambios, el valor que le otorgan adultos y jóvenes a la tarea escolar, el trabajo sobre los derechos de cada uno y también el aprendizaje de algunos contenidos básicos e indispensables para la salud.

Jornada de Participación Cooperativista



INTEGRACIÓN ESCUELA-COMUNIDAD-SALUD

Mejorar la salud de niños, jóvenes y sus familias constituye un proceso complejo factible de llevar a cabo en la escuela en directa relación con la comunidad. Es así que la interacción de la familia, la escuela, centros de salud, ONGs, centros barriales, puede dar inicio a una actividad preventiva mucho más integral que si nos mantenemos alejados de la comunidad en la cual la escuela se encuentra inserta. Son las llamadas *redes sociales*.

¿Qué son las *redes sociales*?

En principio, podemos decir que son espacios que nos ponen en contacto con otras personas y organizaciones. Una red social es una estructura social compuesta de personas, las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes, intercambios económicos, relaciones sexuales o que comparten creencias, conocimiento o prestigio.

Organismos que apoyan a las Escuelas Promotoras de Salud (EPS)

Las escuelas pueden contribuir en gran medida a la salud y al bienestar de sus alumnos. Esta afirmación se ve reconocida día tras día por muchas iniciativas internacionales impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNESCO, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) y otras.

La integración de las escuelas con su comunidad mejora la labor educativa

A lo largo de los últimos veinte años han ido evolucionando una serie de estrategias y programas, con nombres tan diversos como *Escuelas Promotoras de Salud*, *Salud Escolar Integral*, *Escuelas para los Niños* y la iniciativa *Focusing Resources on Effective School Health (FRESH)*. Sin embargo, el hilo conductor de todas estas estrategias es un enfoque integral de la escuela y el reconocimiento de que todos los aspectos de la vida de la comunidad escolar son potencialmente importantes para la promoción de la salud.

En los últimos veinte años se ha ido recopilando un conjunto de evidencias que permiten informar a gobiernos, escuelas, organizaciones no gubernamentales (ONGs), maestros, padres y alumnos sobre lo que constituye un programa eficaz de salud escolar. Los programas integrados, holísticos y de largo plazo tienen más probabilidades de lograr buenos resultados académicos y mejorar la salud que aquellos basados en la transmisión de información que se lleva a cabo en las aulas.

En estos planteamientos ha quedado claro que es necesario ofrecer algo más que simples clases, campañas o acciones puntuales de educación para la salud en el programa de estudios si deseamos que las escuelas desarrollen todo su potencial de promover la salud entre nuestros niños y jóvenes.

Las siguientes pautas para promover la salud en la escuela, enuncian los principios básicos y los elementos que integran este tipo de enfoques. Han sido elaboradas a partir de un proceso de discusión y consulta con profesionales de salud y educación en todo el mundo. Se basan en los mejores estudios, evidencias y buenas prácticas existentes hasta la fecha. Se presenta en un formato resumido para ayudar a los ministerios de educación y salud, a las escuelas, a las ONGs y a otras personas y grupos interesados a ser más eficaces en sus esfuerzos por promover la salud en las escuelas.



Las huertas escolares, una experiencia posible
que puede integrar a todos los miembros de la comunidad educativa

Elementos esenciales de la promoción de la salud en la escuela

La Escuela Promotora de Salud (EPS) tiene su fundamento en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Consta de seis elementos esenciales, a saber:

1- Políticas escolares saludables

Se definen claramente en documentos o en prácticas generalmente aceptadas que promuevan la salud y el bienestar. Muchas políticas promueven la salud y el bienestar, por ejemplo, las que facilitan que en la escuela se prepare comida sana o aquellas que expresan su rechazo al acoso y el hostigamiento en las escuelas.

2- El entorno físico de la escuela

El entorno físico se refiere a los edificios, terrenos, espacios de juego y equipamientos en el recinto escolar y alrededores: el diseño y la ubicación del edificio, la provisión de luz natural y de suficiente sombra, la creación de espacios para el ejercicio físico y de instalaciones para la actividad docente y para una alimentación saludable.

Se refiere también a: las instalaciones básicas, al mantenimiento y las instalaciones sanitarias para impedir la transmisión de enfermedades; disponibilidad de agua potable, de aire limpio, y a la ausencia de contaminantes medioambientales, biológicos o químicos perjudiciales para la salud en el entorno de la escuela.

3- El entorno social de la escuela

El entorno social de la escuela es una combinación de la calidad de las relaciones del personal y de los estudiantes y de éstos entre sí. Está influida por las relaciones con los padres y con la comunidad más amplia.

4- Habilidades de salud individuales y competencias para la acción

Se refiere al programa curricular tanto formal como informal y a las actividades relacionadas con éste, a través de las cuales los alumnos incorporan conocimientos, toman conciencia y realizan experiencias adecuadas a su edad que les permiten adquirir competencias a la hora de actuar para mejorar su salud y su bienestar, los de otras personas en su comunidad y fuera de ella, y mejorar sus resultados académicos.

5-Vínculos con la comunidad

Los vínculos con la comunidad son las relaciones entre la escuela y las familias de los alumnos y la escuela con los grupos y personas claves de la comunidad. La consulta adecuada con estos grupos y su participación en apoyo a la escuela mejora la EPS y ofrece a los alumnos y al personal el entorno y el apoyo necesarios para sus acciones.

6-Servicios de salud

Son los servicios de salud locales y regionales, vinculados con la escuela o basados en ella, que ostentan la responsabilidad de la atención de salud y de la promoción de la salud de niños y adolescentes, a través de la prestación de servicios directos a los alumnos (incluidos aquellos con necesidades especiales).

