

CONOCIMIENTO DE HIV/SIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LAS ESCUELAS DE SALUD Y
EDUCACIÓN DE LA U.A.J.F.K.

*Eduardo Mas Colombo**, *Alicia E. Risueño***, *Iris M. Motta****

RESUMEN

El presente trabajo corresponde al marco teórico de la investigación que se lleva a cabo en la Universidad Argentina John F. Kennedy, siendo el objetivo de la misma conocer si existe relación entre información y conocimiento sobre HIV/SIDA y conductas de riesgo; y la relación entre ésta última y la autopercepción de conocimiento y de riesgo por parte de la población universitaria.

Los estudiantes universitarios de las Escuelas de Salud y Educación no son ajenos a la comunidad en la que están insertos; a ellos les compete la responsabilidad desde sus futuras prácticas profesionales ser preventores de enfermedades y promotores de salud. Por otro lado, es responsabilidad de los que tenemos a nuestro cargo la tutoría de dichos estudiantes, elaborar todas las acciones necesarias para que sus conocimientos y su formación cumpla con los principios de una educación integral y personalizada.

INTRODUCCIÓN

“A lo largo de la evolución, la especie humana ha enfrentado plagas endémicas diversas, así como catástrofes ambientales y sociales. Entre ellas se destacan la fiebre bubónica, la tuberculosis, la sífilis, la lepra, las guerras, la hambruna y el SIDA. Cada calamidad ha contenido un componente biológico que simboliza la muerte y un componente psico-social que construye y da significado a estos eventos de la vida”¹

En el presente trabajo abordaremos una de las problemáticas que ha preocupado y ocupado al mundo en las dos últimas décadas del siglo XX y sin tregua ya se ha instalado en el nuevo siglo: el SIDA. Si bien se han desarrollado acciones muy fructíferas en el campo de las investigaciones básicas, han aumentado los ensayos clínicos, los estudios epidemiológicos y las acciones preventivas, aún no se ha podido detener ni el contagio ni la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS/ONUSIDA), en su documento de diciembre de 2001, resume el estado actual de la epidemia: *“40 millones de habitantes en el mundo están viviendo con SIDA, 5 millones se contagian cada año y durante el 2001 habrían muerto 3 millones de humanos a causa de la pandemia, el 20 % de ellos son menores de 15 años”²*

Reforzando estos datos, la ONUSIDA declara que “ *si no se ponen en práctica las intervenciones, es del todo previsible que para final de la presente década se hayan producido no menos de 45 millones de nuevas infecciones.*”³. Desde que ha comenzado el flagelo, 60 millones de personas se han infectado.

Más allá de lo impactante de las cifras, lo significativo de estos datos es que la mayoría pertenece a sectores carenciados de países subdesarrollados. Precisamente, y a pesar de las iniciativas de grupos mixtos de trabajo (ONU/UNICEF/OMS), es en esas capas sociales en las que no hay posibilidad de implementar programas de prevención y de asistencia con alta magnitud de efecto beneficioso (Berer, M.,1999) Según cifras de UNICEF, “*el 50 % de los jóvenes del mundo, entre 15 y 24 años, no han escuchado hablar del SIDA*”.⁴

Desde el registro de los primeros casos en junio de 1981 y a pesar de dos décadas de investigaciones, el SIDA, por su acelerado crecimiento, ha dejado de ser una epidemia circunscripta en espacio y tiempo para convertirse en una verdadera pandemia. Ya no son determinados grupos de riesgo los que se encuentran expuestos al contagio y propagación del virus, sino que su particular modo de multiplicarse hizo que el mismo recorriera todo el mundo, por supuesto afectando a aquellas poblaciones de mayor vulnerabilidad biopsicosocial (niños, jóvenes, mujeres, pobladores de regiones más pobres, etc.)

“*En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de septiembre de 2000, 43 jefes de Estado y de Gobierno se refirieron al SIDA como uno de los problemas más urgentes a escala mundial*”.⁵ El nuevo impulso político tuvo culminación en junio de 2001, durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas cuando sus miembros aprobaron la “*Declaración de compromiso sobre VIH/SIDA*”.⁶

Los acuerdos obtenidos en la Sesión Especial de VIH/SIDA de las Naciones Unidas (25-27 de junio de 2001) representaron un hito en la lucha contra esta pandemia. Tanto los países industrializados como aquellos en vías de desarrollo, se han comprometido conjuntamente en una iniciativa de diez años para generar nuevas estrategias que integren los programas de prevención con los de atención, apoyo y tratamiento de todas las personas que viven con VIH/SIDA.

La evidencia científica apoya el criterio de que la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA se refuerzan mutuamente; aunando esfuerzos se podrá dar una respuesta eficaz desde un enfoque integral para combatir la epidemia. (UN, 2001; OMS/OPS, 2002)

Desde esta perspectiva, el Consejo (OMS/OPS, Junio 2002) instó a los Estados Miembros a priorizar la lucha contra la pandemia, tratando de vincular los modelos integrales de atención con estrategias de prevención primaria sólida y facilitar las respuestas interinstitucionales e intersectoriales a niveles nacionales y regionales (PAHO/WHO,2001).

Es así como en dicha reunión, los Estados Miembros se comprometían, entre otros puntos relevantes, a asegurar para el 2003 la reducción de la prevalencia del HIV en los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años y para el 2005 una amplia gama de programas de prevención, basados en el establecimiento y fortalecimiento de infraestructuras de recursos humanos, que incluyan actividades de información, educación y comunicación, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable. Siguiendo estos lineamientos, el lema de la XIV Conferencia Internacional de SIDA Barcelona 2002 fue "Conocimiento y compromiso para la acción"

También se refuerza esta convocatoria en el comunicado de Prensa de la OPS del 24/9/02 en el que se manifiesta la urgente necesidad de combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia y mejorar las metodologías de comunicación dirigidas a la prevención (OPS. 2002, 24 sep.)

Sin embargo, Donald Bundy, coordinador del programa "Educación y Sida" del Banco Mundial, afirma que "la Conferencia Internacional del SIDA no ha prestado suficiente importancia al sector de la educación, que está (*sólo*)⁷ representado en una única sesión paralela. En general, el SIDA se considera más como un problema de la sanidad pública, pero debería reconocerse que la educación puede utilizarse para prevenir la propagación del SIDA, puede llevar a una seguridad económica, un fortalecimiento de la capacidad de proporcionar estímulo a mujeres y niñas y al desarrollo. Por ahora, "la vacuna de la educación es la única vacuna que tenemos"⁸

Según el nuevo informe del Banco "Educación y VIH/sida: una ventana a la esperanza", los países necesitan urgentemente fortalecer sus sistemas educativos. Pero estos sistemas educativos abarcan, tanto la formación en los niveles inicial, primario, secundario y terciario, como la formación de personal de investigación básica y clínica, de especialistas en ciencias sociales, de personal de atención de la salud y de técnicos (ONU (2001, 25-27 Junio).

No nos son novedosas las conclusiones a las que arriban los Organismos Internacionales. Hace muchos años que la deficiencia informativa y formativa que sobre HIV/SIDA tienen nuestros estudiantes nos viene mostrando la urgente necesidad de implementar acciones concretas. Es así como desde 1994 hemos instrumentado actividades con diferentes modalidades (seminarios, jornadas, talleres, etc.) para abordar esta preocupante temática. Sin embargo, también notamos que las mismas requieren de una sistematización más ajustada, tanto por la velocidad con la que suceden los cambios en el status epidémico, como por la situación concreta de aquellos a los que van dirigidas las acciones que realizamos.

Consideramos que el ámbito universitario es un lugar de privilegio para aportar opciones en pro del mejoramiento de la tarea preventiva; como integrantes de una unidad académica nos sentimos comprometidos a participar del establecimiento y fortalecimiento de infraestructuras de recursos humanos y de servicios sanitarios y sociales (ONU, 2001, 25-27 Junio). La labor universitaria lleva de suyo tres funciones: la investigación, la docencia y el servicio a la comunidad (Herrera Figueroa, 1981).

En tanto investigadores nos planteamos siempre interrogantes. En el tema que nos ocupa, ellos son: **¿Cuál es el estado actual de información y conocimiento sobre HIV/SIDA que tienen los estudiantes universitarios? ¿Cómo se perciben en relación a la posibilidad de contraer el virus y/o enfermar? ¿Cómo se relaciona lo anterior con la percepción de conductas de riesgo y conductas de prevención en ellos y en los demás?**

Creemos importante resaltar que nadie puede luchar contra algo que desconoce, como tampoco puede promover prevención desde su acción profesional futura, si no puede prevenir para sí hoy.

Por eso, en consenso con los requerimientos de la Comunidad Internacional, en nuestro rol de tutores de los futuros recursos humanos y en el marco del modelo educativo de nuestra Universidad, es nuestra responsabilidad fijar las metas que permitan a los estudiantes de las Escuelas de Salud y Educación de la Universidad Argentina John F. Kennedy realizarse en la consumación de las acciones para el logro de los resultados necesarios que contribuyan a la construcción de la salud en el concierto de la comunidad científica, política y económica nacional e internacional.

Sin algunos datos fundamentales no se pueden planificar eficaz y eficientemente dichas metas. Si bien en el presente trabajo nos abocaremos a la presentación del marco teórico que fundamenta nuestra investigación, la misma tiene por objetivos:

1. Determinar la información pertinente al HIV/SIDA que tienen los estudiantes de las Escuelas de Salud y Educación de la UAJFK.
2. Obtener antecedentes acerca de las conductas de riesgo respecto de HIV/SIDA
3. Determinar la autopercepción de conductas de riesgo en dicha población
4. Estudiar las relaciones relevantes entre las variables consideradas.

A los efectos de:

1. Conocer si existe relación entre información, conocimiento y conductas de riesgo
2. Conocer si existe relación entre conductas de riesgo conocidas y autopercepción de riesgo, en la población universitaria de estudiantes de Escuelas de Salud y Educación de la UAJFK.
3. las actividades vinculadas a su logro se están llevando a cabo en este momento; los resultados serán objeto de próximas publicaciones.

Existen investigaciones sobre el tema que nos ocupa, en países de América de Sur, del Caribe y de EE.UU. (González,1995; Bayés, R., Pastells, S., Tuldra, A.,1995; Sugahara, M.1995; Dekin, B. J., et al. 1995; Moskal, P. et al.,1996; Micher Camarena, J.M., Silva Bustillos, J.,1997; Azcárate, M.,1999; González, J.M., Marín, J.C., Chala. D. et al.,2000; Castro, S., López Am, Góngora, B.,2000; Paez, D., Mayordomo, S, Igartúa, J.J. et al, 2001; Flores Galaz y Mendoza Mejía,2001; Zozaya, M., 2001) Dichos estudios marcan un elevado porcentaje de desconocimiento acerca de la temática HIV/SIDA en los alumnos universitarios, con un alto nivel de falta de autopercepción respecto de las conductas de riesgo y su consecuente aumento de las posibilidades de contagio.

