

ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Margarita Barrón de Carbonetti¹, Sabina M Zurlo de Mirotti², Mario E. Carbonetti³, María E. Lesa⁴, Patricia Mercado¹, Arturo Alvarez Maldonado¹.

RESUMEN

Nos planteamos la necesidad de realizar acciones de prevención primaria de las ETS dirigidas a adolescentes para lo cual se evaluaron los conocimientos y actitudes de 205 jóvenes frente a estas patologías y a partir del diagnóstico de situación resultante se elaboró una propuesta educativa basada en grupos de autoreflexión insertos en una pirámide de delegación que implica la formación de "Jóvenes Promotores de Salud". Surge también la necesidad de un trabajo conjunto Familia - Escuela para re-pensar y revisar juntos contenidos y valores que favorezcan un abordaje coherente, creativo y holístico de la sexualidad humana.

INTRODUCCION

En tres oportunidades las enfermedades de transmisión sexual impactan sobre los chicos: (1) durante el embarazo o el nacimiento; (2) durante la etapa pre-puberal por abuso sexual; (3) durante la adolescencia a partir del momento en que inicia sus relaciones sexuales, especialmente teniendo en cuenta que en los últimos 20 años la actividad sexual entre los adolescentes ha aumentado considerablemente.

En EE.UU., para 1990, a la edad de 19 años los adolescentes en un porcentaje de alrededor del 70% ya habían tenido su primera relación sexual (12,19). Hemos podido corroborar cifras semejantes entre estudiantes universitarios de

nuestro medio en 1992. (s/pub). Este marcado cambio en la conducta sexual ha derivado en embarazos no deseados y en la incidencia de E.T.S. (enfermedades de transmisión sexual) que actualmente son las enfermedades infecciosas más comunes de la juventud (5 -14). Según la mayoría de las publicaciones, las E.T.S. ocurren antes de los 25 años y después de la época de iniciación de las relaciones sexuales (14). Luego de esta edad declinan. La prevalencia de la E.T.S. en varones y mujeres adolescentes ha alcanzado niveles epidémicos en las últimas décadas. La gonorrea, la sífilis, las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginales*, *Papiloma virus humano*, aumentan en forma llamativa si las relaciones sexuales son promiscuas (15, 18). Es imperativo por ello, que los médicos que se ocupan de los adolescentes conozcan, identifiquen e intervengan en estos grupos de riesgo por el aumento de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (H.I.V.) en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (1, 2, 8, 9, 17).

Se afirma que los casos de SIDA entre adolescentes no son significativos. El problema reside en que el número mayor de casos de SIDA se informa a partir de los 20 años. El prolongado intervalo que media entre la infección por H.I.V. y aparición del SIDA sugiere que muchos jóvenes con esta enfermedad indudablemente lo adquirieron durante su adolescencia y en consecuencia en riesgo real de infección por H.I.V. en los adolescentes puede

Trabajo colaborativo de:

² Area de Salud Escolar de la Esc. Sup. de Comercio Manuel Belgrano. UNC³ Cátedra de Biología del Crecimiento y Desarrollo. Escuela de C. de la Educación. Fac. de Filosofía y Humanidades. UNC. CÍFFYH - Area Educación. UNC.

⁴ Centro Universitario de atención del Adolescente. Fac. de C. Médicas. UNC.

ser mayor que el que se presume. (17). Los factores de riesgo que llevan a padecer E.T.S. son varios pero los más notables o fácilmente detectables están también referidos a cambios en la conducta: abuso de alcohol, tabaco, marihuana, crack, etc, que a menudo suelen estar ligados a actividad sexual precoz. Factores biológicos, psicosociales y ambientales inciden sobre los cambios de conducta, facilitando y estimulando la actividad sexual precoz tanto en el varón como en la mujer a una edad que en sí misma involucra un riesgo.

La ectopía fisiológica, epitelio columnar endocervical expuesto, es común en la adolescencia, lo que facilita la infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. La metaplasia escamosa, en la unión escamosa columnar expuesta, es más activa en la adolescencia y es especialmente vulnerable a la infección por Papiloma virus humano (7, 10). Aún no hay estudios claros y concisos que permitan señalar como **factores de riesgo asociado** a las características étnicas o grupos socio-económicos de pertenencia de los adolescentes. La prevención primaria para control de la E.T.S. es una tarea de educación de la gente joven para posponer el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas y eventualmente aconsejar el uso de preservativos. La prevención secundaria se realiza a través de la detección precoz que depende del "Screening" de los jóvenes sexualmente activos y la notificación a sus parejas sexuales (13) para realizar los tratamientos pertinentes.

Nos planteamos la necesidad de realizar acciones de Prevención Primaria dirigidas a adolescentes referidas a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en base a las estadísticas que devienen de las Consultas espontáneas que se producen en el CUA. Estas demuestran claramente los cambios en la concepción y en la forma en que los jóvenes viven su sexualidad tanto como la falta de aplicación a su vida de los conocimientos de Educación para la Salud que en principio creíamos habían incorporado. Los Objetivos fueron: A) Evaluar conocimientos y actitudes de los adolescentes frente a las ETS, B) Organizar las acciones preventivas en base al diagnóstico de situación realizado.

MATERIAL Y METODO

En una escuela secundaria de doble escolaridad dependiente de la U.N.C., se realizaron, durante el segundo semestre de 1991, entrevistas grupales y encuestas de conocimientos y actitudes a 205 adolescentes de clase media en sus tres estratos, 97 varones y 108 mujeres de 14 a 16 años de edad.

En la entrevista se incentivaba al grupo a encontrar una definición de lo que las ETS eran para ellos en su propio lenguaje, que definieran quienes eran susceptibles de padecerlas y se pedía que realizaran un listado de las ETS que cada grupo conocía y cuáles eran a su criterio los signos o síntomas que alertaban a una persona de la posibilidad de padecer de estas patologías.

En un segundo momento se entregaba la Encuesta para ser respondida en forma individual y anónima colocando simplemente edad y sexo como únicos datos personales. La misma contenía 20 ítems y el tiempo estimado para ser contestada era de 30 minutos.

Todas las encuestas fueron evaluadas por el mismo observador. Se computaron todas las respuestas dadas a cada pregunta y se las valoró estadísticamente.

En un tercer Encuentro se llevaba a cabo la devolución de la Encuesta y se discutían los resultados obtenidos analizando con los jóvenes las bases científicas sobre las que asentaba cada respuesta, los pro y los contra de las situaciones planteadas, proporcionando la información necesaria en cada caso.