Incluyen:

- la realización de reconocimientos médicos y de valoraciones por profesionales autorizados y cualificados;
- servicios de salud mental (incluido el asesoramiento) para fomentar el desarrollo social y emocional de los alumnos; para prevenir o reducir los obstáculos al desarrollo intelectual y al aprendizaje; para reducir o prevenir el estrés y los trastornos mentales, emocionales y psicológicos y para mejorar la interacción social de todos los alumnos.

LO QUE FUNCIONA

- Desarrollar y mantener una comunidad escolar democrática y participativa.

- Establecer vínculos de colaboración entre los responsables de las políticas de educación y salud.

- Generar en los estudiantes y sus padres un sentimiento de pertenencia a la vida de la escuela.

- Implementar diversidad de estrategias de enseñanza y de aprendizaje.

- Prever tiempo suficiente para las actividades de aula, para la organización y coordinación, y para las actividades fuera de las aulas.

- Examinar las cuestiones de salud en el contexto de la vida de los alumnos y de la comunidad.

- Utilizar estrategias que adopten un enfoque escolar integral y no la mera transmisión de información en el aula.

- Ofrecer posibilidades de capacitación permanentes a los maestros y al personal asociado.

- Generar un entorno social que fomente relaciones abiertas y sinceras dentro de la comunidad escolar.

- Asegurar un enfoque coherente en toda la escuela y entre la escuela, la familia y la comunidad.

- Generar la convicción de que los objetivos de la escuela tienen un sentido y un liderazgo claro e inequívoco, y contar con apoyo administrativo.

- Aportar recursos que complementen el rol fundamental del maestro y que se basen en una teoría sólida y en hechos precisos.

- Generar una atmósfera que propicie las mejores expectativas de los alumnos en cuanto a su interrelación social y sus logros académicos.



Un buen clima escolar es saludable

LA ESCUELA COMO PROMOTORA DE PROYECTOS COMPARTIDOS

Uno de los fenómenos que definen el proceso de vulnerabilidad es el debilitamiento de las redes sociales. La escuela forma parte de este proceso; sin embargo, es una de las pocas instituciones públicas capaces de ofrecer un espacio de encuentro de los distintos actores de la comunidad, en la medida que asuma la responsabilidad de promover la elaboración y concreción de proyectos democráticos compartidos.

Se trata de proyectos que tengan sentido tanto en el interior de la escuela, como en el contexto más general del cual forma parte y que, muy especialmente, asuman la responsabilidad de interpelar a los alumnos. La oportunidad de que estudiantes y docentes, así como el resto de la comunidad educativa, se impliquen mutuamente en la realización de proyectos compartidos permite construir redes sociales de sostén al mismo tiempo que promueve la construcción de nuevos aprendizajes.

En este sentido, proyectos vinculados con organizaciones no gubernamentales y centros vecinales, entre otros, permiten establecer relaciones de cooperación y solidaridad frente a problemas que afectan la vida social. Estas propuestas podrán asumir distintas modalidades. Algunas pueden comprometer a la comunidad educativa en su conjunto, mientras que otras pueden prever la participación de tan solo algunos de sus integrantes.

Ciertos proyectos pueden permitir que los jóvenes construyan sistemáticamente nuevos conocimientos, contextualizados a través de procesos de investigación escolar.

Pueden abordarse propuestas referidas a problemas ambientales: niveles de contaminación, calidad del agua, etc.; temáticas referidas a la salud y acciones de prevención sanitaria. Podrán conformarse centros de ex alumnos o talleres abiertos a la comunidad en torno a proyectos concretos que resulten de una necesidad socio-comunitaria, como abordar temáticas que afectan directa o indirectamente a niños y adolescentes: adicciones, violencia, accidentes de tránsito, sexualidad y ETS, VIH-SIDA, trastornos alimentarios, desempleo, etc..



La institución escolar y la comunidad en la que está inserta deben programar proyectos conjuntos

El propósito de estos proyectos reside en que, al tiempo que los jóvenes aprenden a emprender, fortalecen su capacidad de cooperar y vivir juntos.

Por otra parte, algunos de ellos intentan buscar la construcción de alternativas para la clásica articulación de la escuela con el mundo del trabajo. Sin embargo, no se trata de que los niños y jóvenes presten servicios a las comunidades porque las comunidades requieren que se atiendan problemas no atendidos por el Estado o por los adultos. Se trata de que los niños y los jóvenes aprendan a través de proyectos de inserción comunitaria desarrollando ciertas competencias que pueden fortalecerlos para contribuir a la gestación de un mundo mejor y para su inserción en ese escenario. A la vez que el joven desarrolla un rol activo dentro de la comunidad educativa, afianza su autoestima frente a los otros.

En torno de estas propuestas, la escuela promueve nuevos aprendizajes ampliando los espacios de formación a contextos no escolares, a la vez que *construye redes sociales* que sostienen y contienen a los distintos actores que participan en ellas.

La institución propone algunas de ellas y, a la vez, está atenta a las necesidades y sugerencias de la comunidad. En este punto, es necesario nuevamente conocer las posibilidades, las expectativas y las limitaciones de la comunidad con la que se trabaja para promover proyectos acordes con el horizonte de lo posible y, de este modo, evitar la consolidación de imágenes tales como «acá no se puede hacer nada», «estas familias no participan».

Aún con las limitaciones impuestas por el contexto, es necesario intentar el desarrollo de proyectos que amplíen el horizonte de acción de los jóvenes ofreciendo construir una imagen de mayor posibilidad de mejora a través de las experiencias y la formación que ofrece la escuela.

En este sentido, es preciso tener en cuenta que generar instancias de trabajo compartido es de suma importancia, puesto que para muchos jóvenes y para sus familias la escuela es uno de los pocos espacios públicos que les ofrece la posibilidad de reconocimiento social y de experimentar una sociabilidad diferente.