En la República Argentina, de acuerdo a la Ley 23798, las acciones preventivas excluyen el nivel universitario. De los proyectos presentados en las cuatro convocatorias (1998-2001) realizadas por el Programa Nacional / LUSIDA y por los proyectos de investigación en el marco de la Universidad Nacional de Buenos Aires y de las ONG, se infiere la **escasa existencia** en nuestro país de programas preventivos e investigaciones en dicho ámbito.

En la Universidad Nacional de Tucumán, durante los años 1995, 96 y 97 se realizó una investigación que intentó evaluar la efectividad de las metodologías participativas en la prevención bajo el supuesto inicial de que este tipo de metodología pone al sujeto en protagonismo de su salud, considerando que el “mensaje desde afuera” como lo señalan (Baldres, Parajón, 1998), es inoperante para el sujeto.

DESARROLLO

Aproximaciones al marco teórico

Decíamos con anterioridad que en el presente trabajo nos ocuparíamos de una de las problemáticas que ha ocupado y preocupado al mundo en las dos últimas décadas del siglo XX. La gravedad de la situación ha puesto de relieve eso que el humano *sabe* pero que al mismo tiempo niega, que es su finitud.

Paradójica y omnipotentemente el hombre ha privilegiado en estos años su ser pensante, desvalorizando otros aspectos de sí mismo que son ineludibles para constituirse en humano, venerando ideologías y suponiendo que sólo con la razón y la técnica se puede controlar todo. **Informar y conocer** sobre el SIDA no basta, aunque estos son postulados básicos de cualquier acción preventiva, sobre todo si nos referimos a prevención primaria. Ésta se vale de la educación, pero no hay educación en tanto y en cuanto no hagamos de ella un *saber, nuestro saber*, en tanto no nos pertenezca, en tanto no se encarne en existencia temporalizada, en tanto no sea *autoeducación* (Herrera Figueroa, 1981). La razón no es suficiente si no consideramos el *para qué*, el sentido de nuestra existencia, el valor de elegir y no consideremos que el cuerpo no es eterno. No alcanza con percibir o pensar, debemos mirar, mirarnos y mirar al otro. La mirada como constitutiva de lo psíquico nos da sentido, posibilita un hombre con imaginación, con desarrollos valorativos. El mundo requiere de un hombre que mire y se mire. (Risueño, Mas Colombo 2001)

Transitaremos el fenómeno humano, tratando de abstraerlo sólo lo necesario, para poder explicar su dinámica, su siendo. Ya que él, en esa dinámica, se proyecta en su ir siendo, su ir siendo - con - otros. Las abstracciones, cuando se cristalizan como pura lógica, carentes de sentido, pierden su capacidad de comprensión del fenómeno. Es lo que trataremos de evitar.

Es por ello que iniciamos este camino escudriñando en el fenómeno humano desde ópticas integrativistas y totalizadoras. Si bien el análisis requerirá de profundizaciones en algunos hitos, no serán para priorizar unos sobre otros, ya que un solo aspecto del hombre que se manifieste anómalo, conllevará que el resto también sienta el

cimbronazo, ya que función, estructura y sistema son sólo modo, tono y forma de la unicidad humana.

Este fenómeno que nos ocupa se aloja en el marco educativo, ya que no le es ajeno; la temática educativa está en lo profundo de la socialización del hombre. Se constituye en pieza clave de toda organización societaria y uno de los pilares sostenedores de unidad comunitaria.

Es por ello que ponemos el énfasis en los procesos autoeducativos, con claros fines preventivos. Así como el niño debe aprender a amar su cuerpo, a cuidarlo y desarrollarlo, para luego como adolescente centrar su atención en su proyecto vivencial, en la búsqueda del sentido existencial; el joven y el adulto, quienes constituyen nuestra población a investigar, deberán enfatizar su conocimiento en búsqueda de ideales sociales, que no dejen de lado el cuerpo, ni olviden el sentido.

El hombre como siendo biopsicosocial, como actor de su existencia y responsable de sus elecciones, encuentra en la autoeducación su posibilidad. A pesar de que todos sabemos que t́anatos gana pues la finitud es nuestra última posibilidad y que en ella se plasma nuestro ser, el objetivo debería ser que la misma no acontezca en momentos precoces dejando trancos desarrollos vitales en nuestros niños y oscureciendo proyectos existenciales en nuestros jóvenes o simplemente facilitando racionalizaciones patológicas en el adulto.

El hombre no anda solo en su camino; lo social lo organiza y éste organiza lo social. Sus ideales se tornan metas, y su lenguaje habla por él. El hombre es su lenguaje, se muestra a los otros con él y desde él. El hombre se comunica a través del lenguaje (Mas Colombo, 1999a). Debemos revisar esas comunicaciones y reflexionar sobre ellas; las ambivalencias y contradicciones pueden constituirse en trampas mortales (Ferradas Campos, 1999; Petracci, 1998; Abella, 1998).

Los modelos cargados de concepciones dicotómicas han puesto el acento en lo descriptivo y en lo explicativo, en el *qué es y por qué*, nunca abordaron el *para qué*, exploración y arte propios de una psicoaxiología (Iglesias, 1999; Risueño, Mas Colombo, 2001). Un *para qué*, que pone su acento, además de en la explicación y descripción, en la **comprensión** del fenómeno.

Esto impone un cambio de paradigmas en la prevención que incorporen el trabajo interdisciplinario de modo tal que entren en escena las disciplinas que bucean en el comportamiento, para la identificación y diseño de nuevas estrategias que no excluyan lo ya realizado sino que lo integren en una mirada amplia de lo humano.

Del modelo biomédico a ópticas integrativistas

Los organismos nacionales e internacionales, tanto públicos como privados, realizaron sus acciones en campañas basadas en un modelo biomédico. En un primer momento su esfuerzo estuvo destinado a encontrar la causa de un síndrome que por esos tiempos les era desconocido. La prevalencia en determinados grupos de orientación sexual lo circunscribe a un espacio cerrado y distrae la atención respecto

de la magnitud del problema, por lo que permitió construir la falsa seguridad de “haberlo controlado”. Estaban en los primeros pasos y esto aún podía definirse como “síndrome”, es decir como un conjunto de signos y síntomas sin una etiología conocida.

El virus siguió su proceso y de ser un síndrome circunscripto a un grupo determinado, derivó en epidemia, lo que a su vez permitió que el modelo biomédico reforzara su vigencia.

Sin embargo estamos ante un problema acuciante, cuyas dimensiones y repercusiones exceden el ámbito biomédico y abarca la esfera iuspolítica y el plano socio-económico. Ya no podemos desconocer que el SIDA se ha convertido en la pandemia de las últimas décadas del siglo XX y parece haberse instalado como tal en el nuevo siglo. (Risueño, 1998a)

Los conocimientos biomédicos parecen ser insuficientes para controlar la expansión del virus. Si bien las investigaciones realizadas en el marco de este modelo son las que posibilitaron que se identificara el virus, se informara a la población y que las expectativas de vida se prolongaran en el tiempo, las mismas fueron y son insuficientes para controlar la expansión del *contagio*. Investigadores han observado que en algunos casos el conocer la existencia de drogas antirretrovirales que podrían cronificar la enfermedad y por lo tanto alejar el fantasma de la muerte, ha provocado un aumento en las conductas de riesgo (Ostrow, 1989; Soto Mas, Lacoste Papenfuss, y Gutiérrez León, 1997; CNN en español, 1999:11-9; Goode, 2001: 9-9).

Por lo tanto, debemos señalar que el *modelo es insuficiente y se impone encarar acciones que ponderen al humano en su integridad*. El estudio de la *conducta humana* puede abrir camino y contribuir a la comprensión de este fenómeno como lo ha hecho en otras oportunidades. Esta pandemia, a la que ya se le puede dar el título de *enfermedad*, no es la primera ni será seguramente la última por la que atravesará la humanidad y por la que la humanidad se verá atravesada. Es justamente esta *transversalidad* la que hace que se constituya en pandemia y por ende es responsabilidad de más de una disciplina hacerse cargo de la misma (Abella, 1998).

Ya se registran experiencias en las que se ha comprobado que la colaboración entre las comunidades afectadas por el SIDA, los servicios de salud y profesionales de las ciencias del comportamiento efectivizan los resultados en la prevención. (Kalichman, Somalí y Sikkema, 2001).

Estamos de acuerdo con autores que profesan la necesidad de ahondar en investigaciones que profundicen el análisis de las conductas humanas (Kelly, Murphy, Sikkena, y Kalichman, 1993; Aggleton, 1998) y especialmente en las *conductas de riesgo*. No por nada muchos autores llaman al SIDA la “*enfermedad comportamental*” (Gardner, Blackburn, Upadhyay, 1999; AIDSCAP, 1997). El mismo Jonathan Mann, quien fuera director del programa SIDA de la OMS hasta 1990, dijo “*El comportamiento humano es más complejo que cualquier virus*”⁹

Comportamiento del HIV

Si el lector lo permite, haremos un alto y describiremos este fenómeno. Nuestro objetivo no es ahondar en la fisiología del HIV, sino brevemente hacer referencia al mismo y a su forma de reproducción, para luego compararlo con la conducta humana.

Desde mediados de 1981 el Morbidity and Mortality Weekly Report, boletín epidemiológico semanal de los CDC de Atlanta, anunció de forma reiterada un incremento súbito y casi simultáneo en Nueva York y California, de la prevalencia, desde meses atrás, de dos enfermedades muy inusuales y propias de personas con sistemas inmunitarios defectuosos (lactantes) o severamente deprimidos (ancianos o pacientes sujetos a terapia inmunosupresora): *la neumonía por Pneumocystis carinii o pneumocistosis y el sarcoma de Kaposi (CDC, 1981)*.

Epidemiólogos y clínicos se veían también sorprendidos por la aparición de ambas enfermedades en un grupo social inesperado, el de los varones homosexuales previamente sanos, cuyo sistema inmunitario aparecía severamente deprimido según los análisis efectuados. La presencia en otros grupos sociales -varones no homosexuales y mujeres- de estas enfermedades, no impidió que el nuevo problema patológico continuara asociándose con creciente insistencia a la homosexualidad masculina.

Para explicar el origen del nuevo mal, algunos epidemiólogos postulaban un modelo causal multifactorial según el cual una enfermedad viral de transmisión sexual (posiblemente por citomegalovirus) junto con drogas recreativas como el "popper" provocaba una depresión de la inmunidad en varones genéticamente predispuestos.

Algunas de las explicaciones científicas que circulaban en aquel entonces relacionaban la enfermedad con una especie de "surmenage" inmunológico derivado de una vida sexual muy intensa; otros la consideraban el efecto de una supuesta "sobrecarga antigénica" del recto del receptor de esperma, con las consiguientes reacciones inmunológicas. Un tercer grupo insistía en la condición de inmunosupresor natural propia del esperma. Lo que sí estaba confirmado es que todos los enfermos presentaban un importante descenso de los linfocitos que siempre afectaba a una subpoblación específica (los linfocitos T4).