RESULTADOS

Llama la atención la escasa información que los adolescentes poseen sobre estas enfermedades excepción hecha del SIDA. El término ETS era oscuro para ellos y costó mucho alcanzar una definición clara al respecto. El 68% de los jóvenes han escuchado hablar de la SIFI-LIS, pero no conocen su forma de presentación, clínica, complicaciones, posibilidad de transmisión, de la madre al feto, ni la posibilidad de curación con tratamiento. Este porcentaje baja aún más cuando se trata del HERPES GENITAL -42,85%- desconociendo absolu-

tamente su potencial cancerígeno. La otra ETS conocida es **PEDICULUS PUBIS** o "ladilla" -14,28%. No conocían ninguna otra ETS. Tienen conciencia clara y generalizada de que ellos pueden enfermar y también, que depende de ellos fundamentalmente poder prevenir la enfermedad. Reconocen el riesgo pero consideran difícil de aceptar la enfermedad y más aún el deber de comunicar a la / las parejas.

Area de Conocimientos

Un 84,87% de los jóvenes identifica al agente causal del SIDA como virósico. Los varones obtuvieron un 90,72% de respuestas correctas en comparación con sólo un 79,62% de respuestas correctas de las mujeres. (Tabla I)

Se verificó mucha confusión por parte de los adolescentes encuestados en relación a los conceptos **infectado, portador y enfermo** (Tabla II). Un 59,51% de los mismos eligieron como correcta la opción "puede permanecer como portador un tiempo y luego enfermar", un 20% consideró que todo portador de SIDA desarrolla infección y un 10,73% que es posible permanecer como portador toda la vida. Un 9,75% optó por la opción "No sabe".

La capacidad de los encuestados para reconocer las conductas de riesgo es variable, -87,80% considera de riesgo a los Drogadictos Endovenosos, -91,22% a los homosexuales y bisexuales. Pero sólo el 64,87% considera el riesgo que corren los pacientes bajo diálisis o a los politransfundidos. Observamos asimismo una importante diferencia entre las respuestas dadas según sexo: 71,29% de las mujeres y sólo 53,6% de los varones. Esto implica que 1 de cada 2 adolescentes varones no es capaz de reconocer los riesgos y exigir así el cumplimiento de las normas de bioseguridad. (Tabla III)

También es relativamente baja la proporción de adolescentes varones que saben que el SIDA puede ser transmitido por vía transplacentaria de la madre infectada al bebé en gestación (68%). Las respuestas dadas por mujeres fueron correctas en un 74% de los casos, lo que de todos modos nos revela que una de cada cuatro mujeres desconoce el tema.

En las respuestas dadas a este ítem surgen

nuevamente enormes diferencias entre las opciones: -98% considera que puede contraer el SIDA por relaciones sexuales homo u hétero sexuales promiscuas. -92,19% a través de transfusiones de sangre no controlada, -95,12% por el uso de agujas contaminadas. Esto contrasta con los porcentajes correspondientes a otras opciones: -58% sabe que es posible contraer SIDA por vía transplacentaria, -46,82% reconoce el riesgo de compartir cepillos de dientes o máquinas de afeitar. En éste caso, las mujeres percibieron el riesgo sólo en el 39,81% de los casos. Asimismo un 22,92% de los jóvenes piensa que pueden ser infectados por picaduras de mosquito (Tabla IV). Estas respuestas nos están señalando los puntos en que debemos centrar nuestro trabajo educativo.

Un 82,92% de los encuestados respondió adecuadamente que se puede combatir la epidemia de SIDA a través de sus propias decisiones y acciones sin mostrar diferencia por sexo. (Tabla V). Pero un 13,65% cree que ya existen medicamentos en plaza (1991) capaces de curar el mal y un 15,12% están convencidos de la existencia de una vacuna. Quienes consideraron que el origen del SIDA era bacteriano (Tabla I) creen que esta afección puede ser curada por antibióticos.

Otra fuente de error son las noticias triunfalistas (esperanzadoras?) que aparecen en diarios y revistas anunciando los descubrimientos progresivos de los grupos de investigación mundiales, sin dejar claramente establecido que las drogas y vacunas bajo análisis y experimentación aún no están a disposición de todos los enfermos y que los medicamentos de que se dispone -AZT- no son curativos.

Respecto de las respuestas dadas a esta pregunta, nos llamó la atención la actitud prudente de pronta consulta al médico -93,65% de los adolescentes- en contraposición con el escaso número de adolescentes que asumiría la responsabilidad de comunicárselo a su pareja -16,50%. Aquí no basta con que se informe al adolescente sobre sus responsabilidades sino que es necesario trabajar sobre cambios en las actitudes. (Tabla VI).

En esta pregunta -relacionada con la

uretritis gonocócicas- un 39,17% de los varones y un 34,25% de las mujeres consideraron que era normal que el varón presente secreción purulenta por el pene. Este ítem debió ser explicado a cada uno de los grupos ya que ninguno de ellos conocía la existencia de esta patología (!) y muchos pensaban que se hacía referencia a las poluciones nocturnas (Tabla VII).

Si bien la respuesta a este ítem es buena - 87,31% de los encuestados dice que las mujeres pueden transmitir ETS aún estando asintomáticas, la devolución de la Encuesta requirió una larga explicación de esta situación en base a las características clínicas de cada enfermedad (Tabla VIII).

Preguntados acerca de la posibilidad que algunas ETS puedan ser transmitidas de la madre al hijo que está gestando, un 89,26% respondió adecuadamente a este enunciado existiendo mayor conciencia de ello entre las mujeres 93,51%- que entre los varones- 84,53% (Tabla IX).

En cuanto a la persona que los adolescentes eligieran para realizar consultas en relación al desarrollo de su sexualidad o problemáticas relacionadas con la misma, un 76,28% de los varones y un 86,11% de las mujeres eligieron a sus padres, señalándonos así una tendencia a ser tenida muy en cuenta en todo lo referido a Educación Sexual. Muy llamativo resulta que solo un 79,37% consultaría con un médico (escolar, familiar o especialista) y más aún la baja intención de consulta femenina -solo 62,02% de las mujeres- (Tabla X).

Area de Actitudes

Evidentemente existe consenso en cuanto a la necesidad de prestar ayuda al sidoso y en cuanto a su merecimiento de recibir esta ayuda (Tabla XI).

Consideramos que un diálogo franco entre padres e hijos permite un mejor conocimiento mutuo y una posibilidad de transmitir valores inestimables. En este caso la actitud de los jóvenes fue un 95,12% apoyando esa necesidad de hablar libre y profundamente con sus padres como una forma de lograr adecuada resolución a sus problemas (Tabla XII).