Un desafío para los docentes de cada escuela:
diseñar proyectos de promoción de la salud acordes con la realidad de la misma

La construcción de redes sociales con otras organizaciones

Es importante que la institución escolar avance en relevar y conocer aquellos organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONGs), tanto a nivel local como provincial o nacional, que tengan algún tipo de vinculación con los temas que afectan a la salud de los adolescentes: trastornos de la alimentación, adicciones, temas relativos a la salud sexual y reproductiva, VIH-SIDA, ETS, vulnerabilidad social, trabajo, violencia, accidentes de tránsito, etc. A partir del contacto con estas organizaciones los jóvenes podrán elaborar proyectos.

En algunos casos, la escuela podrá organizar propuestas que requieran de la búsqueda de información en diferentes dependencias: organizaciones no gubernamentales, diferentes secretarías de la legislatura, distintos planes de la UNESCO, universidades, etc. En otras oportunidades, el diseño e implementación de proyectos supondrá la articulación interinstitucional entre diversas organizaciones: programas de construcción de viviendas, cooperativas locales, juntas vecinales, sociedades de fomento, medios de comunicación de la zona, clubes sociales y deportivos, agrupaciones juveniles, etc.

Este tipo de tareas conjuntas facilita el apoyo mutuo y permite evitar la duplicación y superposición de esfuerzos. En otras ocasiones, la escuela podrá delegar a las instancias pertinentes aquella problemática que requiere de atención especializada, y vehiculizar las demandas hacia las instituciones responsables de su resolución: defensorías de niños y adolescentes, hospitales públicos, secretarías de promoción social, juzgados, etc.

Al establecer enlaces con organismos públicos y organizaciones no gubernamentales en la medida de lo posible y estirando al máximo los recursos de comunicación, las escuelas enriquecen su mirada y conquistan nuevas herramientas en el intercambio con otras instituciones que pueden brindarles asesoramiento general y dar apoyo a la tarea escolar. Asimismo, en esas relaciones la escuela puede clarificar sus límites y delegar la responsabilidad en otros.

Tal como se mencionara anteriormente, no se trata de que la escuela se haga cargo de problemas que la exceden sino que, al tiempo que se nutre incorporando mayor conocimiento de su entorno para favorecer la concreción de sus proyectos, promueve que los alumnos tomen conciencia de sus derechos y conozcan las instituciones encargadas de dar resolución a las diferentes demandas y necesidades sociales.



¡La consigna es pensar!

Favorecer el compromiso en la búsqueda de soluciones y alternativas

Si bien la escuela no puede solucionar por sí sola los problemas de desigualdad y vulnerabilidad social, sí puede –y es responsabilidad del sistema educativo– brindar una oferta equitativa de educación, en términos de dar a los alumnos que se encuentran en mayor desventaja, una formación necesaria para alcanzar similares resultados de aprendizaje que otros alumnos que ingresan al sistema educativo en condiciones más favorables.

Por otra parte, y para todo el conjunto de la población escolar que cursa el tercer ciclo de la Educación General Básica y la Educación Polimodal, la escuela tendrá como parte de su proyecto educativo institucional, y en función de sus condiciones institucionales, proyectos orientados a construir redes sociales, proyectos productivos y/o proyectos que tomen como objeto de análisis los temas tratados en este libro.

El desarrollo de estos proyectos promoverá una actitud propositiva frente a estos problemas, evitando su naturalización, el fatalismo y el escepticismo respecto de la posibilidad de solucionarlos.



Los docentes deben promover el compromiso de los chicos ante los problemas de la escuela y de su comunidad

De este modo, se ofrecerá a los jóvenes y adolescentes espacios para reflexionar en la posibilidad del cambio social. Pensar soluciones y alternativas plantea el siguiente problema: si bien el cambio no es sólo producto de la voluntad individual de los actores, también es cierto que, como sujetos sociales, tenemos cierta responsabilidad y protagonismo en la definición del curso de la vida social. Las propuestas didácticas deberán alentar la reflexión en torno de esta contradicción, evitando poner a los alumnos tanto en el rol de «superhéroes» – desestimando los aspectos sociales, políticos y económicos que condicionan la resolución de estos problemas– como, por el contrario, ubicándolos en el lugar de que «nada hay por hacer». Cabe resaltar, por otra parte, que esta contradicción forma parte de la conducta adolescente, que suele oscilar permanentemente entre estos dos polos.

El docente acompañará el proceso de pensar soluciones acercando variables o dimensiones no incluidas por los alumnos en un principio, posibilitando de este modo complejizar sus registros y análisis de la realidad. Al mismo tiempo, promoverá el conocimiento, la reflexión y el análisis de experiencias concretas que planteen distintos caminos de resolución.

Por otra parte, es importante desarrollar proyectos de enseñanza que intenten, a partir del planteamiento de una problemática concreta, (como puede ser la propagación del sida en jóvenes y adolescentes como consecuencia del desarrollo de conductas riesgosas) proponer algún tipo de solución o medidas de prevención que permitan disminuir el contagio.

Para ello, es necesario seleccionar cuál es la escala más adecuada para implementar el proyecto (la de la clase, la escuela, las familias de los alumnos, el barrio, la localidad, etc.) de modo que el problema elegido conserve su complejidad y, a la vez, involucre a los alumnos en una propuesta viable.