A comienzos de 1982 el número de casos superaba la cifra de 200 y el problema había rebasado las aparentes barreras impuestas por la geografía, la conducta sexual y el género. Fue entonces cuando sonaron las primeras voces apuntando que el desconocido agente causal podía ser un virus que se propagaba de acuerdo con un patrón epidemiológico similar al de la hepatitis B. La prueba definitiva confirmatoria de esta hipótesis llegó cuando, en el verano de 1982, se detectaron los primeros hemofílicos (CDC, 1982a) infectados a través de los productos sanguíneos filtrados que debían emplear en el tratamiento de su enfermedad.

Fue entonces cuando el nuevo fenómeno patológico comenzó a conocerse por la expresión *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), que el boletín epidemiológico de los CDC utilizó a partir de septiembre de 1982. Los CDC definían entonces por primera vez el AIDS (CDC, 1982b) (SIDA en la mayoría de las lenguas latinas).

La nueva enfermedad quedaba así conceptualizada como un "*síndrome*", es decir un cuadro clínico cuyas causas y mecanismos patogénicos no podían prejuzgarse. Se

abandonaba la hipótesis del "estilo de vida" y comenzaba a hablarse de "grupos de riesgo". Aunque los epidemiólogos no habían logrado aún detectar un agente transmisor para el SIDA, la adopción del modelo de la hepatitis B sirvió de base para la introducción de medidas de salud pública, tales como las llamadas a evitar contactos sexuales con personas sospechosas o enfermas de SIDA, así como sus donaciones de sangre o plasma, y a recomendar las autotransfusiones. A finales de 1982 la prensa de masas estadounidense se ocupaba de la nueva enfermedad, presentándola como una plaga selectiva que afectaba a los "otros". Se la llamaba la "enfermedad de las 4 H" (homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos). Algunos añadían una quinta: "hookers" (prostitutas). Más enfáticamente, en marzo de 1983 el boletín de los CDC (1983) calificaba estos grupos como "de alto riesgo", es decir, "grupos cuyos miembros corrían mayor riesgo de infectarse y de infectar a otros, transportando un microbio que es capaz de transmitirse mediante tráfico sexual y de donaciones de sangre".

Aunque este órgano subrayaba que en cada grupo había muchas personas que probablemente tenían poco riesgo de contraer el SIDA, lo cierto es que para el conjunto de la población, los medios de comunicación e incluso los científicos, la inclusión dentro de uno de los grupos de riesgo significaba, a falta de aislamiento del agente causal, la asignación del estatus de portador y, consecuentemente, de potencial contaminador. Además, la adopción para el SIDA del modelo epidemiológico de una enfermedad tan extremadamente contagiosa como la hepatitis B reforzó la idea de que el SIDA podía transmitirse incluso de modo casual. Finalmente, la creación del concepto de "grupos de alto riesgo" reforzó la idea de la relación existente entre la enfermedad y grupos sociales marginales.

Un segundo paradigma que redefinió el SIDA como una enfermedad específica fue sustituyendo de modo gradual al anterior a partir de marzo de 1983. Si la epidemiología había formulado el contexto social y la morfología del SIDA como síndrome, el protagonismo en esta redefinición correspondió a la investigación biológica básica. Virólogos, inmunólogos y cancerólogos caracterizaron entonces el SIDA como un conjunto de problemas biomédicos abierto a una resolución bioquímica en forma de fármacos y vacunas.

En mayo de 1983, el equipo de virólogos del Institut Pasteur de París, dirigido por el profesor Luc Montagnier, logró aislar un virus que desde entonces es considerado el agente causal del SIDA, el llamado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Un año más tarde (mayo de 1984) consiguió este mismo objetivo el equipo de cancerólogos del National Cancer Institute de Bethesda (Estados Unidos), dirigido por el profesor Robert Gallo.

Como expresivamente ha afirmado Grmek, se trataba de un germen "diabólico, maligno en todos los sentidos del término, que empieza alterando las defensas inmunitarias del organismo, luego desorganiza su policía interna, después perturba de rebote las relaciones sexuales y, finalmente, las relaciones sociales de una manera inédita, más sutil y más insidiosa que la lepra medieval, la sífilis del Renacimiento o la tuberculosis del comienzo de la civilización de las máquinas".¹⁰ Tras el aislamiento del retrovirus supuestamente causante del SIDA, en abril de 1984 se consideraba definitivamente probada la relación causa-efecto entre el germen y la enfermedad (Edic. Dolmen, 2001; Grmek, 1992).

¿Cómo es entonces la relación entre virus y enfermedad? El SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) que destruye a los linfocitos T, células capaces de responder ante infecciones con las que han combatido en ocasiones anteriores. Al destruir estas células, el HIV acaba con el sistema inmune. Una vez que ha entrado en el organismo se acopla a la superficie del linfocito T, vaciando su material genético (ARN) en la célula infectada. Por mecanismos enzimáticos, el ARN del virus se convierte en ADN y se fusiona con el material genético de los linfocitos. La célula comienza a producir ARN y partículas virales. La acción de la enzima proteasa permite que se formen nuevos virus. Estos abandonan la célula original para infectar a nuevas células y este proceso se repite hasta destruir por completo al sistema inmune (Labal 1998; Racca, 1998; Risueño, 2000).

Las características del virus, un lentovirus (Soriano, 1993:6) participan activamente en el interjuego tiempo-riesgo. Desde el momento en que se produce el contagio hasta la aparición de los primeros síntomas, media un período de entre 8 y 10 años (Who, 1993). Esto propicia que los infectados, no sólo desconozcan su situación sino que además se favorezca la transmisión del virus. Estos actúan como si no fueran portadores, en tanto que la realidad les mostrará luego que ya había comenzado un lento y oculto proceso de expansión viral. El no percibir sintomatología alguna posterga en el tiempo cronológico la toma de conciencia de riesgo; para cuando éste se anuncie, obligará al portador a una drástica toma de “*conciencia de enfermedad*”.¹¹ Este desfase entre contagio y presencia sintomatológica hace perder la *autopercepción del riesgo* y de propagación de la pandemia.

El humano entonces, repite el circuito del VIH (Brouard, 1987:6). El solo hecho de contagiar a otro humano, pone en peligro a más de uno, ya que ese nuevo contagiado puede a su vez contagiar a otros, adquiriendo la propagación viral progresión geométrica y no respetando sexo, edad, condición social, niveles educativos ni orientación sexual. Esta expansión es más eficaz en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en la que el contexto general coadyuva a la transmisión viral.

Esta vulnerabilidad adquiere matices diferenciales y, a modo sólo de introducción, podemos enunciar causas que recorren la realidad corpórea, la esfera emocional y el plano social. El virus encuentra en cuerpos desnutridos campo fértil para terminar de destruir el sistema inmunitario y dejar al hombre librado a su suerte. Los impulsos vitales, por otro lado, si bien fundan los principios de necesidad, sin mecanismos inhibitorios ni redes de contención pueden hallar en determinados ciclos evolutivos, prolíficos tiempos de expansión. Es así que, por ejemplo, en la adolescencia, etapa cargada de búsquedas constantes e inestabilidad emocional, las experiencias carecen de planificación y dan rienda suelta a conductas riesgosas (Krauskopf, 1995; OIT, 1995) o la fragilidad de la mujer en regiones de sometimiento social, que las convierte en más asequibles, ya que carecen de la posibilidad de elegir (Lee Rodríguez et al., 1999; (UNAIDS, 1998, Reid, 1996).

Una vez más ponemos el énfasis en que los datos que proporcionan los organismos gubernamentales, que hacen mención sólo de los casos denunciados, no revelan la realidad concreta, sólo se aproximan a una realidad supuesta. Todos aquellos que no

acceden a realizar una consulta médica por una razón u otra, quedan fuera del control de la salud pública. Una vez más se diluye la eficacia del modelo biomédico. Pensar en una proyección numérica es hipotetizar sobre una realidad que cuando ocurra puede ser muy distinta a lo que se supone. El comportamiento del VIH ha sorprendido a los investigadores más de una vez; sus diferentes mutaciones hacen que se convierta en un escurridizo visitante y por ende, que lo que pueda ocurrir en este tiempo sólo sean posibles presunciones.

Lo que sí es de suyo, es que al atacar el sistema inmunitario, y especialmente a los CD4+, da lugar a por lo menos 26 enfermedades (CDC,1999:48), incluso muchas de ellas -Sarcoma de Kaposi, linfoma de tipo no Hodgkiniano, pneumocistosis, infección por citomegalovirus, toxoplasmosis cerebral, candidiasis extensiva, meningitis criptocócica, infección por herpes simple, etc.- fueron las primeras manifestaciones del síndrome.

Información y Conocimiento

Actualmente, el instrumento más eficaz del cual dispondríamos disponer para disminuir el avance de la pandemia es la modificación de comportamientos de riesgo por actitudes de prevención.

Hasta los tiempos presentes la prevención ha comenzado y terminado en la información. Pero, ¿qué es información?. Entendemos por ***Información al conjunto de abstracciones sistematizadas y transmitidas por agentes que a distintos niveles representan los modelos societarios en un determinado momento histórico.***

A pesar de que con buenas intenciones ésta ha estado dirigida tanto a poblaciones vulnerables a la infección del HIV como a aquellas que podrían serlo sólo por creer que no lo son, la misma así dada no se adaptó a las particularidades de sus destinatarios (Cowal,1998). Tampoco se tuvo en cuenta que la información que se transmite puede tener sesgos justamente porque sintetiza la forma de pensar de aquellos de quienes parte y además depende del estado del arte en la materia. Así, puede haber aspectos que se omitan, otros que se distorsionen o que se sobrevaloren, tanto por parte del emisor como por parte del receptor de dicha información. Las características que así adquirió la emisión de la información en los primeros tiempos hicieron, como ya señalamos, que todos los esfuerzos se centraran en sostener el concepto de “grupo de riesgo”.

La gran cantidad de información, por sí sola, puede ser un elemento que ayude a la toma de distancia personal del problema. A veces, creerse informado interfiere en la decisión de tener conductas preventivas en tanto la información ofrece una falsa sensación de seguridad. Mucho ha influido en esto el modelo biomédico de prevención abordado en las primeras etapas de la epidemia, que si bien se ha presentado en distintas versiones según momento y lugar, ha tenido como rasgo común la información como instrumento principal. Esta, a su vez, debía cumplir con las siguientes condiciones para ser efectiva:

- ◆ suministrarse con claridad, en lenguaje científico y de manera magistral para evitar malas interpretaciones. Considera que si la gente está bien informada, tomará las medidas para prevenir el contagio. Esta postura se sustenta en modelos racionales sobre la toma de decisiones como el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría de la acción razonada, entre otras, que parten de ciertos supuestos acerca de la racionalidad del comportamiento humano (Aggleton, 1997; Soto Mas et al. 1997)
- ◆ ser impartida por los profesionales médicos ya que son ellos quienes están adecuadamente adiestrados para combatir enfermedades. Por otro lado, estos profesionales cuentan con el respeto de la comunidad y esto hará que sus consejos sean seguidos. En este modelo es al Estado a quien se considera como responsable principal de implementar estrategias de difusión, pues es a él a quien la sociedad le ha otorgado el rol de garantizar la salud pública (Schifter Sikora, 2001).