Este ítem apuntaba a explorar la actitud de la población estudiada frente al sidoso en cuanto a integrarlo -80,48%- o aislarlo -19,02-. Esta tendencia es más marcada en las mujeres ya que un 88,88% se inclinan por no aislarlo (Tabla XIII).

En relación a los grupos de riesgo más frecuentes en este grupo etario, este ítem busca conocer si en sus relaciones afectivas el adolescente incorpora sus conocimientos acerca de las ETS y en este caso especial sobre el SIDA. Un 80,97% considera riesgoso el noviazgo con un drogadicto endovenoso. (Tabla XIV).

Nuestra intención era conocer si el adolescente considera las ETS como enfermedad social y ver si privilegiaba la libertad personal o la seguridad de todos. Un 91,70% consideró que la sociedad tiene derecho a exigir que la persona con ETS reciba atención especializada (Tabla XV).

Nuevamente en relación a la opción integración-aislamiento y ya concretamente en un plano más personal -un amigo sidoso- los valores porcentuales caen levemente: un 97,51% no se alejaría de él (Tabla XVI).

Aquí, relacionando la enfermedad con los grupos y conductas de riesgo y con la responsabilidad (culpa !!) que les cabe por ello, un 76,09% de los adolescentes reconoce que el sídótico no es el único responsable de su enfermedad. Tal vez su conceptualización no es clara y no permite distinguir culpa con responsabilidad personal (Tabla XVII).

El contacto social cotidiano no es fuente de contagio. Sin embargo decidimos investigar si existía cierto grupo de prevención por parte de los encuestados. Un 96,09% de los adolescentes respondió no temer el contagio por darle la mano a un compañero que tiene SIDA (Tabla XVIII).

Sin embargo el porcentaje baja abruptamente a un 54,14% cuando se trata de compartir una pileta de natación (Tabla XIX).

Un 84,39% de los adolescentes sin diferencias significativas según sexo considera riesgoso el noviazgo con una persona infectada por el virus del SIDA, incluyendo en esta respuesta no solo el riesgo de contraer la en-

fermedad, sino también toda la problemática psicológica y social asociada (Tabla XX).

DISCUSION

Las respuestas obtenidas globalmente señalan un nivel de conocimientos bajo para las ETS en general y alto para SIDA, de donde se desprende que las campañas de los medios de comunicación social están llegando a los adolescentes.

Evidentemente no se ha destinado el mismo esfuerzo publicitario y educativo a ambos temas y ello explica el porqué los adolescentes no conocen patologías como la sífilis, gonococcia, herpes genital, papovavirus, etc. Les es desconocida su forma de presentación, su clínica, las complicaciones que acarrea, la posibilidad de contagio del feto durante la gestación, los tratamientos, etc. Es de difícil comprensión para ellos como una persona puede estar asintomática y contagiar una ETS. Se sienten apabullados ante la idea de no tener seguridad en sus relaciones sexuales y muchos adoptan la negación como defensa. Si bien tienen conciencia de la necesidad de consultar al médico ante la aparición de sintomatología relacionada con su aparato genital o con la actividad sexual, es muy bajo el porcentaje que comunicaría esta situación a su pareja -16,50%- demostrando falta de responsabilidad social.

Las respuestas dadas indican la necesidad de reforzar algunos conocimientos en relación a SIDA. No queda claro la diferencia entre los términos PORTADOR - INFECTADO - ENFERMO.

Algunas situaciones de riesgo no son bien individualizadas como ser los pacientes que deben dializarse y los que reciben transfusiones reiteradas. También es bajo el porcentaje que tiene en cuenta la posibilidad de contagio a través de elementos de higiene personal como el cepillo de dientes y la máquina de afeitar -46,82%-.

Llamativamente un 28,77% cree que podemos combatir la epidemia de SIDA con medicamentos o vacunas por lo que este punto debe ser mejor aclarado en las clases de apoyo ya que no conocen los complejos pasos que deben seguir desde el descubrimiento de una

sustancia o vacuna promisorias hasta su disponibilidad en el mercado para uso del paciente.

Creemos necesario apoyar el buen diálogo reclamado por los adolescentes como elemento que facilita un adecuado desarrollo de la sexualidad y un modo idóneo de resolver dudas y conflictos. Ciertamente es necesario incrementar la consulta médica ya que la intención de consulta del 70% es baja. Esto es más imperativo aún en el caso de las mujeres quienes manifiestan voluntad de consultar solo en un 62% siendo que la problemática de las ETS puede verse agravada por un diagnóstico tardío (Chancro en cuello uterino, enfermedad pélvica, etc.).

En cuanto a las actitudes existe cierta incongruencia en las respuestas. Así vemos que un 97,07% de los adolescentes consideran que los sidóticos merecen nuestra ayuda pero solo 76,09% consideran que no son los únicos responsables de su enfermedad. Un 96,09% no temen contagiarse a través de un apretón de manos pero sólo un 54,4% se metería a la pileta sabiendo que un compañero tiene SIDA.

Un 71,13% de los varones y un 88,88% de las mujeres piensan que no debería aislarse al sidoso; asimismo el 79,38% de los varones y el 79,62% de las mujeres considera que no es conveniente alejarse del amigo sidoso aunque estos valores cambian mucho cuando se trata de un noviazgo con un infectado ya que solamente un 11,34% de los varones y un 12,96% de las mujeres consideran que no es riesgoso. Estos resultados nos llevaron a realizar un profundo cuestionamiento sobre la metodología que estábamos empleando y surgieron así nuevas propuestas educativas que debemos formular.

Propuesta Educativa:

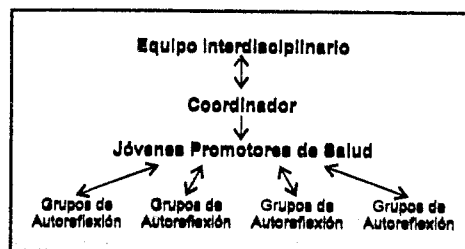
Tenemos la convicción que solo la educación puede llegar a modificar substancialmente la conducta sexual de nuestros adolescentes ya que aprender es adquirir o modificar una idea, un conocimiento, un valor, una actitud, un sentimiento, una conducta, a través de la participación, el diálogo, la creatividad, el compartir apreciaciones personales, disentir, poner los problemas comunes sobre la mesa para

discutirlos y afrontarlos y así adquirir ideas y valores básicos que den sentido a nuestras vidas.