En este camino de búsqueda de soluciones y alternativas es necesario brindar a los alumnos oportunidades para que conozcan las distintas instituciones gubernamentales que tienen la responsabilidad de resolver estos problemas sociales. En tal sentido, es fundamental que los niños y jóvenes aprendan cuáles son los modos de peticionar a las autoridades y reclamar por sus derechos. A la vez, es interesante que tomen contacto con las acciones que realizan los organismos no gubernamentales y las diversas asociaciones intermedias, así como las alternativas que generan los mismos afectados (por ejemplo, la organización de ollas populares, bolsas de trabajo, comedores comunitarios, etc.). En algunos casos, este trabajo de indagación propiciará la participación en proyectos de otras instituciones o la planificación conjunta de tareas compartidas.

El proceso de selección de contenidos deberá tomar como fuente el diseño curricular de cada jurisdicción en función de aquello que cada escuela y sus docentes consideran pertinente, significativo y viable en relación con las particularidades que presenta cada institución escolar y, en especial, cada grupo de alumnos.



La auténtica diversión favorece la salud

¿CÓMO PENSAR UN BUEN PROYECTO?

Es interesante el siguiente relato para ejemplificar los inimaginables resultados que puede llegar a tener un proyecto educativo. Se trata de una situación vivida por docentes de una escuela pequeña al sur de nuestro país, quienes, preocupados por el escaso resultado que daban las conversaciones con los alumnos en relación con los perjuicios del consumo desmedido de bebidas alcohólicas, decidieron poner a prueba otras alternativas.

En principio, los adultos tomaron como motivo de reflexión el tema, lo problematizaron, revisaron sus representaciones, prácticas y también prejuicios. ¿Quién estaba exento de beber en exceso en determinadas ocasiones, de consolarse de una pena, de festejar,...? ¿Qué modelo y qué discurso presentaban los adultos a los adolescentes? ¿Qué mensajes transmiten en este sentido los medios de comunicación?

Decidieron entonces no pontificar contra el consumo de alcohol y en cambio, abrir el debate que ellos mismos iniciaron, con sus alumnos. El resultado fue un proyecto de envergadura institucional al que denominaron «¿Podemos divertirnos sin consumir bebidas alcohólicas?».

Los resultados de esta experiencia exceden a las posibilidades de relato de estas páginas, pero vale mencionar que en el desarrollo de la propuesta pudo volver a restablecer un vínculo con la posibilidad de jugar (de hecho se armó una ludoteca escolar con un sistema de préstamos), hubo oportunidad de revisar los vínculos entre mujeres y varones en la escuela y en los momentos de recreación fuera de ella, se abordó como problema las distintas formas de asumir un noviazgo, etc. El proyecto también se articuló con una escuela primaria vecina en que «los grandes» ocuparon un rol protagónico parecido al de un «promotor de salud comunitaria».

Habrà también que habilitar deliberadamente espacios de aprendizaje de la participación (y estar flexible para los que se propongan espontáneamente), para intercambiar y discutir entre docentes, entre alumnos, entre unos y otros y con la comunidad (especialmente las familias, los padres, los referentes de los jóvenes); sobre qué es estar sano, qué es saludable para cada uno y para todos. Decía un profesor que formaba parte de un proyecto escolar sobre adicciones, en una escuela de los suburbios de la ciudad de Paraná: «(...) en realidad, para nosotros el tema de las adicciones no es un fenómeno externo que podemos controlar con paliativos o intervenciones aisladas. Pensar esta problemática nos lleva a un cuestionamiento de nuestra propia vida, de nuestras costumbres, de nuestro entorno social, de nuestros hábitos, valores y modos de relacionarnos. No nos planteamos saber y responder a todas las preguntas... Es trabajar con una problemática en vivo y en directo, la tenemos allí todos los días.

Es más que enseñar o transmitir contenidos. Nos fuimos armando un marco teórico consensuado para ir complejizando, enriqueciendo, cuestionando nuestra práctica...». La creación de estos espacios permite explorar nuestra posibilidad de encuentro humano y humanizante.



CONVERTITE EN AGENTE PROMOTOR DE SALUD: ELABORÁ UN PROYECTO PROPIO

Luego de haber leído detenidamente la primer parte del capítulo, te proponemos que te conviertas en agente promotor de salud, para lo cual deberás tener en cuenta cada uno de los puntos citados arriba. Deberás pensar algunas problemática relacionada con la salud que te resulte interesante y tratarla dentro de tu escuela implementando algún taller, jornada, radio, foro de opinión, obra de teatro, de títeres, etc. No olvides que es necesario interactuar con el contexto social en el cual se encuentra tu escuela, dar participación a padres, hermanos y demás familiares.

Para orientarte un poco, te mostraremos a continuación de qué modo se puede llevar adelante esto.

Proyecto 1

¿Son situaciones que hacen a la salud?

Modalidad: Aula-Taller

Dirigido a: alumnos de 1 er año polimodal de tu colegio

Duración: 2 horas

Reunidos en grupos pequeños de hasta seis integrantes, piensen si las siguientes escenas dan cuenta de situaciones relativas a la salud.

¿De qué modo podría la escuela abordar estas problemáticas con miras a prevenir nuevas situaciones?

Escriban en un papel lo trabajado, detallando conceptos y cuestionamientos que surjan del trabajo dialogado, a fin de abordarlos en el cierre final con el resto de los grupos.

Varios profesores observan que un chico se duerme en el aula con asiduidad. Una alumna elige compartir con su preceptora su preocupación acerca de un posible embarazo.

Un tutor observa la creciente delgadez de un alumno o la permanente distracción de otra.

Una directora, por su parte, intenta distintas respuestas ante un par de alumnos que llegan al turno vespertino alcoholizados, mientras otro colega, un vicerrector, decide llamar a Consejo Consultivo para compartir la responsabilidad sobre la decisión acerca de si dar crédito a algunos indicios de que hay alumnos que están entrando armados a la escuela.