Muestra de la vigencia de este modelo en Argentina , son los párrafos del Boletín del Ministerio de Salud de Junio 2001 que a continuación transcribimos:

“La vigilancia epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido la base de los esfuerzos para monitorear la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y para orientar los programas de prevención y los recursos necesarios en los servicios asistenciales. Aunque el SIDA es el último estadio en la historia natural de la infección por VIH, monitorear su evolución permitía, hasta hace poco tiempo, conocer los cambios en la incidencia de la infección por VIH. Sin embargo, los recientes avances en el tratamiento de esta infección han retrasado la progresión de la enfermedad en las personas infectadas y han contribuido al descenso de la incidencia de enfermos de SIDA. Esto supone que los datos de la vigilancia epidemiológica de los casos de SIDA por sí solos no permiten conocer las tendencias en la incidencia de la infección por VIH o el impacto de la epidemia en los servicios de salud.

*En respuesta a estos cambios ONUSIDA y el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recomendaron que se incluyera **la vigilancia de la infección por VIH** como una extensión de las actividades de vigilancia del SIDA. De esta manera, se podrá monitorear la epidemia de VIH/SIDA con más precisión y disponer de información más apropiada para la prevención y la toma de decisiones”*

“En Diciembre de 1999, el CDC publicó una Guía para la Vigilancia del VIH/SIDA (CDC,1999:48) que incluía una definición de caso de la infección VIH para adultos y niños revisada, así como recomendaciones para su aplicación práctica y para asegurar la confidencialidad y confiabilidad de la información a nivel de los programas provinciales y nacionales. En este caso, la definición de caso para la vigilancia del VIH en adultos y niños no se trata de una descripción clínica, sino que el diagnóstico se basa en criterios de laboratorio. Las notificaciones de las personas infectadas por VIH y de los enfermos de SIDA deberán basarse en esta definición”.

Si bien la información es el punto de partida del proceso preventivo, debe ser considerada necesaria y pertinente por aquel que la recibe y para ello debe estar motivado para recibirla. También es cierto que la información para ser aprehendida debe ser significativa lógicamente, condición con la que se cumple desde el modelo biomédico. Pero esto, según los registros estadísticos (LUSIDA,2002) no ha bastado para detener el avance del contagio. Debemos preguntarnos entonces, qué es lo que media entre una información lógicamente emitida y la aparición o no de un comportamiento preventivo. Podríamos decir que debe ser también, potencialmente significativa desde lo psíquico.

Analicemos el proceso de aprehensión de la información. La información se registra sensorialmente. "Todo lo registrado sensorialmente adquiere significación acorde a nuestra experiencia previa. La sensación es sometida a elaboraciones psíquicas que se basan en el funcionamiento cortical y a través de las cuales se convertirán en percepciones..... Percibir es describir, es la aprehensión de la realidad de la experiencia, es la arquitectura de lo vivido. Por lo tanto, este proceso perceptivo adquiere tonalidades singulares y formas personales.... Desde este punto de vista la percepción no es una simple recepción de estímulos, sino que su capacidad de singularidad y selectividad, hace más filtrando información que recibiendo a través de los órganos de los sentidos. Su actividad, regulada por la motivación y por los acontecimientos del mundo, condiciona procesos psíquicos y cognitivos",¹² los que a su vez la condicionan.

Los procesos de discriminación, jerarquización y selección que dirigen las actividades perceptivas no son perceptibles en sí mismos (Piaget, 1975; Paín,1998); no sólo se realiza un recorte de la realidad sino que además no somos conscientes de los criterios según los cuales se realiza ese recorte. Es por eso que los meros estímulos perceptivos no pueden proveer la sistematización de la experiencia en su conjunto, de modo tal que, la cantidad y precisión de los argumentos informados por diversas vías, no permiten predecir el cambio actitudinal necesario (Kasparas, 1995; Cowel 1998) y lo cierto es "*que el VIH no se transmite por las cogniciones sino por los comportamientos*".¹³

"La realidad es en primera instancia realidad concreta, en tanto se basa en lo perceptivo",¹⁴ pero esta percepción nunca es algo neutro pues conlleva signos valorativos que la confirman o no (Herrera Figueroa, 1981), es decir que es una percepción dotada de sentido que da una particular forma de pensar la realidad y por lo tanto de actuar sobre ella (Risueño, 2002).

Podríamos decir entonces que la información, además de punto de partida de un proceso preventivo, es punto de partida de un proceso constructivo de AUTOEDUCACIÓN (Herrera Figueroa, 1981) el cual "...es una viviente autoiniciativa y quienes sostengan otra cosa ... tratarán de informar, de establecer comunicaciones, pero no lograrán la formación... que sólo consigue la automotivación y las libres elecciones de criterios, educidos por propias autodeterminaciones responsables".¹⁵ Hablar de Autoeducación, automotivación y libres elecciones de criterios es hablar de *conducta humana*. Esto implica, desde nuestra visión integral del hombre, hablar del sentido existencial y de la significación social de la conducta. Al referirnos al humano no podemos omitir lo valorativo.

“El valor en el comportamiento del hombre, se desentiende de aspectos explicativos causales, o de tónicas razonantes de lo técnico puro para centrar su atención en lo predictivo, en el proyectarse de la existencia. Sale de la esfera del mero impulso y se niega a circunscribirse en el círculo de las meras palabras. Su esfera, la espiritual, la de las opciones, discierne y elige en cada tramo y situación... En (esto) cree, otorga crédito sobre lo verificado... El crédito es una fuente de valores, de deberes... En el deber ser a secas, en el deber del impulso ciego, sólo caben movimientos explosivos, inclinaciones sin finalidades medidas... En el deber ser valioso, hay un regirse por metas. Sus puntos referenciales son puestos adelante, en un futuro que se anticipa en categorías espirituales dotadas de rango, jerarquizadas por las circunstancias que fijan los valores. Estos, los axios, no son actos, sino categorías de futuridades de actos que pueden alcanzarse, dignidades a concretarse como gracias transformadoras. No hay valores estáticos como virtudes entumecidas, sino valores que por atender a fines, siempre van prontos u obstinados a condicionarse amoldándose a las metas hacia las que se inventan y dirigen”¹⁶ en cada persona.

Los hechos perceptibles que la información describe cobran sentido en la conducta y se formalizan en el conocimiento. El *Conocimiento es la composición y síntesis de lo percibido y valorado que se organiza en un estilo personal de pensar y pensarnos.*

Como lo valorativo atiende a fines siempre cambiantes, aunque respetando la unicidad biopsicosocial del yo, el pensamiento se torna flexible y por tanto ajustado a cada situación vital. Si el conjunto de valoraciones convertidas en ideal se rigidiza, se convierte en ideología y el pensamiento se vicia de prejuicios y se ve impedido de mensurar el obrar en la existencia concreta (Herrera Figueroa, 1997)

El pensamiento requiere del lenguaje ya que pensamos en palabras. La existencia humana en tanto existencia con otros requiere del lenguaje. Ese lenguaje es el vehículo, la forma de manifestar nuestras percepciones y emociones, sentires y proyectos y por lo tanto nuestro medio de informar. Pero también sabemos que el lenguaje a veces esconde más de lo que muestra (Mas Colombo, 1999a). Es por ello que ponemos entre paréntesis la sola información como estrategia preventiva.

Autopercepción

El hombre, como ya destacamos en líneas anteriores, es una unidad biopsicosocial, que se desarrolla a partir de su interacción dinámica y constante con el mundo. En lo que se refiere a su comunicación con lo que lo rodea aprende, evoluciona y se desarrolla apoyándose en los estímulos que recibe, estableciendo por lo tanto un proceso (Mas Colombo, 1999) que le llevará, en definitiva, al conocimiento de sí mismo.

Pensamos en palabras, decíamos, pero no pensamos solamente acerca de lo que nos rodea, también lo hacemos respecto de nosotros mismos. El hombre es el único animal capaz de reflexionar sobre su propia existencia. Pero esa reflexión tampoco se hace de modo aislado del entorno en el cual se desenvuelve ni haciendo caso omiso de los

acontecimientos históricos que hacen a lo particular de su existencia ni al hecho insoslayable de la finitud de la misma.

En esta dinámica humana en la que interjuegan *cuerpo, psique y cognición* (Risueño,1999a, 2000a) "la estructura psíquica da sentido a cada uno de los procesos perceptivos y la organización cognitiva sistematiza la información recibida de una manera personal, de acuerdo a las experiencias vividas y a las situaciones sociales en las que se desarrolla. El mismo objeto no será percibido de igual forma por distintas personas, ni nadie percibirá el mismo objeto o se percibirá a sí mismo de la misma manera en distintos momentos vitales. Cada hombre como único e irrepetible y cada momento histórico vital de dicho hombre tendrá un registro particular que lo distinguirá del resto de la humanidad. Pero mantendrá una unidad y una continuidad en el tiempo que nos permitirá hablar de una *Conciencia de Sí Mismo*".¹⁷

Llamaremos *Autopercepción a ese darnos cuenta de nosotros mismos que la conciencia nos propone, permitiendo construir un modelo personal del mundo, (Ey, 1974)estimando y evaluándonos, considerando antecedentes y prospectivas y posibilitando una imagen de sí mismo.*

De este modo nos evaluamos como seres en espacio y tiempo conformando nuestra identidad en un largo proceso dialéctico al identificarnos con percepciones, valoraciones e ideales que nos permiten afirmar nuestra presencia y ser considerados por nuestros semejantes. En este proceso se atraviesan momentos de conflictos de identidades, experimentándonos en la búsqueda de valores que den sentido a nuestra existencia y que sólo culminan con la completud que da la madurez (Herrera Figueroa,1988) (pero sin connotación alguna de marcación cronológica). Finalmente se resume en cómo actuamos, valoramos y pensamos, y se nos manifiesta en la autopercepción.

Esto se ve reflejado en lo que señalan algunas investigaciones en países de Iberoamérica y EE.UU. Dichos estudios marcan que, a pesar de la enorme cantidad de campañas de difusión, hay un elevado porcentaje de desconocimiento acerca de la temática HIV/SIDA en los alumnos universitarios, con un alto nivel de falta de autopercepción respecto de las conductas de riesgo y su consecuente aumento de la posibilidad de contagio (Cunnigham, Rodríguez Sánchez, 1991; Andrade, Camacho, Díaz,1994; Rawls et al.1994; Bayés, Pastells, Tuldra, 1995; Smith et al.,1995; Cunnigham,1995; Dekin et al. 1995; Robles Espinoza,1997; Barrios,1999; Chapin, 1999; Osorio Belmon, Flores Galaz,1999; Castro, López , Góngora, 2000).