Metodología:

Partimos de los grupos de auto-reflexión de formación espontánea en una primera instancia. El grupo será quien analice las necesidades, actitudes, promueva las iniciativas, facilite la búsqueda de información y promueva las relaciones interpersonales y sociales. En el grupo todos pueden aportar y discutir libremente, cuestionando y cuestionándose, permitiendo que afloren los temores, los tabúes, los errores, la información desviada y la falta de información. Las técnicas a utilizar son variadas: psicodrama, entrevistas, el cuerpo en movimiento, encuestas, observación de la realidad, de programas de TV con sentido crítico, mesas de discusión, etc. No hay dos grupos iguales, ni es posible utilizar en todos la misma técnica, ya que la propuesta parte de los jóvenes. Cada grupo es coordinado por un "Joven Promotor de Salud" previamente seleccionado por el grupo y formado "ad hoc" quien está capacitado en el manejo de técnicas grupales así como en la detección de los grupos vulnerables, la detección de factores de riesgo y de protección que favorezcan el desarrollo de una vida saludable. El conjunto de los "Jóvenes Promotores de Salud" conforma el nivel intermedio de esta pirámide de delegación y cuenta asimismo con un coordinador elegido por ellos mismos. Por último el Equipo Interdisciplinario compuesto por médicos, docentes, psicólogos, pedagogos y padres cumple una labor de asesoramiento, formación de los coordinadores, planificación, investigación y evaluación del proceso. Este equipo debe estar en permanente relación con los grupos de auto-reflexión, pronto a ayudarles a encontrar respuestas adecuadas a los problemas que van surgiendo, evitando mostrarse como dueño de la verdad, sino más bien en el rol de facilitador de respuestas adaptadas y que apunten al logro de los objetivos que se han consensuado en cada grupo de autoreflexión.

Esquema de la Pirámide de Delegación como propuesta educativa



CONCLUSIONES

Una primera mención acerca de la necesidad de humanizar la sexualidad a través de una educación personalizada que haga crecer a los adolescentes en libertad junto con la coherencia necesaria entre el pensar, el sentir y el actuar que evite las discrepancias que actualmente observamos entre conocimientos y actitudes. Se insiste en que la educación sexual sea un aspecto de la educación integral que abarca a la totalidad de la persona. La familia fue elegida por los adolescentes encuestados como principal interlocutora, la primera a la que consultarían en relación al desarrollo de su sexualidad y a las eventuales problemáticas relacionadas con ella. Surge inevitablemente el análisis de la relación FAMILIA - ESCUELA, la necesidad de pensar juntos, de revisar juntos contenidos y valores y por sobre todo de trabajar juntos. Consideramos que no puede ser simplemente una "materia" más entre otras, ni confiada a cualquier docente, sino que creemos debe ser abordada desde el conjunto de las disciplinas, de las actividades, de los métodos, de las relaciones educativas y culturales que integradas constituyen la escuela. Aquí señalamos nuevamente la importancia de que sea un equipo interdisciplinario el que tras un trabajo conjunto pueda presentar ante los adolescentes un abordaje de la sexualidad humana coherente, creativo, holístico y no una mera repetición de datos despersonalizados. La escuela no puede imponer una determinada concepción ético-religiosa, pero debe plantear objetivamente los principios éticos que le permitan conformar su propia escala de valores y una capacidad de análisis y crítica. Hacemos notar

asimismo la marcada diferencia de nivel de "conocimientos" y la escasa aplicación de los mismos en la toma de decisiones. Consideramos que existe desinformación y un nivel dispar de conocimientos según las diferencias temáticas existiendo baches de información. Creemos fundamental favorecer actitudes de búsqueda y de escucha. Que el adolescente tome conciencia de sus necesidades y genere por sí las oportunidades de información y formación. Asimismo los padres y docentes, el equipo interdisciplinario deben realizar una tarea compleja que incluye la revisión de su propia sexualidad, la puesta en común y la capacidad de transmitir sin deformaciones esta concepción de la sexualidad. Este es nuestro anhelo, sabemos que su realización está aún lejana, pero creemos que podemos comenzar a generar estas actitudes en nuestros adolescentes y en los docentes y equipos que trabajan en esta temática.

SUMMARY

Considering primary prevention of ETS a priority in Adolescent Health care, we decided to investigate knowledge and attitudes of 205 students in relation to these pathologies. Results were used to organize an educational proposal based on groupal training of "Youth Health Promoters". It is also shown the necessity of joint work between family and school in order to think and revise together with the young people involved, themes and values, in order to make a coherent, creative and holistic approach to human sexuality.

BIBLIOGRAFIA

- Ades A E: Prevalence of maternal HIV-1 infection in Thames regions: results from anonymous unlinked neonatal testings. *Lancet* 337:1562, 1991.
- Barbacci M: Routine perinatal screening for HIV infection. *Lancet* 337:709-711, 1991.
- Beck-Sague C, Russell A E: Sexually transmitted disease in children and adolescents. *Infect. Dis. Clin. of North America* 1 (1):277-304, 1987.
- Bell T A: Mayor sexually transmitted disease of children and adolescents. *Pediatrics, Infect Dis* 2:153, 1983.
- Behrman R E, Kliegman R M, Nelson Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Co 14th Ed, 1992.
- Brookman R R: Adolescent sexual behavior in sexually transmitted diseases. Holmes K. K. (Ed) Mc Graw Hill. New York, 1990. Pgs 77-84.
- Cates W Jr.: Epidemiology and control of sexually transmitted diseases Strategic evolution. *Inf. Dis. Clinic of North Am.* 1 (1):1-23, 1987.
- Davis A J & Emans S J: Human papilloma virus infection in pediatric and adolescent patient. *J. Ped.* 115:1, 1989.
- Dickman S. "AIDS Conference: AIDS threatens Asia". *Nature.* 351:682, 1991.
- Ehrnst A et al. "HIV pregnant women and their offspring: evidence for late transmission". *Lancet.* 338:203-207. July 1991.
- Feigin R D & Cherry J D: Text of Pediatric Infectious Diseases W B Saunders Co., 1987.
- Nowack R.: "New AIDS definition" *Nature* 352:653, August 1991.
- Schoenbaum E: Risk factors for H.I.V. infection in I.V.D. *The New Engl. J. Med.* 321:874, 1989.
- Shafer M A & Sweet R L: Pelvic inflammatory disease in adolescent females. *Pediatric. Clin. North Am.* 36:513, 1989.
- Shafer M A: Sexually transmitted disease in adolescent. A hospital practice special report. Pelvic inflammatory disease. Epidemiology, etiology, management, complications. H. P. Publishing Co. 10 Astor Place. New York U.S.A. 1990.
- Shafer M A: Prevalence of urethral Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among asymptomatic sexually active adolescents males. *J. Infect. Dis.* 156:223, 1987.
- Shafer M A: Microbiology of the lower genital tract of post-menarcheal adolescent girls: Differences by sexual activity, contraception, and presence of non specific vaginitis. *J. pediatric.* 107:1974, 1985.
- Spiegel L & Mayers A: Psychosocial aspects of A.I.D.S. in children and adolescents. *Ped. Cl. of North Am.* 83(1):153-168, 1991.