A un supervisor se le pide intervención ante la evidencia de venta de drogas en una escuela de su jurisdicción,.... y en esta línea podríamos continuar la enumeración.

Proyecto 2

¿Podemos divertirnos sin consumir bebidas alcohólicas?

Modalidad: Jornada comunitaria de reflexión

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 8 a 13 hs. (turno mañana) 14 a 19 hs (turno tarde)

Recuerdo una escuela en una ciudad pequeña al sur de nuestro país que, preocupada por el escaso resultado que daban las conversaciones con los alumnos en relación con los prejuicios del consumo desmedido de bebidas alcohólicas, decidió poner a prueba otras alternativas.

En principio, los adultos tomaron como motivo de reflexión el tema, lo problematizaron, revisaron sus representaciones, prácticas y también prejuicios. ¿Quién estaba exento de beber en exceso en determinadas ocasiones, de consolarse de una pena, de festejar,...? ¿Qué modelo y qué discurso presentaban los adultos a los adolescentes? ¿Qué mensajes transmiten en este sentido los medios de comunicación?

Decidieron entonces no pontificar contra el consumo de alcohol y en cambio, abrir el debate que ellos mismos iniciaron, con sus alumnos. El resultado fue un proyecto de envergadura institucional al que denominaron «¿Podemos divertirnos sin consumir bebidas alcohólicas?».

Los resultados de esta experiencia exceden a las posibilidades de relato de estas páginas, pero vale mencionar que en el desarrollo de la propuesta pudo volver a restablecer un vínculo con la posibilidad de jugar (de hecho se armó una ludoteca escolar con un sistema de préstamos), hubo oportunidad de revisar los vínculos entre mujeres y varones en la escuela y en los momentos de recreación fuera de ella, se abordó como problema las distintas formas de asumir un noviazgo, etc. El proyecto también se articuló con una escuela primaria vecina en que «los grandes» ocuparon un rol protagónico parecido al de un «promotor de salud comunitaria».

Proyecto 3

VIH-SIDA en las escuelas. La necesidad de incluir las perspectivas de los adolescentes y de sus comunidades de pertenencia

Modalidad: Cine-debate

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 4 horas

- Proyección la película Filadelfia.
- Se entregará una hoja con la siguiente información. (1)
- Debate sobre el film y cierre, durante el cual se compartirá la información incluida en los tres buzones.



Una película que nos ayuda a reflexionar sobre la discriminación

(1) La tarea preventiva se asienta en reconocer e incluir ese conjunto de saberes y de experiencias que los alumnos fueron adquiriendo en sus comunidades de pertenencia y en las instituciones por las que transitaban y aquellos de los que carecen o que es necesario revisar y/o adquirir para preservarse, preservar a otros y desarrollarse saludablemente. Sobre todos ellos es necesario trabajar en los ámbitos escolares. Esto es, sobre:

a. Un conjunto (limitado) de ideas claves con fundamento científico actualizado que es necesario conocer para poder decidir: aquellos relativos al modo en que es posible contraer el virus y cuáles no, la forma de prevenirse, de detectar su presencia, etc.

b. Un conjunto de habilidades que es necesario desarrollar para tomar decisiones y asumir conductas de cuidado. Estas se adquieren en la experiencia y se relacionan con:

- la valoración y las expectativas que se tengan respecto a la propia vida;
- la posibilidad de hacer valer el punto de vista, los afectos, los gustos y elecciones de cada uno;
- la experiencia de ocupar un lugar en una comunidad como la familia, el aula, el grupo de pares, la escuela y de ser reconocido y querido;
- la participación en la construcción de un proyecto;
- la capacidad de reconocer los derechos compartidos por igual por todos, de defenderlos y de sostenerlos;
- la vivencia de saberse incluido/a en una comunidad que reconoció para todos/as estas normas originadas en una comunidad más amplia y que a diario son transgredidas y cuestionadas, pero también invocadas para tomar decisiones;
- el reconocimiento del cuerpo, de sus emociones y sentimientos y de las posibilidades de expresarlas y contenerlas;
- la posibilidad de entrar en diálogo con otro, de negociar posiciones, de prever distintas alternativas en el vínculo, de tolerar el conflicto; y
- todas aquellas experiencias que suman a la hora de sostener el sí o el no y la elección del cómo y con quién vincularse afectiva y/o sexualmente.

Existirán tres buzones:

- 1- VIH-Sida y conductas de riesgo
- 2- VIH-Sida y discriminación
- 3- VIH-Sida y homosexualidad

Redacten en una hoja, la cual será incluida en un buzón en forma anónima, las siguientes situaciones.

Piensa qué cuestiones pueden llevar a un adolescente a decir que sí cuando quiere decir que no frente a una propuesta sexual.

¿Por qué a veces no se usa el preservativo sabiendo que es la única forma de cuidar la salud?

¿Cuál es el tema central que plantea la película?

¿Qué otros temas articula?

Nombra situaciones de discriminación vividas.

¿Por qué crees que la gente discrimina?

¿Por qué en un comienzo el VIH-Sida quedó asociado a la homosexualidad?

¿Crees que el VIH-Sida afecta más a la comunidad homosexual que a los heterosexuales? ¿Por qué?

Proyecto 4

Jornada sobre Salud Sexual y Reproductiva, Sida y ETS

Modalidad: Obra teatral organizada por grupo de alumnos y padres

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 4 horas

El objetivo de la jornada será la promoción de la salud sexual y reproductiva, tendiendo a evitar la propagación de las ETS y el SIDA. Como trabajamos a partir de la integración de la comunidad educativa y el contexto social que rodea a la escuela, propiciando un clima de interacción y participación; lo realizaremos del siguiente modo:

Nos dirigiremos al centro asistencial público más cercano a nuestra escuela (hospital, salita, centro de salud), teniendo como meta contactar a profesionales interesados en participar de esta jornada (pueden ser médicos ginecólogos y psicólogos). Les contarán su proyecto y verán si es posible acordar día y hora para que estos profesionales se dirijan a la escuela a fin de llevar a cabo el proyecto.