Es en esta conflictiva dinámica de la construcción de la conciencia de sí mismo que podemos hallar alguna luz que clarifique las asimetrías que en muchas poblaciones existe entre estar informado, saberse en riesgo y pensar en cómo prevenir el SIDA. En apartados posteriores retomaremos el tema.

Grupos de Riesgo vs. Conductas de Riesgo

“Ninguno de nosotros puede hoy en día encerrarse en frases «a mí no me va a pasar», sino que por el contrario «a mí, también puede llegar a pasarme». Quedarse en el “a mí no me va a pasar” es poner en funcionamiento el mecanismo de la renegación. En esta renegación queda implícita la discriminación y la segregación. Pero segregar es autosegregarse. (Mas Colombo, 1997) Esta negación (Solomon, y De Jong, 1986) de lo que me puede llegar a pasar pone al hombre en un estado de indefensión, que lo coloca en el ojo del huracán, desprotegido y convirtiéndolo en una presa fácil, en este caso del virus. Los grupos de riesgo, se amplían a partir de esta renegación. Todos podemos ser parte de grupos de riesgo, motivo por el cual preferimos referirnos a conductas de riesgo”.¹⁸

Cuando se habla de riesgo, se alude a toda aquella conducta o situación específica que real o potencialmente conduzca al deterioro actual o futuro de la salud biopsicosocial del humano (Donas, 1992; Jessor, R. 1991; Weinstein, 1992; Casullo, 1998; Irwin, 1990).

Tenemos así dos aspectos a considerar. Por un lado se encuentran las conductas específicas que conllevan riesgo de contagio del virus y por otro, todos aquellos factores que podrían aumentar o bien las posibilidades de que ellas ocurran o bien la vulnerabilidad al mismo.

Desarrollaremos brevemente algunas consideraciones acerca de las conductas de riesgo, aclarando que el orden en el que aparecen de modo alguno intenta darles una graduación debido a que ello es útil a los fines epidemiológico-estadísticos, pero en términos de la realidad de cada humano, una sola conducta de riesgo puede convertirse en el 100% de probabilidad de contagio, aunque ello no sea lo habitual (Bayes, 1995).

Una persona portadora asintomática, y así permanece durante el primer estadio de la infección (Risueño, 1998b), aún sin saber que está infectada no sólo puede transmitir el virus a otras personas sino que además no se distingue en nada de una persona no portadora. Por este motivo cualquier conducta que involucre contacto directo con sangre u otro fluido corporal (como semen y fluidos vaginales), sea por heridas, recepción de transfusiones, uso de material médico contaminado (como en el caso de los usuarios de drogas inyectables que comparten jeringas, o las actualmente tan comunes prácticas de bodypiercing, tatuajes, etc.), recepción de órganos, etc., de una persona de serología desconocida, se considera de riesgo. Otro de los mecanismos principales de contagio es la llamada infección vertical: cuando una mujer embarazada está infectada por el VIH, hay riesgo de que pueda transmitirlo a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia. (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000; Perez, 2002).

Es importante recalcar que si bien las primeras investigaciones versaban sobre la frecuencia de prácticas sexuales de riesgo y/o uso de drogas peligrosas o sobre profesionales de la salud que se identificaban como homo o bisexuales o usuarios de drogas (Aggleton, 1998), aún hoy hay cierta tendencia a poner el énfasis en la conducta sexual y el uso de drogas como las conductas que potencialmente conllevan riesgo, olvidando o haciendo olvidar que existen otras situaciones potencialmente peligrosas como por ejemplo, la del personal sanitario que puede verse expuesto a accidentes

laborales si no se siguen adecuadamente las normas de bioseguridad. En un estudio llevado a cabo en el Hospital Sant Joan (Lapolla, Socanell, Caramousouli, et al. ,1999). se registraron 203 accidentes cortopunzantes con material biológico entre 1995 y 1999, desconociéndose la serología para HIV en el 55% de los casos.

Además, como dijimos con anterioridad, estas conductas pueden estar acompañadas de **factores de riesgo** que pueden potencialmente aumentar la vulnerabilidad al virus. A diferencia de las **conductas de riesgo**, como desarrollaremos más adelante, estos factores son observables antes de que se produzca el hecho que predicen, de modo tal que su identificación es de suma importancia porque sobre ellos se puede actuar para disminuir la morbilidad y/o mortalidad. Estos factores de riesgo incluyen componentes bióticos, psíquicos y socio-cognitivos que se imbrican condicionándose mutuamente. Es así como la desnutrición (Risueño, 1999a, 2001) de claro origen social, quebranta la salud corporal, y ésta imposibilita la maduración cognitiva indispensable para el desarrollo integral (Risueño, 1998c, 1999b). Es esto, como veremos más adelante, imprescindible para la instauración de conductas preventivas.

Entre estos **factores** se cuentan:

- estímulos que alteran el sistema endócrino y con él el sistema inmunitario, como por ejemplo, el embarazo, la desnutrición, etc.
- presencia de otras enfermedades de transmisión sexual que producen lesiones en las mucosas (Departament de Sanitat i Seguretat Social , 2000).
- estímulos provenientes del marco sociocultural o de la historia personal que al ser productores de estrés influyen también en el inmunitario. La manifestación somática del debilitamiento del sistema defensivo, nunca se da sin previo sufrimiento mental y espiritual (Imbriano, 1993; Bayés, 1994; Méndes 1999; Risueño, 2000b; Mas Colombo 1999a., 1999b).
- La diferencia de sexo es también un factor que incrementa el riesgo ya que las mujeres son biológicamente más vulnerables debido a que al ser receptoras en el acto sexual presentan mayor superficie mucosa expuesta al virus; esto justifica en parte el incremento del contagio dentro de la población femenina, tal como lo muestran las estadísticas (Calderón, 1994; Bayés, 1995; LUSIDA, 2002).
- Etc.

Pero además se deben tener en cuenta otros factores, como el consumo de alcohol o drogas, que implican la tendencia a la acción impulsiva porque afectan el normal funcionamiento de los mecanismos inhibitorios del S.N.C. y que a su vez repercuten en el sistema inmunológico. Weinstein señala que existen ciertos circuitos de riesgo y que el que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen (Weinstein, 1992). Diversos autores consideran el consumo de alcohol como predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido (Silber, 1992).

Más allá de lo ya mencionado, existen comportamientos que si bien no aumentan directamente la vulnerabilidad al virus, sí aumentan las probabilidades de que las **conductas de riesgo** ocurran:

- la doctrina oficial católica rechaza el preservativo aunque no pocos teólogos morales y bioeticistas católicos han expresado su desacuerdo con la Iglesia (Simón, Bario, 1994, Cowal, 1998).
- creer en la existencia de grupos de riesgo: si se considera una enfermedad de homosexuales, los heterosexuales no se consideran vulnerables (Liguori, 1995).
- creer que la monogamia es segura: si bien es cierto que la multiplicidad de parejas aumenta la probabilidad de encontrar un compañero seropositivo, el ser monógamo no es absolutamente seguro. La monogamia es un concepto teórico que en la mayoría de los casos se traduce empíricamente en una monogamia serial, con lo cual de todos modos puede desconocerse el status serológico de la pareja. Además, no necesariamente debe considerarse la posibilidad de la infidelidad o el contagio de una pareja anterior declarada o no, también hay que tener en cuenta el posible contagio por una vía no sexual.
- utilización inadecuada del preservativo: si bien se reconoce casi sin discusión en el ámbito científico que el preservativo ofrece un elevado grado de eficacia en la protección, no es menos cierto que para que ello ocurra debe ser utilizado de modo adecuado. Los posibles defectos de fabricación, la rotura accidental, la utilización pasado el período de vencimiento, uso de sustancias lubricantes que pueden deteriorarlo (a base de aceites o grasas) (Bader, 1993).
- o la falta de adiestramiento en las habilidades y hábitos necesarios para la colocación y retirada (ver más adelante función ejecutiva) pueden llegar a hacerlo del todo ineficaz.
- etc.

Con todo lo cual, las posibilidades de contraer enfermedades que inhabiliten a la persona física, psíquica o socialmente aumentan de manera exponencial.

A esto se le suman componentes en el plano productivo, político y económico: las medidas instrumentadas por las políticas de Estado en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo refieren más a los síntomas que a las causas. Parece aún hoy, que no han comprendido la dinámica del virus, de los factores que participan y de la diversidad de circunstancias en las que se puede producir un contagio. Se proclama la no estigmatización, la no discriminación, la posibilidad de tener asegurado el acceso al tratamiento, pero en realidad no se atacan los principios fundantes de una organización societaria dominante que monopoliza los recursos humanos, políticos y económicos.

Desde el plano personal, pero en estrecha vinculación con lo comunitario y social, aún quedan dos características de las conductas de riesgo que contribuyen a la propagación del virus:

- a) las *conductas de riesgo* van seguidas de forma inmediata por una consecuencia placentera intrínseca y las consecuencias nocivas derivadas de las mismas sólo son probables (González et al. 2000) y aparecen a largo plazo e inclusive, en algunos casos, la persona ni siquiera percibe aún las consecuencias derivadas de conductas de riesgo realizadas con anterioridad y,
- b) no existen señales previas de advertencia respecto del peligro de la conducta a llevarse a cabo. De esta manera, la posibilidad de valorar negativamente dicha

conducta se relativiza como resultado de fallas en la función ejecutiva. Dicha función puede definirse como la que autodirige las acciones que ocurren durante una respuesta, modulándolas. De modo tal que, posponiendo el logro de una gratificación inmediata mejora el logro de gratificaciones mayores a largo plazo. El SIDA no aparece en cualquier época histórica. Del mismo modo en que cada persona se enferma como ha vivido, la humanidad sufre esta pandemia (coincidente con la globalización) en el momento histórico en que se prioriza la inmediatez (Imbriano, 1998) y la libertad con tintes individualistas pero sin considerar el futuro cuando es esta posibilidad de construir un proyecto existencial y para la vida lo que caracteriza al ser humano.

La conciencia de sí mismo, como ya expresamos, es una construcción que se basa a su vez en la construcción de la conciencia de espacialidad y de la conciencia de temporalidad. El humano no puede pensarse ni ser pensado ajeno al tiempo. Es en la conciencia de temporalidad (Mas Colombo 1999a) que anida la existencia y en ella la libertad. Toda conducta conlleva el permanente ejercicio de elegir, el mismo presupone elección responsable, no librada al puro "querer hacer". Es esta elección un interjuego entre el quiero, puedo y debo. Mas Colombo, 1999a, 2001). Historia, presente y proyecto son el hilo conductor de la totalidad existencial. La dinámica existencial supone una coherencia por la cual se puede elegir hoy, proyectándose al futuro a partir del pasado (Mas Colombo 1999a).

En las conductas de riesgo queda negada la posibilidad de la realización de un proyecto, de un futuro. La anticipación de las consecuencias de los actos aunque no sean perceptibles en el momento de llevarlos a cabo, depende de una *función ejecutiva* que monitoriza y autorregula el comportamiento a los efectos de que se adapte a la realidad espacio-temporal.