19. Tappin D. *Sexual transmission of hepatitis B virus infection in South Africa: results of a national anonymous testing programme*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1988; 42: 337-1562-1565.
20. Westrom L. *Incidence, prevalence and treatment of acute pelvic inflammatory disease and its sequelae*. *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260: 1388-1390.

Tabla I: El SIDA es una infección de origen...

Agente Patógeno	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Virósico	88	90,72	36	78,62	124	84,51
Bacteriano	3	3,24	16	14,81	19	13,07
Parasitaria	-	-	4	3,70	4	2,77
Micótica	-	-	-	-	-	-
No sabe	1	1,03	2	1,05	3	2,04
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla II: Todo portador de SIDA...

Evol	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desarrolla infección	20	20,61	21	19,44	41	20,11
Permanece portador toda la vida	7	7,21	16	13,88	23	11,37
Puede permanecer como portador un tiempo y luego enfermar	60	61,85	62	57,40	122	60,11
No sabe	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla III: Las personas que corren más riesgo de infectarse SIDA son: (más de una opción).

Conducta de riesgo	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adic. drogas EV	89	91,75	91	84,25	180	87,00
Relac. Homo y bisexuales	83	85,56	104	96,29	187	91,10
Pacientes diálisis o transfundidos	56	53,60	77	71,29	133	64,87
Hijos de madres infectadas	66	68	80	74	146	71,21

Tabla IV: Podemos contraer SIDA por: (más de una opción).

Opción	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rel. sexuales homo o hetero sexuales promiscuas	96	98,96	106	95,14	202	93,57
Transfusiones de sangre	89	91,75	100	92,39	189	92,19
Agujas contaminadas	96	98,96	99	91,65	195	93,12
Vía transplacent.	51	52,57	68	62,93	119	58,04
Contacto superficial (beso, dar la mano)	-	-	1	0,92	1	0,48
Picadura insecto	24	24,74	23	21,29	47	22,92
Besos con saliva	13	13,40	10	9,25	23	11,21
Compartir cepillo de dientes o maquina de afeitar	53	54,63	43	39,81	96	46,57

Tabla V: Podemos combatir la epidemia de SIDA a través de ... (puede escoger más de una opción).

Método	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nuestras decisiones y acciones	81	83,50	89	82,40	170	82,10
Medicamentos	20	20,61	8	7,40	28	13,66
Vacuna	7	7,21	24	22,22	31	15,12
No sabe	2	2,06	3	2,77	5	2,44

Tabla VI: ¿Cuánto tiempo tarda en aparecer un chancro días después de haberse infectado? (puede escoger más de una opción)

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entre 1 y 10 días	10	10,30	13	10,22	23	11,37
Entre 11 y 20 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 21 y 30 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 31 y 40 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 41 y 50 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 51 y 60 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 61 y 70 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 71 y 80 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 81 y 90 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 91 y 100 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
No sabe	2	2,06	-	-	2	0,97

Tabla VII: ¿Cuánto tiempo tarda en aparecer un chancro días después de haberse infectado? (puede escoger más de una opción)

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entre 1 y 10 días	10	10,30	13	10,22	23	11,37
Entre 11 y 20 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 21 y 30 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 31 y 40 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 41 y 50 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 51 y 60 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 61 y 70 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 71 y 80 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 81 y 90 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
Entre 91 y 100 días	10	10,30	10	9,25	20	9,75
No sabe	2	2,06	-	-	2	0,97

Tabla VIII: En las mujeres las ETS a veces pasan de escarbas pero igual contagian

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	54	55,59	96	87,96	179	87,31
No	10	10,30	10	9,25	20	9,75
No sabe	3	3,09	3	2,77	6	2,92
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla IX: Algunas ETS pueden ser transmitidas de la madre gestante al hijo.

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	42	44,50	101	93,51	183	89,26
No	11	11,34	7	6,48	18	8,78
No sabe	4	4,10	-	-	4	1,95
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla X: ¿A quién consultarías en relación al desarrollo de tu sexualidad y a las eventuales problemáticas relacionadas con ella? (Puede elegir más de 1 opción)

Persona	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padres	74	76,28	93	86,11	167	81,46
Médico/a	26	26,80	29	26,85	55	26,82
Médico/a escolar	16	16,49	10	9,25	26	12,68
Especialista	35	36,08	28	25,92	63	30,73
Psicopedagoga	6	6,18	7	6,48	13	6,34
Hermano Mayor	-	-	-	-	-	-
Amigo/a, Compañero/a, otros	24	24,74	23	21,29	47	22,92

Tabla XI: Las personas con SIDA merecen nuestra ayuda

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	91	93,81	108	100	199	97,07
No	6	6,18	-	-	6	2,92

Tabla XII: Hablar con libertad con nuestros padres nos da más seguridad para enfrentar los problemas

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	89	91,75	106	98,14	195	95,12
No	4	4,12	2	1,85	6	2,92
No sabe	4	4,12	-	-	4	1,95
Total	97	100	108	100	205	1,00

Tabla XIII: Las personas que están infectadas con virus del SIDA pueden contagiar a sus compañeros ¿Deben ser aisladas?

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	27	27,83	12	11,11	39	19,02
No	69	71,13	96	88,88	165	80,48
No sabe	1	1,03	-	-	1	0,48
Total	97	100	108	100	205	1,00

Tabla XIV: El noviazgo con una persona que usa drogas inyectables es riesgoso

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	79	81,44	87	80,50	166	80,97
No	16	16,49	17	15,74	33	16,09
No sabe	2	2,06	4	3,70	6	2,92
Total	97	100	108	100	205	1,00

Tabla XV: La Sociedad tiene derecho a exigir que la persona con ETS reciba atención especializada

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	87	89,69	101	93,51	188	91,70
No	10	10,30	7	6,48	17	8,29
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla XVI: Es conveniente alejarse de un amigo si tiene SIDA

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	17	17,52	19	17,59	36	17,56
No	77	79,38	86	79,62	163	79,51
No sabe	3	3,09	3	2,77	6	2,92
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla XVII: El sidótico es el único responsable de su enfermedad

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	17	17,52	23	21,29	40	19,51
No	77	79,38	79	73,14	156	76,09
No sabe	3	3,09	6	5,55	9	4,39
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla XVIII: Temo haberme contagiado por que un compañero que tiene SIDA me dio la mano

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	5	5,15	3	2,77	8	3,90
No	92	94,84	105	97,22	197	96,09
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla XIX: Es conveniente que entremos a la pileta si uno de los chicos tiene SIDA

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	42	43,29	44	40,74	86	41,95
No	50	51,54	61	56,48	111	54,14
No sabe	5	5,15	3	2,77	8	3,90
Total	97	100	108	100	205	100

Tabla XX: El noviazgo con una persona infectada con SIDA es riesgoso

Respuesta	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	81	83,50	92	85,18	173	84,39
No	11	11,34	14	12,96	25	12,19
No sabe	5	5,15	2	1,85	7	3,41
Total	97	100	108	100	205	100

COMENTARIO

PRIMER SEMINARIO SOBRE IMPUTABILIDAD DEL MENOR ADOLESCENTE
21-22 de abril de 1989

Centro Universitario de atención del adolescente (CUAA).
Cátedra de Pediatría y Neonatología.
Universidad Nacional de Córdoba.