La modalidad de la jornada consistirá en primera instancia en una obra teatral que abordará el tema, organizada por alumnos y padres.

Luego de la misma los profesionales a cargo de la jornada brindarán los conocimientos relativos a las problemáticas abordadas estimulando la participación del público a partir de preguntas que cada uno anotará anónimamente en un papel, colocándolas en un buzón. El mismo será entregado a los profesionales que, con la participación de algunos alumnos, intentarán responder y pensar los interrogantes, en un encuentro dialéctico con todos los presentes. Lo central en este encuentro será incentivar la participación de todos los presentes, estimulando el diálogo entre los diversos actores (alumnos, padres y docentes).

Concluida la jornada se repartirán trípticos a cada uno de los participantes, elaborados por los alumnos organizadores. Los mismos incluirán los conocimientos centrales de las temáticas abordadas, nombres y datos de la institución a la cual pertenecen los profesionales a cargo y nombres de los alumnos coordinadores. Asimismo, podrán incluirse sitios webs que permitan ampliar la información abordada, ONGs y centros barriales que brinden charlas a la comunidad.

Proyecto 5

Salud alimentaria

Modalidad: Aula-Taller

Dirigido a: alumnos, docentes a cargo, médicos y psicólogos de hospital o centro asistencial comunitario

Duración: 4 horas



Ciertas comidas (consumidas en exceso)
pueden perjudicar nuestra salud

El objetivo es reconocer la importancia de cuidar la salud alimentaria, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y como resultado de los cuidados que cada individuo tiene de sí mismo.

Propósito educativo: favorecer en las personas el desarrollo de capacidad para aprender a actuar para mejorar su salud su salud y tener mejor control de ella, adquiriendo ciertas bases para lograr a futuro estilos alimentarios saludables.

Competencias a desarrollar:

- Elaboren carteles en los cuales aparecerán los principales conocimientos acerca de lo que podemos llamar una alimentación saludable (alimentos, prácticas alimentarias, etc.). Se tomarán en cuenta factores psicológicos, económicos y sociales que influyen en las prácticas alimentarias.
- Cada cual ubicará prácticas alimentarias saludables en sí mismo y prácticas alimentarias nocivas para la salud.

Proyecto 6

Accidentes de tránsito en jóvenes

Modalidad: Proyección de artículos de diarios y revistas que den cuenta del tema.

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 4 horas

La imagen habla por sí sola.
Te invitamos a que
le coloques un epígrafe

.....

.....

.....

.....

.....



Proyecto 7

Violencia

Modalidad: Proyección de la película

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 4 horas

Proyecto 8

¿Por qué discriminamos?

Modalidad: esta es una propuesta para realizar en pequeños grupos dentro del curso. Buscarán información sobre ONGs que existan en nuestro país que se dediquen a esta problemática. Realizarán un informe escrito, el cual podrá ir acompañado de algún video o película.

Cada grupo tomará el tiempo necesario para compartir lo investigado con el resto de los grupos. Posiblemente necesiten más de un encuentro para esta tarea, la cual será muy enriquecedora si luego de compartido lo realizado en los pequeños grupos, se decide compartir con padres, docentes y amigos en una jornada de reflexión más amplia

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: varios encuentros para compartir lo trabajado en pequeños grupos y una jornada final de convocatoria masiva para la comunidad.

Proyecto 9

Tóxicos. ¿Podemos divertirnos sin consumir?

Modalidad: seleccionen publicidades que den cuenta de la temática.

Analicen cómo abordan los medios de comunicación la relación entre los diversos tóxicos (alcohol, cigarrillo, etc.) y el bienestar personal.

Elegirán entre todos una película que trate el tema (si no hay acuerdo, se votará por mayoría), la cual se proyectará en un segundo encuentro.

Finalmente: debatirán sobre lo trabajado durante las dos jornadas.

Dirigido a: alumnos de los primeros años de polimodal

Duración: dos encuentros de cuatro horas de duración

Proyecto 10

Conflictos en la adolescencia: nuestros padres no nos entienden

Modalidad:

Dirigido a: toda la comunidad (alumnos, docentes y todos los que trabajan en la escuela, familia, comunidad)

Duración: 4 horas



La buena relación entre padres e hijos revela la salud del grupo familiar

APÉNDICE

LEY 25673

CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

ARTICULO 1 - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2 - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3 -El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4 - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5 - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;

d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/ sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6 - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;
- c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7 - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8 - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9 - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10. - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros

servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11. - La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;

- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto.

El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12. - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13. - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14. - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES

CAMAÑO-MAQUEDA-Rollano-Oyarzún.

Decreto 1282/2003

Reglaméntase la Ley N° 25.673.

Bs. As., 23/5/2003

VISTO el Expediente N° 2002-4994/03-7 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, y
CONSIDERANDO:

Que dicha norma legal crea el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que la Ley N° 25 673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

Que el artículo 75, inc. 23) de nuestra CONSTITUCION NACIONAL, señala la necesidad

de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la misma y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados.

Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como «un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país.»

Que lo expuesto precedentemente implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo.

Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Que estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos.

Que en consecuencia, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto. Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible.

Que nuestro ordenamiento jurídico, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del art. 75, inc.) 22 la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, y con esa orientación, ésta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/ o permanecer ajenos.