Esta realidad es una realidad compartida; cuando se eligen conductas preventivas, ellas implican el cuidado de sí mismo y del otro. Sin embargo, no se puede delegar en el otro lo que pertenece a la propia existencia, ya que las decisiones implican el hacerse cargo de las consecuencias (Mas Colombo 1999a).

La función ejecutiva requiere de un proceso de aprendizaje a través de los continuos y constantes haceres en el transcurso de la vida que posibilitan una existencia con sentido y significado, pues es esta una función compleja que involucra una serie de factores organizadores que si bien tienen rasgos comunes en todos los humanos, como decíamos con anterioridad, adoptan formas particulares en cada persona. Y esto es así en tanto dependen de las características conexiones neuronales producto de la función plástica que generan entramados de formas infinitas a partir de la propia historia. (Motta 2001:1; Risueño, Motta 2002: 3)

Esta función, desde un punto de vista neuropsicológico dinámico integrativista (Risueño, 2000a, 2002) se corresponde anatómicamente con los Lóbulos Prefrontales y todas sus proyecciones y retroproyecciones cortico-subcorticales (Imbriano, 1993) Estas regiones cerebrales son de maduración tardía y ésta depende de elementos como la plasticidad, la mielinización, el establecimiento de nuevas rutas sinápticas, la función de ciertos neurotransmisores, el entrenamiento académico, las destrezas automatizadas, la

demanda de tareas simultáneas y seriales, etc. Tanto la plasticidad como la mielinización y las nuevas rutas dependen de la particular relación que se establezca con el medio y es así como dos personas pueden valorar muy diferentemente la misma situación (Luria, 1966; Vygotsky, 1987).

Se podría decir, siguiendo a José Marina (1997), que esta función se refiere a la posibilidad de percibir, recordar y actuar inteligentemente. Pero teniendo en cuenta que nuestra civilización tiende a confundir inteligencia con razón, sobreestimando así el peso de la información en la toma de decisiones. La razón no puede aclararlo todo: sólo *conocer* algo no significa *saber* de ello. Actuar inteligentemente no depende solamente de estar más informados sino de poder hacer una síntesis adecuada entre los datos externos a nosotros y los internos, que se vinculan tanto con nuestra historia como con nuestras metas.

La iniciativa de la acción no tiene sólo que ver con los motivos, pues ellos refieren al “¿por qué?” sino más bien al sentido, que refiere al “¿Para qué?”. Por eso, cuando se habla de optar entre diversos caminos de acción no se hace referencia a una elección completamente indeterminada, pues ello implicaría la intervención del azar con lo que nunca podríamos planificar la consecución de metas. Más bien se habla de dirigir todos los procesos mentales hacia la mayor probabilidad de supervivencia y, lo que es más importante, a vivir mejor (Labaké, 2000). La inteligencia está al servicio del sentido existencial. Las dificultades se suscitan cuando la pérdida del sentido existencial lleva al hombre a pensar y actuar desvinculado de categorías de futuro.

Ponemos suma atención en la función ejecutiva ya que cuando aparece la falla en ella se observan clínicamente manifestaciones impulsivas, que se relacionan, como veremos a continuación, íntimamente con las conductas de riesgo.

Las características observables en las conductas impulsivas (Pineda, 2000) son:

- *falta de inhibición de la conducta frente a la excitación de un estímulo*: el inicio de la acción se relaciona siempre con una percepción que implica el reconocimiento configuracional del estímulo, sea éste externo o interno. Iniciar la acción será adaptativo o no según sean las metas que dan sentido a la globalidad del comportamiento en el tiempo.
- *dependencia ambiental*: la realidad que se nos presenta es siempre compleja pero, como hemos dicho con anterioridad, la percepción de sus aspectos constitutivos se limita a aquellos que cada uno es capaz de percibir. Así pueden priorizarse algunos aspectos y eliminarse otros. Si el inicio de la acción es directo y no media ningún proceso de análisis, relación, diferenciación, inferencia, selección, integración y síntesis de los aspectos percibidos con aspectos valorantes internos (lo que hemos definido con anterioridad como vivir inteligentemente), esa acción estará fuertemente ligada a los estímulos ambientales.
- *inercia comportamental*: hay falta de flexibilidad ligada a la dependencia ambiental. Si antes del hecho hubo condiciones de riesgo y aún no se observan sus consecuencias, las conductas de riesgo no se inhiben.

- *Alteración metacognitiva:* Flavell define la metacognición como “... cualquier actividad cognitiva que tiene por objeto regular cualquier aspecto de cualquier empresa cognitiva... Se cree que las destrezas metacognitivas desempeñan un papel importante en muchos tipos de actividad...incluidas la comunicación oral de información, la comprensión oral o lectora.... la percepción...la resolución de problemas, el conocimiento social... y el autocontrol”.¹⁹

Por lo tanto, las alteraciones en la metacognición se verán en la dificultad para reflexionar sobre los alcances de las propias conductas, lo que en definitiva tiene que ver con una *autopercepción de riesgo* deficitaria que difícilmente permitirá cambiar el rumbo de la acción.

Esto queda demostrado en la “Teoría de la Función de la Corteza Prefrontal” la cual afirma el papel fundamental que cumplen estas formaciones nerviosas en la estructuración temporal de la conducta. Todo lo antedicho podría resumirse en lo que Fuster (1989) concluye como las tres funciones cardinales que son anticipación, memoria provisional y supresión de influencias externas e internas.

El Lóbulo Prefrontal es el que analiza en el aquí, ahora y así la ubicuidad de la conducta teniendo en cuenta, como ya hemos dicho, sus conexiones cortico-subcorticales. Estas conexiones se establecen con otras áreas corticales y con el sistema límbico. Las áreas secundarias de corteza posterior brindan el almacenamiento de la información percibida sensorialmente.El sistema límbico carga pulsional y afectivamente esa información almacenada con relación a las experiencias vividas – (urdiembre afectiva) (Rof Carballo,1961). A partir de esto esta región anterior del cerebro es la que está íntimamente implicada en la organización de intenciones y planes y en la confección de programas y control de la conducta (Luria 1979).

CONCLUSIONES

Como venimos señalando “todo lo que acontece al hombre es sustentado por lo cerebral. La compleja funcionalidad cerebral, por sus múltiples conexiones, permite al humano hacerse cargo de su situación, hacerse cargo de su realidad, con el sentido que implica ese hacerse cargo. Hacerse cargo en tanto libertad fenomenalizada....”.²⁰ Pero esta libertad es imposible de concebir sin equilibrio entre los aspectos productivos, políticos y sociales, en tanto hombre-siendo-en-el-mundo, como tampoco se puede concebir sin equilibrio entre lo cerebral, lo psíquico y lo socio - cognitivo en cada singularidad humana (Mas Colombo,1999a).

Tanto las conductas de riesgo como las conductas preventivas, se apoyan en una realidad perceptible y concreta, cargada de facticidad, y en tanto conductas humanas encuentran en el siendo su posibilidad y su sentido, lo que le da expresión personal. Tanto una como la otra son la manifestación singular de una historia vital que se construye con otros y encuentran en lo comunitario y social su tono y forma (Risueño, Mas Colombo, 2001)

No podríamos decir entonces, que las conductas de riesgo son de determinados grupos, como tampoco que las preventivas son propiedad de otros. Así como la salud y la enfermedad no son absolutos, tampoco son absolutos los riesgos y las prevenciones.

Nada en sí mismo es riesgoso como nada en sí mismo es preventivo, nadie es ajeno al riesgo como nadie es ajeno a la prevención. Requieren que la comunidad toda y el hombre en particular estén atentos a su construcción (Mas Colombo, Risueño, 1997)²¹

Es por ello que en la próxima etapa elaboraremos instrumentos apropiados para investigar la información, el conocimiento y la autopercepción de riesgo que tienen los Estudiantes de las Escuelas de Salud y Educación de la U.A.J.F.K., ya que son ellos nuestros recursos humanos para la construcción de una salud biopsicosocial del hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abella, M. F.(1998) “Y hoy se llamó ... SIDA”. En Mas Colombo, E. et al. *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. Buenos Aires, Argentina: Enrique Santiago Rueda Editor. pp 77-92.
2. Aggleton, P. (1998) “Sexualidad, comportamiento sexual y cambio de comportamiento”. *Revista DESIDAMOS Año VI*_Número 1, 5-8. Buenos Aires, Argentina: FEIM
3. AIDSCAP. Aids control and prevention project ((1997) Making prevention work: Global lessons learned from the AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project 1991-1997. *Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International*,p.113.
4. Andrade, J. H., Boffi-Boggero, H. J., Masautis, A.E. et al. (1994) Conocimientos y opiniones sobre enfermedades de transmisión sexual y SIDA en varones de 18 años de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina: ANM
5. Andrade, P.; Camacho, M.; Díaz (1994) Patrones de Conducta sexual en universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 7_(1), 99-108.
6. Azcárate, M. (1999, 30 de septiembre) “El SIDA, problema que la UAP deberá enfrentar el próximo milenio”. *La Jornada de Oriente, publicación para Puebla y Tlaxcala*. México.
7. Bader, J. (1993) “L’efficacité réelle du preservatif”. *Science & Vie*, 911, 67-71
8. Baldres, N., Parajón, M.F. (1998) “Psicología Comunitaria en la prevención del SIDA”. En Colegio Oficial de Psicólogos de España. *II Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid, España
9. Barrios, L. (1999) *Creencias y conductas sexuales como factores de Riesgo de infección de VIH/SIDA en estudiantes universitarios venezolanos*. [CD-ROM] XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Caracas, Venezuela.
10. Bayés, R. (1994). “Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad” *Cuadernos de medicina psicosomática*, 30, 28-34
11. Bayés, R. (1995) *SIDA y Psicología*. Barcelona, España: Martínez Roca
12. Bayés, R., Pastells, S., Tuldra, A. (1995) Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* 33, 22-27
13. Berer, M. (1999) Reducción de la transmisión perinatal del VIH en los países en desarrollo. *Bulletin of the World Health organization* 1999, 77(11): 871-877.