El CUAA preocupado - y ahora ocupado- por los problemas delictivos que en forma creciente han ido conmocionando a nuestra sociedad, llevados a cabo por menores -adolescentes- ha convocado a personalidades de nuestro medio de reconocido prestigio de diferentes especialidades, que abarcan áreas biomédico-psico-social-legal de la vida humana. Se ha analizado, reflexionado, debatido, y se ha tratado de arribar a conclusiones que ayuden a la comprensión del problema y originen conclusiones a proponer. Dos días de intensas deliberaciones han originado las recomendaciones que se dan a conocer. Han sido convocados y se han reunido en el Área Médica de la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano de la Universidad Nacional de Córdoba los siguientes profesionales:

Dra. Aída M E. Lesa de Puszkín, Profesora Encargada Cátedra de Pediatría y Neonatología. U.N.C. Coordinadora del CUAA
Prof. Delia Beltrán de Ferreyra: Vice-Directora de la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.
Dra. Sabina M. Zurlo de Mirotti: Directora del CUAA. Directora del Área de la Salud Escolar de la Esc. Superior de Comercio "M. Belgrano" U.N.C.
Dr. José González del Solar: Funcionario de la Justicia del Menor. Tribunales de la Ciudad de Córdoba.
Esc. Roberto Boqué Miró: **Miembro Titu-**

lar del Instituto Argentino de Investigación sobre problemática del Menor y la Familia.

Dr. Lucas Cocha: Director del CROM (Consejo de rehabilitación y Orientación del Menor).

Dra. Liliana de Pons: Médica a cargo Consultorio Ginecología Infanto-Juvenil CUAA.

Dr. Alberto M. Arocena: Médico forense; psiquiatra.

Dr. J. Guevara Novelli: Miembro del Instituto de Derecho Penal del Colegio de Abogados de Córdoba.

Dr. Alfredo Irigoyen: Abogado Penalista. Crio. Catalina de Soto: a cargo de la Comisaría del Menor. Min. Gob. Pcia. Cba.

Dra. Cristina Suárez de Brías: Abogada de la Comisaría del Menor. Min. Gob. Pcia. Cba.
Rvdo. Fr. C. Correa Luna: Representante de la Iglesia Católica.

Dr. Juan José F. Mirrotti: Abogado. Cátedra Introducción a la Filosofía. Facultad de Derecho. U.N.C.

Dr. Luis Ortíz: Médico del Área de Salud Escolar. Dpto Médico. Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Dr. Rogelio Piatti: Médico del Área de Salud Escolar. Dpto Médico. Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Dra Julia Sotomayor: Odontóloga. Dpto Médico. Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Dra. Isabel Alonso: Odontóloga. Dpto Médico. Escuela Superior de Comercio Manuel

Belgrano. U.N.C.

Lic. Clara Pimenides de Ricci: Lic. en Psicología. Psicóloga del Area de Salud Escolar. Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Lic. Mabel Berré de Beltraminio: Lic. en Psicología. Psicóloga Agreg. Area de Salud. Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Lic. Dorothy Cassina. Prof. Psicopedagoga. Jefa del Dpto Psicopedagógico Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Asist. Soc. María E. Albornóz de Sosa. Asist. Soc. de la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Prof. Elsa Artesi de Martín. Prof. en Psicología. Docente Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Prof. Laila Jalil. Prof. de la materia Formación Humana. Docente Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano. U.N.C.

Abiertas las deliberaciones se designa coordinador del debate, por consenso, al Dr. José González del Solar. El coordinador dió comienzo al debate en que se manifestó que no se cree que descender la edad de imputabilidad sea la solución para resolver la situación de delincuencia o de conductas antisociales del menor. Pues ésta no es atribuible solamente a él, sino que existen problemas de la relación adultos-adolescentes. En el adolescente no se produce un correlato absoluto entre la edad cronológica y la edad biológica.

Por el contrario ésta es una etapa donde la variabilidad en la maduración biopsíquica es la regla, no existe un individuo igual a otro, cada uno madura cuando su reloj biológico se pone en marcha. Por ello no todos los niños de 13, 14, 15 años, etc. son iguales, cada uno es una individualidad.

Los roles paternos están como indefinidos y parecen no poder contenerlos. Cuando el adolescente llega ante la autoridad policial, quien lo recibe se encuentra ante un niño que manifiesta soledad, inseguridad, angustia. Actitud que lo hace parecer agresivo y enfermo. No cree en la sociedad, en la justicia, en la familia. Son en su mayoría inteligentes. Necesitan explicaciones, que se les explique sus derechos marcándoles los

límites que les faltan, marcarles que el comportamiento social conlleva disciplina, respeto, amor. Se debe trabajar con el menor y la familia y en coordinación con todas las instituciones. Tener en cuenta lo que el Instituto Interamericano del Niño manifiesta. Se mencionó también que existe un proceso de victimización ya que el niño no tiene familia, no acceso a la sociedad, no a hogares constituidos, no acceso a la educación. No se siente persona y quiere ser algo, aunque sea un delincuente; no posee nada y quiere poseer algo, de allí el robo. En general el adolescente no tiene espacio ni rol para poder vivir. Se identifica con aquello a lo que tiene acceso: TV, propaganda, música, etc. Superada cierta edad, así por ej. a los 16 años, no se lo recibe en ninguna escuela primaria común, pero tampoco puede ir a la nocturna.

Se dijo también que la disminución de la edad puede ser respuesta estructural aquí y ahora, por la necesidad de hacer operativa la respuesta; por orden político ante la dificultad de solucionar el problema. Las soluciones científicas son de más larga data. Es decir, sólo como medida política, por ahora práctica. Con lo que no se coincide. Surge la necesidad de concordar política con lo científico-biológico.