Que, concretamente, la presente ley reconoce a los padres, justamente, la importantísima misión paterna de orientar, sugerir y acompañar a sus hijos en el conocimiento de aspectos, enfermedades de transmisión sexual, como ser el SIDA y/o patologías genitales y mamarias, entre otros, para que en un marco de responsabilidad y autonomía, valorando al menor como sujeto de derecho, mujeres y hombres estén en condiciones de elegir su Plan de Vida.

Que la Ley N° 25.673 y la presente reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del CODIGO CIVIL, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14) años y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

Que en concordancia con la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

Que el temperamento propiciado guarda coherencia con el adoptado por prestigiosos profesionales y servicios especializados con amplia experiencia en la materia, que en la práctica asisten a los adolescentes, sin perjuicio de favorecer fomentar la participación de la familia, privilegiando el no desatenderlos.

Que en ese orden de ideas, las políticas sanitarias nacionales, están orientadas a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, y a garantizar a la población el acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción autorizados, así como el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto a facilitar el acceso a dichos métodos e insumos.

Que, en el marco de la formulación participativa de normas, la presente reglamentación ha sido consensuada con amplios sectores de la población de los ámbitos académicos y científicos, así como de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la temática, las jurisdicciones locales y acordado por el COMITE DE CRISIS DEL SECTOR SALUD y su continuador, el CONSEJO CONSULTIVO DEL SECTOR SALUD.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta de conformidad con las facultades emergentes del artículo 99, inciso 2º) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,
EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1º - Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 25.673 que como anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2º - La Reglamentación que se aprueba por el artículo precedente entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3º - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para dictar las normas complementarias interpretativas y aclaratorias que fueren menester para la aplicación de la Reglamentación que se aprueba por el presente Decreto.

Art. 4º - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese. - DUHALDE. - Alfredo N. Atanasof. - Ginés M. González García.

ANEXO I REGLAMENTACION DE LA LEY N° 25.673

ARTICULO 1º- El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley N° 25.673 y de la presente reglamentación.

ARTICULO 2º.- A los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el MINISTERIO DE SALUD deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación.

Asimismo, se deberán implementar acciones que tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias.

Las acciones deberán ser ejecutadas desde una visión tanto individual como comunitaria.

ARTICULO 3º.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 4º.- A los efectos de la satisfacción del

interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

ARTICULO 5º.- Los organismos involucrados deberán proyectar un plan de acción conjunta para el desarrollo de las actividades previstas en la ley, el que deberá ser aprobado por las máximas autoridades de cada organismo.

ARTICULO 6º.- En todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas, derecho que es innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º del presente, sobre las personas menores de edad.

Entiéndase por métodos naturales, los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados.

La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA (ANMAT) deberá comunicar al MINISTERIO DE SALUD cada SEIS (6) meses la aprobación y baja de los métodos y productos anticonceptivos que reúnan el carácter de reversibles, no abortivos y transitorios.

ARTICULO 7º.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en el plazo de DIEZ (10) días contados a partir de la publicación del presente Decreto, deberá elevar para aprobación por Resolución del MINISTERIO DE SALUD, una propuesta de modificación de la Resolución Ministerial N° 201/02 que incorpore las previsiones de la Ley N° 25.673 y de esta Reglamentación.

ARTICULO 8º.- Los Ministerios de SALUD, de EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa.

ARTICULO 9º.- El MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA adoptará los recaudos necesarios a fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 9º de la Ley N° 25.673.

ARTICULO 10.- Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción.

Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada. Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda.

ARTICULO 11.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 12.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 13.- SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 14.- SIN REGLAMENTAR.

BIBLIOGRAFÍA

- ABENOZA, R., *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*, Popular, Madrid, 1994.
- BARBEITO, A. y RUBEN, M., *La modernización excluyente: transformación económica y el estado de bienestar en Argentina*, Unicef, Ciepp y Losada, Buenos Aires, 1992.
- BORDIEU, Pierre, *Sociología y cultura*, Grijalbo, México, 1990.
- BLEICHMAR, E.D., *La sexualidad femenina, de la niña a la mujer*, Paidós, Barcelona, 1997.
- BORDI DE RAGUCCI, *Cólera e inmigración, 1880-1900*, Leviatán, Buenos Aires, 1991.
- CASTEL, Robert, *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- CASTEX, Mariano, *El poder penal*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 1997.
- CASTORIADIS, Cornelius, *El Avance de la Insignificancia*, EUDEBA, Buenos Aires, 1997.
- CARR, Wilfred, *Una teoría para la educación, Hacia una investigación educativa crítica*, Ediciones Morata, Madrid, 1992.
- CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA, 1994
- CORIA, Clara, *El sexo oculto del dinero*, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1972.
- DE LUCÍA, Daniel, *Socialismo y cuestión indígena en la Argentina*, Grupo Editor Universitario, Buenos Aires, 1997.
- DÍAZ-AGUADO, M.J., *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1997.
- DOLTÓ, Francoise, *La causa de los adolescentes*, Seix Barral, Barcelona, 1990.
- DURKHEIM, Émile, *Sociología y educación*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1976.
- ELKIND, David, *El niño y la realidad*, Paidós, Buenos Aires, 1990.
- FERNÁNDEZ, E. y MÚSTIELES, D., *Las mentiras de la sexualidad. Mitos y errores*, Olalla, Madrid, 1997.
- FERNÁNDEZ, I. y otros, *Violencia en la escuela y en el entorno social. Una aproximación didáctica*, Ed. CEP de Villaverde, Madrid, 1991.
- FERRER, F., *Como educar la sexualidad en la escuela*, Ed. CEAC, Barcelona, 1992.
- FREINET, Celestine, *Parábolas para una pedagogía popular*, Planeta, Madrid, 1974.
- FREIRE, Paulo, *Educación como práctica de la libertad*, Siglo XXI, México, 1989.
- FREIRE, Paulo, *Pedagogía del oprimido*, Siglo XXI, México, 1970.
- FREIRE, Paulo, *Política y educación*, Siglo XXI, México, 1970.
- FREIRE, Paulo, *Pedagogía de la esperanza*, Siglo XXI, México, 1998.
- FREUD, Sigmund, *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1996.
- GIMENO, J., *Epistemología y Educación*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1978.
- GIMENO SACRISTÁN, José, *Comprender y transformar la enseñanza*, Ediciones Morata, Madrid, 1992.
- LAPLANCHE y PONTAILS, *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1987.
- KLIKSBERG, Bernardo, *Primero la gente*, Deusto, Madrid, 2008.
- KNOBEL, Mauricio, ABERASTURY, Arminda, *La adolescencia normal*, Paidós, Buenos Aires, 1984.
- KONTERLINIK, Irene y JACINTO, Claudia, *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*, Losada-Unicef, Buenos Aires, 1997, p. 39