14. Brouard, N. (1987) SIDA: Dureè d'incubation, taux de croissance, taux de reproduction ente. *Population*, 6, 797-818.
15. Bundy, D. (2002, 9 julio). "Educación y VIH". *Conferencia de Prensa dada en la XIV Conferencia Internacional de SIDA* Barcelona 2002. Comunicación por internet: <http://www.aids2002.com/newarticle.asp>
16. Calderón, P. (1994) "Situación actual de la Infección por VIH/SIDA en América Central y el Mundo". *Informe Especial, OPS/OMS*, Washington.
17. Cañellas, J., Pérez de la Paz, I., Noguera, F. et al (2000) Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por HIV en hombres homo y bisexuales en la comunidad de Madrid. *Rev Esp de Salud Pública* 2000;74(1) 25-32. Madrid, España.
18. Castro, S., López Am, Góngora, B.(2000) Conocimientos e impacto de tres medios de enseñanza en relación con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en estudiantes universitarios. *Rev. Biomed* 11(1) 7-16.
19. Casullo, Ma. M. (1998) *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós
20. CDC Division of HIV/AIDS Prevention. (1981) *Follow-Up on Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia*. Comunicación en Internet: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/mmwr/mmwr28aug81.pdf>
21. CDC Division of HIV/AIDS Prevention.(1982a). *Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* United States. Comunicación en Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.html>
22. CDC Division of HIV/AIDS Prevention.(1982b). Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) among Patients with Hemophilia A. Comunicación en Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001202.html>
23. CDC Division of HIV/AIDS Prevention. (1983) *Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations*. Comunicación en Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001257.html>
24. CDC. (1999) "Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, including monitoring for Human Immunodeficiency Virus infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome". *MMWR* 1 999; 48 (Nº RR-13).
25. Chapin, J. (1999) "Understanding College Students' Sex Risk Perception: A Health Communication Perspective". *ERIC ED437689*.
26. CNN en español, (1999,11 septiembre) El optimismo ante tratamientos contra el SIDA genera comportamientos de riesgo. Comunicación en Internet: <http://www.cnnspanol.com>
27. Cowal, S. (1998) Estrategias de prevención del Sida y papel de la Iglesia en la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA. *Revista DESIDAMOS*, año VI, 1, 13-17. Buenos Aires, Argentina: FEIM.
28. Cunningham, I., Rodríguez Sánchez (1991) Prácticas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH y medidas de prevención entre estudiantes de la Universidad de Puerto Rico en Cunningham, I., Ramos-Bellido y Ortíz-Colón, R. (eds). *El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos Multidisciplinarios* (pp 147-173). Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

29. Cunnigham, I. (1995) “*Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de estudiantes universitarios*”. Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico
30. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2000). *¿Cómo se contagia el SIDA?*. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya
31. Dekin, B. J., and others (1995) “Condom use in college: Students’s self-protection against HIV” *ASHE Annual Meeting of the Association for the Study of Higher Education*. ERIC ED391424.
32. Donas, S. (1992) *Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Adolescente*. OPS, Representación de Costa Rica. San José de Costa Rica, Costa Rica
33. Duranti, R., Maulen, S., Marone, R., Chamorro M. (2002, 18 Junio) *Estudio de Prácticas Sexuales y Conciencia de Riesgo de Infección de Vih-Sida en un grupo de varones gays y bisexuales* Resumen de un trabajo aún en curso para ser presentado en el encuentro organizado por la Dirección de Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires “Juntando Saberes” Comunicación en Internet: <http://www.nexo.org/notasalud03.htm>
34. Ediciones Dolmen S.L. (2001). “El fenómeno SIDA”. En *La Historia y sus Protagonistas* Comunicación en Internet: <http://www.artehistoria.com>
35. Ey, H. (1974) *La Conciencia*. Barcelona, España: Edit. Gredos
36. Ferradas Campos, J. (1999 septiembre) “Sociedad y SIDA”. En Mas Colombo, E. (Presidente) *VI Seminario Interuniversitario y III Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA “Ópticas Biopsicosociales de las ETS y SIDA ”*. Buenos Aires, Argentina.
37. Flores Galaz, M., Mendoza Mejía, R (2001) El SIDA: su percepción de riesgo de contagio en estudiantes universitarios. *Rev. Educación y Ciencia, 23*, Enero-junio 2001.
38. Fuster, J.M. (1989) *The Prefrontal Cortex – Anatomy, Fisiology and Neuropsychology of the frontal Lobe*. Second Edition. Nueva York, EUA: Raven Press.
39. Gardner, R., Blackburn, R., Upadhyay, U. (1999) “El comportamiento sexual y los condones”. *Populations Reports of Center for Communications Programs. John Hopkins University School of Public Health*. Volumen XXVII, Número 1. Baltimore, EE.UU
40. González, J.M. (1995) Diferencias genéricas en el comportamiento sexual de estudiantes universitarios solteros de Barranquilla. *Revista Latinoamericana de Sexología, 10, 2*, 1612-176.
41. González, J.M., Marín, J.C., Chala. D. et al. (2000). *Juventud y SIDA: una experiencia universitaria*. Barranquilla, Colombia: Ed. Antillas
42. Goode, E. (2001, 9 de Septiembre) Dicen que, ya sin miedo a la muerte, muchos gays no se cuidan del Sida. *Diario Clarín*, p 51. Buenos Aires, Argentina.
43. Grmek, M. (1992) *Historia del SIDA*. - 2a ed. Cdad. De México, México: Siglo XXI .
44. Herrera Figueroa, M. (1981). *Universidad y Educación Triversitaria*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Plus Ultra
45. Herrera Figueroa, M. (1988) *Principios de Política*. Buenos Aires, Argentina: Leuka
46. Herrera Figueroa, M. (1997). *Filosofía de los valores*. Buenos Aires, Argentina: Leuka
47. Iglesias, J.C. (1999) “Prólogo” en Mas Colombo, E. y col. *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina. Erre Eme edit. 20

48. Imbriano, A. (1993) *Neurobiología Cerebral. Neurociencias I*. Buenos Aires, Argentina: Leuka. 219-246, 262-297, 306-318
49. Imbriano, Amelia (1998) “Efectos de la post-modernidad en la Sexualidad y SIDA”. En Mas Colombo, E. (Presidente) *V seminario Interuniversitario y II Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA*. Universidad Kennedy. Buenos Aires, Argentina
50. Irwin, C.E. (1990) “The theoretical concept of at-risk adolescents”. *Adolescents Medicine: State of the Art Reviews*, 1, 1-14.
51. Jano on line: Grave situación financiera del Fondo Mundial contra el SIDA . 11/10/02
Comunicación por internet en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla>
52. Jessor, R. (1991) Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescence Health*. Nueva York, EUA.
53. Joint United Nations Programme On Hiv/Aids (UNAIDS). (1998 Global HIV/AIDS and STD surveillance. Geneva, UNAIDS. (June 1998) 75 p.
54. Kalichman, S., Somali, A. y Sikkema, K. (2001), “Community involvement in HIV/AIDS prevention”. En E. Schneiderman et. al (Eds) *Integrating behavioral and social sciences with public health* Washington SC: American Psychological Association. pp159-176.
55. Kasparas, G. (1995). “Barreras para el cambio de la conducta sexual”. *A ciencia Cierta*, II, 1, FUNCEI
56. Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkena, K.J. y Kalichman, S.C. (1993) “Psychological intervention to prevent HIV infection are urgently hended: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS”. *American Psychologist*, 42 (10), 1023-1034.
57. Krauskopf, D. (1995) “Conductas de riesgo en la fase juvenil”. En *Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente*. Cartagena de Indias, Colombia.
58. Labaké, J. (2000) *Método para aprender a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Santillana
59. Labal, E. (1998) Enfermedades de Transmisión Sexual. En Mas Colombo, E. et.al *Enfermedades de Transmisión sexual y SIDA* Buenos Aires, Argentina: Edit. Enrique Santiago Rueda Bs.As. pp. 27-48.
60. Lapolla, S., Socanell, C., Caramousouli, J. et al. (1999). *Relevamiento de accidentes laborales (AL) con material biológico en el Hospital Santojanni*. Hospital Santojani. Bs.As. Argentina .
61. Lee Rodríguez, S., y otros (1999). “El VIH/SIDA y la mujer heterosexual: retos de una intervención preventiva”. [CD-ROM] En XXVII *Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas, Venezuela.
62. Liguori, A.L., (1995) Las investigaciones sobre bisexualidad en México en *Debate Feminista, Año 6, Vol. 11*. abril. México
63. Luria, A. R. (1966). *Human brain and psychological processes*. New York, EUA: Harper & Row
64. Luria, A. R. (1979) *El cerebro en acción*. Barcelona, España: Fontella.
65. LUSIDA/ Ministerio de Salud de la Nación (2002) *Boletín sobre el SIDA en la Argentina* Buenos Aires, Republica Argentina. Agosto.

66. Mas Colombo, E (1997),“ Palabras de apertura” En Mas Colombo, E. (Presidente) *IV Seminario Interuniversitario y I Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA* .Buenos Aires, Argentina. (27 septiembre)
67. Mas Colombo, E. Risueño A. (1997) Neuropsicología y salud *Rev Universidad Kennedy* 5 (2) 2/97 7-12 Universidad Argentina J F. Kennedy
68. Mas Colombo, E. y col. (1999a). *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme edit. 21-25
69. Mas Colombo, E. (1999b). Definición, causa y efecto de PTSD. Debriefing. En Pablo Baltazar García (Presidente). *1º Congreso Mundial de la Sanidad Policial*. Buenos Aires, Argentina. Abril
70. Mas Colombo, E. (2001). Conciencia de libertad. *Rev de AACIP* 2 (1) 6-8. Buenos Aires, Argentina.
71. Marina, J.A. (1997) *El misterio de la voluntad perdida*. Barcelona, España: Ed. Anagrama
72. Mendes, C. (1999) “La enfermedad desde la conciencia” NX 70 - Comunicación en Internet: <http://www.nexo.org/politicas11.htm> (septiembre).
73. Micher Camarena, J.M., Silva Bustillos, J. (1997). Nivel de conocimiento de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS). *Revista SIDA-ETS* 3, Nro.3, 68-73
74. Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA / Ministerio de Educación (1998) *Cuadernillos de Dinámicas Participativas y Marco conceptual para docentes*. Buenos Aires, Argentina.
75. Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (2001) *Boletín Epidemiológico Publicación Oficial*. Buenos Aires, Argentina.
76. Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (2000) *Boletín Epidemiológico Publicación Oficial*. Buenos Aires, Argentina.
77. Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nac. Proyecto LUSIDA (1999) *Boletín Epidemiológico Public. Oficial*. Buenos Aires, Argentina.
78. Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA (1998) *Boletín Epidemiológico Publicación Oficial*. Buenos Aires, Argentina.
79. Moskal, P., and others (1996) “Scaling Health Risk Behaviors of College Students”. *ERIC ED* 396001.
80. Motta, I. (2001) De cuando la tecnología nos dice que el cerebro se le parece en *Revista AACIP*, l. (1) 9
81. Organización Internacional del Trabajo (1995). Factores condicionantes de la Conducta Juvenil. *Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente*. Cartagena de Indias, Colombia
82. OMS/OPS. Resolución CE 130 R6. 130º *Sesión del Comité Ejecutivo*. Washington, D.C., EUA 24 Junio 2002
83. OMS/OPS (2002) “26º Conferencia Sanitaria Panamericana”. *54º sesión del Comité Regional*. Washington, D.C. EUA 23-27 Sep. 2002