¿Es ético, moral, bajar la edad de imputabilidad del menor si no sabemos que hacer con él?. No tenemos resuelto el problema estructural. Debemos pasar por una medida de compromiso, coyuntural, pero que no debe dejar todo el problema implícito para que se lo estudie y se comprometa a darle respuesta y solución a la luz científica, ética y jurídica. Hay que hacer consideraciones de ética política que debe ser de justicia distributiva. ¿El Estado ha podido cumplir con su tarea educativa, tutelar, etc. para ahora bajar la edad de imputabilidad?. Se cree que no se han acordado los beneficios necesarios y por lo tanto ahora no se pueden hacer cargos. Es inmoral cuando se exige moralidad sin haberse dado los medios para beberla y asimilarla.

El tema de imputabilidad del menor tiene que ver con la seguridad, pero como detrás viene un lastre de tiempo, ¿no se podría involucrar el tema dentro de la ley de la minoridad y la de educación?. Toda esta problemática exige el trabajo de todos en la comunidad y no bajar el límite de la edad de imputabilidad. Hacer uso de la concien-

cia moral de todos para trabajar en conjunto en la sociedad, dentro de ella y con todos, educadores, médicos, sociólogos, antropólogos, abogados, legisladores y el Estado que actualmente falla en su política y tratamiento. Sociedad y Estado deben trabajar juntos.

La familia es el germen primario de formación del niño, es la primera instancia para recibir educación y la mayoría de las veces la familia marginal no tiene capacidad para resolver el problema, o en el caso de familias de otros estratos sociales por el trabajo de los padres, el niño necesita atención y no la recibe. Por lo tanto hay que ayudar a la madre para que ayude a crecer a sus hijos. Hay que darle un continente, afecto, comprensión, espacio para reflexionar.

La segunda instancia la tiene la escuela y por último es el Estado el que tiene un rol de patronato. ¿A partir de qué momento el Estado debe determinar que ha concluido su trabajo educacional?. La legislación debe contemplar a todos los menores marginados o no, y a partir de esta edad se presupone que el menor recibió todo lo que le convenía recibir para tener imputabilidad o no. Igualdad de oportunidades para educación, para la obtención de todo lo que la ley otorga. Lo punible vendrá después.

Terminadas las exposiciones individuales y el diálogo entre los intervinientes en la reunión se resolvió emitir una comunicación para ser elevada al Decanato de la Facultad de Ciencias Médicas y Dirección de la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano y ser publicada por los medios de difusión. Su contenido se adjunta a la presente.

SE RECOMIENDA:

1.- No reducir el límite de edad para la imputabilidad penal, por resultar altamente inconveniente e ineficaz como medio para desalentar las distintas expresiones de la delincuencia juvenil.

2.- Revisar y reformular el sistema de protección a la minoridad irregular, dotándola de alternativas institucionales y no institucionales que sirvan suficientemente a la educación correctiva de los menores de conducta antisocial. Ello operará como un instrumento de valor preventivo, que posibilitará en el futuro la reducción del

campo represivo de la minoridad, elevándose el límite de imputabilidad penal a los 18 años, en coherencia con la capacidad que la legislación acuerda a los menores de edad en los ámbitos civil, laboral, político y militar.

3.- Robustecer las tareas de diagnóstico, profilaxis y tratamiento por parte del Estado y de las instituciones intermedias de la comunidad, enfatizando las acciones de prevención primaria que permiten evitar y superar las diversas situaciones que operan como factores de marginación y de delincuencia.

4.- Contemplar, a la hora de estudiar y legislar sobre la materia, las distintas recomendaciones de los Congresos Panamericanos del Niño, y de otros foros internacionales especializados.

Considerando su plena vigencia en el momento actual, se lo publica en el conjunto de trabajos elaborados en el CUA.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba publica artículos originales de temas de todas las disciplinas relacionadas con las Ciencias Médicas y Biológicas.

Incluye las secciones de -Ciencias Básicas, Clínica, Cirugía y Especialidades, -Educación Médica y Salud Pública, -Información de interés general.

La revista también publica Comunicaciones breves, Casuísticas, Actualizaciones, Comentarios y Conferencias. La Aceptación definitiva de los trabajos estará supeditada a lo aconsejado por los árbitros especialistas en el tema designados por el Comité de Redacción para cada caso.

Los autores serán notificados cuando se reciban los manuscritos. Durante el período de análisis, no se dará ninguna información verbal o telefónica concerniente a los trabajos. Cualquier pedido puede hacerse por escrito.

La Secretaría del Comité de Redacción comunicará la decisión final del destino del trabajo.

La Facultad de Ciencias Médicas tiene derechos de publicación reservados para protección de autores y editores, autorizando a los primeros a reproducir tablas, figuras e ilustraciones en otras publicaciones, siempre que se acredite la fuente de origen. El envío de un trabajo a la Revista implica, de por sí, el compromiso de parte del autor(es) de que no ha sido publicado ni lo será en otra revista.

Los artículos originales podrán estar escritos en castellano o inglés. Serán mecanografiados, a doble espacio, en hojas numeradas, escritas en una sola carilla. La redacción de los mismos debe ser clara y cuidadosa y se ajustará a las especificaciones que se expresan a continuación: 1. *Primera Página*: Se consignará el título del trabajo en mayúsculas y sin abreviaturas, en castellano e inglés.

En renglón aparte, en mayúsculas y minúsculas, la nómina de los autores, separados por comas, comenzando en cada caso por el primer nombre, iniciales de los siguientes nombres, y apellido. A continuación y en renglón aparte, el Instituto, Cátedra o Unidad Hospitalaria en que fuera realizado el trabajo, incluyendo la dirección postal correspondiente.

2. *Introducción*: Se explicarán los fundamentos y objetivos del trabajo en forma breve y concreta. No debe intentarse efectuar una revisión del tema en cuestión.

3. *Material y métodos*: Se detallarán cuidadosamente las características del material empleado, la metodología utilizada y el método estadístico empleado para el análisis de los datos.

4. *Resultados*: Serán expresados en forma clara y ordenada, agrupando los datos para la mejor comprensión por parte del lector.

5. *Discusión*: Se analizarán los resultados, los hechos que tuvieran relación con los mismos, las relaciones entre éstos y los objetivos inicialmente propuestos y su confrontación con los conocimientos establecidos en la bibliografía previa.

6. *Conclusiones*: Este punto se excluirá cuando no sea necesario precisar en forma particular los datos proporcionados por el trabajo, los que pueden haber sido expresados satisfactoriamente en la discusión.