LE POULICHET, Sylvie, *Toxicomanías y psicoanálisis*, Amorrortu ediciones, Buenos Aires, 1996.

LIPOVETSKY, Gilles, *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona, 1986.

LOMBARDI, Gabriel, *La clínica del psicoanálisis, 3 tomos*, Atuel, Buenos Aires, 1992.

LÓPEZ SANCHEZ, F., *Educación sexual en la adolescencia*, ICE, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1994.

OTEIZA, NOVICK, ARUJ, *Inmigración y discriminación*, Grupo Editor Universitario, Buenos Aires, 1997.

PALACIOS, Jesús, *La educación en el siglo XX (III). La crítica radical*. Laboratorio Educativo, Caracas, 1997.

PUGET, Janine; KAES, René, *Violencia de Estado y Psicoanálisis*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1991.

RECALDE, Héctor, *Las epidemias de cólera. Salud y sociedad en la Argentina oligárquica*, Corregidor, Buenos Aires, 1991.

RECALDE, H., *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910). A través de las fuentes médicas*, Grupo Editor Universitario, Buenos Aires, 1997.

RECALDE, María Mercedes, *La educación sexual en la escuela*, Ediciones del Aula Taller, Buenos Aires, 2007.

TEDESCO, Juan Carlos, *Educación y Sociedad en la Argentina 1880-1945*, Ediciones Solar, Buenos Aires, 1986.

TENTI FANFANI, Emilio, *Una escuela para los adolescentes*, Losada-UNICEF, Buenos Aires, 2000.

SCHLEMENSON, S., WETTENGEL, L., WALD, A., *Niños que no aprenden*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

SEDRONAR – Publicaciones varias

SPITZ, C., *Cuestiones de adolescentes. Todas las respuestas a las preguntas más directas*, Aguilar, Madrid, 1994.

TRAVACIO, Mariana, *Manual de psicología forense*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Secretaría de Cultura, Buenos Aires, 1996.

WALSH,

WINNICOTT, Donald, *El hogar, nuestro punto de partida*, Paidós, Buenos Aires, 1960.

Páginas Webs consultadas:

www.discriminacion.org
www.sedronar.gov.ar
www.huesped.org.ar
www.me.gov.ar
www.fundamind.org.ar
www.clarin.com.ar
www.lanacion.com.ar
www.pagina12.com.ar

TÍTULOS DE EDICIONES DEL AULA TALLER

BIOLOGÍA

Cambio Global
Contaminación y Medio Ambiente
De Moléculas a Células
Ecología y Ciudad
Ecología y Salud
Los Seres Vivos

COMUNICACIÓN

Cultura y Comunicación
Nuevas Tecnologías de la Información
y la Comunicación **+CD-ROM**

DERECHOS HUMANOS

Derechos Humanos y Ciudadanía

EDUCACIÓN CÍVICA

Educación Cívica I
Educación Cívica II
Educación Cívica III

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación Sexual en la Escuela
Salud y Adolescencia

FILOSOFÍA

Filosofía
Filosofía y Formación Ética y Ciudadana I
Filosofía y Formación Ética y Ciudadana II

PSICOLOGÍA

Psicología

GEOGRAFÍA

Geografía Argentina
Geografía Mundial y Latinoamericana
Modelos Económicos
y Organización del Territorio Nacional

HISTORIA

América y Europa **+CD-ROM**
Historia Argentina y Latinoamericana I
Historia Argentina y Latinoamericana II
Historia de Argentina, América y el mundo I
Historia de Argentina, América y el mundo II
Historia Latinoamericana I
Historia Latinoamericana II
Historia Social de América Latina
Historia de la Argentina **+CD-ROM**
Pueblos, Culturas y Civilizaciones

LENGUA Y LITERATURA

Destralengua 1
Literatura IV

LENGUAJES ARTÍSTICOS

Culturas y Estéticas Contemporáneas
Danza y Expresión Corporal
Danzas Tradicionales Argentinas
+CD-MUSICAL
El lenguaje plástico visual **+CD-ROM**
La Fotografía. *Un Invento con Historia*
Las Formas Musicales a Través de la Historia
+CD-MUSICAL
Los Materiales del Lenguaje Musical
+CD-ROM
Producción y análisis de la imagen **+CD-ROM**
Teatro. *Historia, Teoría y Acción*

MATEMÁTICA

Matemática Natural. *Los Números Naturales*
+CD-ROM

MÉTODO CIENTÍFICO

Investigando en Ciencias Naturales
Proyectos y Metodología de la Investigación
+CD-ROM

SOCIOLOGÍA

La Sociología en la Argentina
Sociología **+CD-ROM**

Información detallada del contenido de los títulos en: **www.aulataller.com**