84. ONU (2001, 25-27 Junio) *Proyecto de Declaración de Compromiso de VIH/SIDA "Crisis mundial, Acción mundial"*. Comunicado por Internet en: <http://www.aids.gov.br/coopex/declarationcommitment.pdf>
85. OPS.(2002, 24 sep.) *Comunicado de prensa* Washigton D.C ,EUA. Comunicación por Internet en <http://www.paho.org/Spanish/DPI/ps020924b.htm>
86. Osorio Belmon, P., Flores Galaz, M. (1999)" Patrones de Conducta Sexual y Valores Universitarios" [CD-ROM] *XXVII Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas, Venezuela
87. Ostrow, D.G. (1989) AIDS prevention through effective education. *J Am Atad_Arts Sciences. Summer 118* (3):229-254.
88. Paez, D., Mayordomo, S, Igartúa, J.J. y otros (mayo 2001) Afectividad, cognición y persuasión: un contraste experimental de las variables mediadoras en la prevención ante el VIH/SIDA. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, Nro.7.
89. Paín, S. (1998) *Estructuras inconcientes del pensamiento. La función de la ignorancia I*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión
90. PAHO/WHO (2001), *43rd Directing Council/53rd Session of the Regional Committee*, CD43/6
91. Pérez, C. (2002) "Estrategias de prevención del HIV/SIDA". *Revista Quark, Ciencia, medicina, Comunicación y Cultura*, 24, abril/julio 2002
92. Petracci, M. (1998) "*SIDA: medios de comunicación y Campañas* " Informe final del proyecto del mismo nombre. Buenos Aires, Argentina: UBACYT
93. Perloff, R.M. (1993) *The dynamics of persuasion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
94. Piaget, J. (1975) *Les mécanismes perceptifs*. París, Francia: PUF
95. Pineda, D. (2000) La Función Ejecutiva y sus Trastornos. *Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología* Comunicación en Internet: <http://neurologia.rediris.es/congreso/index.html>
96. Poder Legislativo de la Nación, (1990). Ley Nacional de SIDA n° 23.798. Buenos Aires, Argentina Boletín Oficial
97. Publicación oficial Ministerio de Salud de la Nación / Programa Nacional Proyecto LUSIDA. Fondo de Asistencia a proyectos de OCS's - LUSIDA. *Listado de Proyectos de prevención de VIH/SIDA financiados 1° convocatoria 1998, 2° convocatoria 1999, 3° convocatoria 2000 y 4° convocatoria 2001*. Buenos Aires, Argentina.
98. Racca, J. (1998) "Inmunodeficiencia humana". En Mas Colombo, E. (Presidente) *V seminario Interuniversitario y II Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA*. Universidad Kennedy. Buenos Aires, Argentina.
99. Rawls, A. and others (1994) Self-Reported Sexual Behavior in College Students. ERIC ED371289.
100. Reid, E. (1996) HIV and development: Learning from others. In: Sherr, L., Hankins, C., and Benett, L. *AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*. Taylor and Francis. p. 235-253.
101. Risueño, A. (1998a) "Visión integral del hombre en un mundo con SIDA". En Mas Colombo, E. (Presidente) *V seminario Interuniversitario y II Jornada Interdisciplinaria de ETS y SIDA*. Universidad Kennedy. Buenos Aires, Argentina. 29 Septiembre.

102. Risueño, A. (1998b) "Aspectos neuropsicológicos del SIDA" en Mas Colombo, E. et al. *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. Buenos Aires, Argentina: Santiago Rueda editor. pp 103-111.
103. Risueño, A. (1998c) "Violencia encubierta desde los procesos iatrogénicos biopsicoaxiosociales" en Mabel Yavarone (Presidente) *Jornada sobre el miedo y la violencia en el hogar, escuela y sociedad*. Córdoba, Argentina 1-3 Octubre.
104. Risueño, A. (1999a). "Visión integral de hombre desde una neuropsicología dinámica integral". *Rev. Universidad Kennedy* 5 (2) 2/99 13-28 Universidad Argentina J.F. Kennedy.
105. Risueño, A. (1999b). Factores biopsicosociales del fracaso escolar y la exclusión social. *Rev. Universidad Kennedy* 5 (2) 2/99 29-40 Universidad Argentina J. F. Kennedy.
106. Risueño, A. (2000a) *Neuropsicología. Cerebro, Psiquismo y Cognición*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme S.A. editora.
107. Risueño, A. (2000b). Estrés y rendimiento laboral. En Claudia Maroncelli (Presidente) *I Jornada Internacional sobre Actividad Física y Rendimiento Laboral*. Buenos Aires, Argentina. 29 Mayo.
108. Risueño, A. (2001). "Trastornos cognitivos y desnutrición" en Labal E. (Director) *Curso Anual de Postgrado Trastornos de la Alimentación*. Universidad Argentina J.F. Kennedy
109. Risueño A.- Mas Colombo E. (2001) Una Biopsicoaxiología para la construcción de la salud biopsicosocial del humano. En Susan Pick (Presidente) *Congreso XXVIII Interamericano de Psicología* Santiago de Chile Chile 29 de julio al 1 de agosto.
110. Risueño A. (2002) Aportes para una Neuropsicología del Siglo XXI . Cerebro-Psique y cognición. En *Interpsiquis 2002 III Congreso Virtual de psiquiatría* Comunicación por Internet: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/4746>
111. Risueño, A.; Motta, I. (2002) Neuropsicología del desarrollo e informática. De la Teoría a la Clínica en *Revista de AACIP*, 3 (1) 7
112. Robles Espinoza, I. (1997) Estrategias para fortalecer la conducta contra el SIDA en Estudiantes Universitarios. *Gaceta biomédica*. Ciudad de México.
113. Rof Carballo, J. (1961) *Urdiembre afectiva y enfermedad*. Barcelona, España: Ed. Labor.
114. Schifter Sikora, J. (2001) "Salud y Sexualidad carcelaria" *Revista Interamericana de Psicología* 35-2 pp 133- 154.
115. Silber, T. (1992) "Prevención y Promoción de la Salud Adolescente". En Silber, T.; Munist, M.; Maddaleno, M.; Suarez, E. N. Editores. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Serie PALTEX No. 20. Washington DC, EUA. : Organización Panamericana de la Salud .
116. Simón, H., Barrio, I. (1994) "Bioética, información e infección por el VIH". *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1, 5, 299-309
117. Smith, Ch.; And Others (1995) *Assessing College Students' Attitudes, Knowledge and Behavior Towards HIV/AIDS*. ERIC ED388662.
118. Solomon, M.Z. y DeJong (1986) Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implication for AIDS health education. *Health Education Quarterly*, 13. 301-316
119. Soriano et al. (1993) Retrovirus: pruebas diagnósticas y su interpretación. Generalidades e infección por el VIH. *Medicina Clínica* 6, 219-226

120. Soto Mas, F., Lacoste Marín, J., Papenfuss, R.L. y Gutiérrez León, A. (1997) El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp de Salud Pública* 1997;71 (4) 335-341 Madrid, España.
121. Sugahara, M. (1995) *Sexual Behavior of College Students in the Ages of AIDS: Strategies for Preventive Education* ERIC ED 393813.
122. UN (2001), *Global Crisis - Global Action. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. An Special Section on HIV/AIDS* (25-27 June). Comunicación por Internet en: <http://www.aids.gov.br/coopex/declaration%20commitment.pdf>
123. The United Nations (UNAIDS) (2002) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Comunicación por internet en: <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>.
124. Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamiento y lenguaje*. (María Margarita Rotger, Trad.) . Buenos Aires, Argentina: La Pléyade. (del original en ruso publicado en 1934).
125. Weinstein, J. (1992) *Riesgo Psicosocial en Jóvenes*. Santiago de Chile, Chile: PREALC.
126. WHO (1993). *The HIV/AIDS Pandemic: 1993 overview*. Ginebra: Autor
127. Zozaya, M. (2001) "En SIDA, la información debe preceder a las conductas de riesgo" (entrevista al Dr. Rolando Díaz Loving). *Rev Letra S* 3-Mayo 2001. México Comunicación en Internet: <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010503/ls-sexualidad.htm>

* Dr. en Psicología (U.K.) Universidad Arg. John F. Kennedy .Dep. de Biopsicología .
mascolombo@kennedy.edu.ar

** Dra. en Psicología Kennedy Lic en Psicología (UBA). Prof. y Lic. en Psicopedagogía (UK).
Universidad Arg. John F. Kennedy. Dep. de Biopsicología. arisueno@kennedy.edu.ar

*** Prof. y Lic. en Psicopedagogía (UK). Universidad Arg. John F. Kennedy Dep. de Biopsicología
imotta@fibertel.com.ar

¹ Díaz Loving, R. (2001) Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología* 35, (2), 26

² UNAIDS, 2001, AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS and WHO. Comunicación por internet en: http://www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/

³ Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? (2002, 6 de julio). *The Lancet* Comunicación por internet en: <http://thelancet.com/journal/vol360/iss9326/content>

⁴ UNAIDS, 2001, AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS and WHO. Comunicación por internet en: http://www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/

⁵ The United Nations (UNAIDS) "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002"pág. 12 comunicación por internet <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>.

⁶ The United Nations (UNAIDS) "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002" pág. 13 comunicación por internet <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/report.html>.

⁷ La bastardilla es nuestra

⁸ Bundy, D. (2002, 9 julio). Educación y VIH .Conferencia de Prensa dada en la XIV Conferencia Internacional de SIDA Barcelona 2002. Comunicación por Internet
:<http://www.aids2002.com/newarticle.asp>

⁹ Citado en Bayés, R. (1995) *SIDA y Psicología*. Barcelona, España: Martínez Roca. p115

¹⁰ Citado en <http://www.artehistoria.com/historia/contextos/3667.htm>

¹¹ Mas Colombo, E. y otros (1999a) *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme Editor, p 66

¹² Mas Colombo, E. y otros (1999a) *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme Editor, p. 28

¹³ Bayés, R. (1995) *SIDA y Psicología*. Barcelona, España: Martínez Roca, p74

¹⁴ Mas Colombo, E. y otros (1999a) *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: ERRE EME Editor, p 30

¹⁵ Herrera Figueroa, M. (1981) *Universidad y Educación Triversitaria*. Buenos Aires, Argentina: Edit. Plus Ultra p 91

¹⁶ Herrera Figueroa, M. (1988). *Principios de Política*. Buenos Aires Argentina: Leuka, p 115

¹⁷ Mas Colombo, E. y otros (1999a) *Clínica Psicofisiopatológica*. Buenos Aires, Argentina: Erre Eme Editor p 28

¹⁸ Mas Colombo, E. (1998) *Ópticas preventivas en las ETS y SIDA* en Mas Colombo, E. et al. (1998) *Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA*. Buenos Aires, Argentina: Santiago Rueda Edit. p 13

¹⁹ Flavell, J. (1993). *El desarrollo cognitivo*. Madrid, España: Ed. Visor p 157

²⁰ Risueño, A. (1999a). *Visión Integral del Hombre desde una Neuropsicología Dinámica Integral*. *Rev Universidad Kennedy* 5 (2) 2/99 18-19 Universidad Argentina J. F. Kennedy.