7. *Resumen*: En castellano y en inglés, cada uno en hojas separadas. El resumen en castellano, con una extensión de hasta doscientas palabras, deberá ser lo suficientemente explícito como para proporcionar por sí mismo una idea concisa de cada uno de los puntos antes mencionados. No se aceptarán resúmenes expresando conceptos tales como "se discuten los resultados", etc.

El resumen en inglés (Abstract) llevará título completo en mayúsculas, y en caso necesario, con referencias a figuras o tablas.

Ambos resúmenes deberán tener una lista de 4 a 10 palabras clave o frases cortas clave, en minúscula y sin subrayar, tanto en inglés como en castellano, y que estarán destinadas a confeccionar el índice de materias de publicaciones internacionales de los trabajos de investigación.

8. *Referencias*: En hoja aparte. Sólo se incluirán las referencias esenciales que hayan sido consignadas en el artículo, ordenadas por números correlativos en orden alfabético de autores. Se consignará inicialmente la nómina de todos los autores separados por comas, comenzando en cada caso por el apellido, seguido de las iniciales de los nombres. A continuación, el título del artículo de la revista, el número de volumen, dos puntos, página inicial y final, coma, y año de la publicación.

EJEMPLO:

- Goldstein A M, Amos CI: Segregation Analysis of Breast Cancer From the Cancer and Steroid Hormone Study: Histologic Subtypes. J Natl Cancer Inst 82: 1911-1917, 1990.

Cuando se trate de libros se hará figurar el nombre del autor, título, editor, ciudad, año de aparición y página, separados por comas, agregando el número de edición si no fuera la primera. Ejemplo:

- Hurst J W: Medicine for the Practicing Physician, Buthenworth Publishers Inc. Boston, 1983, p 617, 2a.ed.

Cuando se haga referencia a capítulos de libros, se consignará de la siguiente forma:

- Kaplan N M: Systemic Hypertension: Mechanisms and Diagnosis. En: Braunwald E.: Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Saunders, Philadelphia, 1980, p 852.

9. *Figuras*: Comprende fotografías, radiografías, registros, dibujos, etc. Deben incluirse en el texto con la denominación de Figuras, y se adjuntarán en forma de fotos en blanco y negro con adecuado contraste, sólo las referentes a temas que no puedan reproducirse por computación (Radiografía, histopatología, cirugía, etc.). Los gráficos con columnas, curvas sigmoideas, etc., deben ser de confección simple y reducirse al igual que las fotos, a lo

esencial; pueden presentarse en papel de dibujo blanco con tinta china negra, del mismo tamaño o al doble, o como fotos. La cantidad de fotos no deberá exceder en número: 2 o 4 de 9 x 6 cm (anchura y altura respectivamente), o 3 o 6 de 8,2 x 5,4 cm (anchura y altura respectivamente). Serán numeradas correlativamente al dorso en caracteres arábigos. En hoja aparte se consignarán las leyendas correspondientes. Al dorso de cada fotografía deberá agregarse el nombre del primer autor y título del trabajo y una flecha indicativa de la parte superior de la figura, a efectos de su correcta orientación al ser diagramados los textos.

Los esquemas o fotografías en colores corren por cuenta del autor(es). El tamaño debe ser de 13 x 12cm. Al dorso debe figurar en lápiz el nombre(s) del autor(es), título del trabajo y número de orden.

10. *Tablas*: Deben presentarse en hojas individuales, confeccionadas en forma clara, comprensibles por sí mismas, numeradas en caracteres romanos, con un título que explique su contenido, con claridad. En general, las tablas se presentarán cuando sean realmente indispensables para contemplar lo expresado en el texto, no debiendo tener una extensión exagerada.

Cabeza de página: Las páginas pares de la Revista llevarán en su parte superior un resumen del título que deberá ser remitido por los autores y que no será de más de 40 letras.

Abreviaturas: Si una palabra debe ser utilizada repetidamente está permitido su reemplazo por una abreviatura, siempre que se explique su significado en el texto o en la leyenda de tablas o figuras. Ej. ID (intestino delgado).

Los compuestos químicos irán en el texto con su nombre completo y no con su fórmula.

Extensión de los artículos: No debe exceder 10 (diez) páginas.

La Dirección se reserva el derecho de permitir un texto mayor cuando lo crea conveniente.

Comunicaciones breves: podrán estar redactadas en idioma español o inglés y su contenido debe significar un real avance en el conocimiento de un tema, descripción de una técnica o metodología nueva, así como diseño

y/o construcción de un aparato o dispositivo de uso en el campo de la medicina y/o disciplinas afines. En cualquiera de estos casos, el trabajo deberá estar avalado por experimentación concluyente o con suficiente experimentación de lo que se quiere comunicar.

El número de palabras, sin contar el título, autores y lugar de trabajo, no deberá superar las 1.500 omitiéndose las divisiones en el texto.

Casuísticas: podrán ser redactadas en idioma español o inglés, debiendo constituir un real aporte al conocimiento y difusión de una entidad conocida o nueva. En ambos casos deberá estar avalada por los estudios y comprobaciones correspondientes. No se ajustarán a un esquema de presentación, pero deberá seguirse un orden lógico.

La extensión no podrá ser mayor de 3 (tres) páginas incluyendo tablas y figuras.

Los artículos de las secciones Editorial, Actualizaciones, Conferencias, Comentarios, etc. serán exclusivamente solicitados por el Comité de Redacción, el que hará conocer en cada caso la correspondiente reglamentación.

Las actualizaciones, que eventualmente pueden ser solicitadas a especialistas por el Comité Editor, deberán versar sobre temas ya especificados y estarán fundamentadas en una

amplia revisión bibliográfica. No estarán sujetas a un esquema de presentación, debiendo, si, seguir un orden lógico y cronológico. Solamente deben ser redactadas en idioma español o inglés, siendo de 12 (doce) el número máximo de páginas.

No deberán contener tablas, gráficos o cuadros.

Los trabajos pueden ser entregados personalmente al Director en Jefe de la Revista Universitaria, o enviados por correo a: Editor en Jefe de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Estafeta 32. Pabellón Perú. Ciudad Universitaria. (5000) CORDOBA - REPUBLICA ARGENTINA.

SE DEBERA ENVIAR UN ORIGINAL Y DOS COPIAS DE CADA TRABAJO INCLUYENDO FOTOS.

El Comité de Redacción podrá introducir en los trabajos aceptados para su publicación, con el conocimiento de los autores, las modificaciones que considere convenientes en la redacción de los mismos, sin alterar su significación, para mantener la necesaria unidad en el estilo de la Revista o a los efectos de adecuarlos a las necesidades tipográficas o de compaginación.

Las pruebas enviadas a los autores deberán ser devueltas con la mayor premura.