

PERSPECTIVAS COMUNICACIONALES PARA PENSAR LAS PRÁCTICAS EN SALUD: PASADO Y PRESENTE DE UN CAMPO EN CONSTRUCCIÓN

Milca Cuberli
Universidad de Buenos Aires / CONICET (Argentina)
milcacu@hotmail.com

Resumen

El presente artículo tiene como propósito, dar cuenta de los principales modelos metodológicos de la comunicación en salud que reflejan dos formas disímiles de pensar la salud como categoría, construir su objeto de intervención y concebir el estatuto y sentido de la comunicación. A través de dos categorías generales que intentan reflejar las diferentes perspectivas y modelos teóricos de la comunicación, se describe la relación entre el campo de la comunicación y el de la salud, con el propósito de reflexionar acerca de la constitución del campo de la comunicación en salud.

Para la confección del presente trabajo se realizó un relevamiento bibliográfico acerca de la comunicación en salud y se utilizaron trabajos realizados por disciplinas de las ciencias sociales sobre salud, educación para la salud, prevención y promoción de la salud. Además del análisis documental de fuentes secundarias como documentos de organismos internacionales y nacionales que trabajan con la temática de comunicación y salud.

Palabras clave: comunicación – salud – procesos.

Introducción

Salud y Comunicación: intersecciones y coyunturas

Un primer diagnóstico sobre la producción del conocimiento acerca de la relación entre la comunicación y la salud puede sintetizarse en los siguientes términos: en un enfoque más tradicional el objeto casi exclusivo de la investigación ha sido el lugar de la comunicación en las políticas de salud (Beltrán, 1998; Petracci; Quevedo y Vacchieri, 1994); sus diferentes modalidades y las características de sus componentes, como el diseño y la evaluación; abordaje que vincula la comunicación con la dimensión política. Otras perspectivas han tenido como propósito describir las características de la comunicación, la información y sus alcances para el cambio de comportamientos en los niveles individual y social (Ianowski, 1997; Kornblit y Petracci, 2000; Nájera, 1990). Además de considerar los trabajos sobre tematización de las problemáticas de salud en diferentes medios de comunicación y estudios de opinión pública para conocer las percepciones y conocimientos acerca de las prácticas de salud por parte de la población (Petracci, 1994; Weller, 1997).

Existen estudios (Rioseco et al., 2002; Donabedian, 1990; Bohórquez y Jaramillo, 2004) realizados desde la medicina y la psicología, que sitúan a la comunicación en relación con el vínculo entre profesionales del sistema de salud e individuos en calidad de pacientes o usuarios de los servicios de salud, donde problematizan el estudio de dimensiones como la calidad de la atención recibida. Se caracterizan por ser investigaciones que consideran al paciente como un sujeto aislado en términos individuales, portador de necesidades que demanda a los servicios las condiciones de su satisfacción; estudios que en definitiva desconocen a la salud o a la enfermedad como parte de un proceso (denominado en la literatura como proceso de salud-enfermedad-atención PSEA) (1).

Surge en oposición otra mirada, que considera a la salud como un campo constituido por complejidades que se evidencian, entre otros, por la presencia de diferentes saberes disciplinares que confluyen y convergen para construir y abordar problemas de salud. Pueden identificarse así, el concepto de totalidad (Testa, 1989) que determina a la salud como un fenómeno social, y con ello la necesidad de una conceptualización global para pensar las dimensiones que la determinan. Desde esta perspectiva, abordar problemáticas de salud, implica tener en cuenta que la acción es ejercida sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino, sobre todo, significados subjetivos y sociales (Menéndez, 1994). En coincidencia con este planteo surge en los últimos años desde las ciencias sociales, una forma de pensar los servicios de salud desde una perspectiva de tipo procesual. La misma enfatiza la necesidad de sustituir el enfoque médico-paciente por la consideración de una relación más amplia, entre población y servicios de salud, a partir de incorporar la dimensión de los grupos o conjuntos sociales. Surge la necesidad de reconocer y considerar los sesgos producidos por desigualdades de orden cultural, que explicarían cómo los conjuntos sociales definen sus problemas de salud, sus necesidades, demandas y acciones a través de lógicas diferenciales entre sí y respecto a la lógica de funcionamiento de las instituciones del sector salud.

El presente trabajo tiene como propósito explorar las características de la relación del campo de la salud con el de la

comunicación, para dar cuenta de las modalidades y posicionamientos que caracterizan a la misma. Se consideran para la descripción dos categorías generales que permiten dar cuenta de los principales modelos teóricos de la comunicación: la primera denominada instrumental, y la segunda, relacional.

Entre linealidades y procesos

Puede denominarse como una perspectiva instrumental aquella que, a través de una mirada reduccionista, asocia la comunicación al uso y manejo de técnicas y medios de comunicación. Surgen enfoques (2), como el Abordaje Pragmático que se basa en la transmisión eficaz y eficiente de la información y la comunicación. Como parte del mismo, se posiciona el enfoque de Generación de Efectos, en el que subyace una concepción de los medios masivos valorizados como omnipotentes, capaces de inyectar valores y actitudes a las personas modificando sus conductas. Otra corriente, la de los Efectos Limitados, denominada también estudios empíricos sobre el terreno, trata sobre la influencia que se construye en las relaciones comunitarias. Bajo el Enfoque de Cumplimiento de Funciones, se relacionan los procesos de comunicación de masas con las características del contexto social en el que se producen, surge como imprescindible para entender las comunicaciones considerarlo. Coexiste en el mismo abordaje el Enfoque de la Influencia Personal, con autores referentes como Merton y Lazarsfeld, quienes a través de la propuesta de la teoría de la Comunicación a dos pasos postulan que los mensajes sigan un flujo en etapas que contemplen las relaciones interpersonales, donde se sitúan los líderes de opinión y el vínculo entre éstos y las personas menos activas, quienes podrán ser influidas por su accionar.

En una posición crítica a la perspectiva instrumental por reducir la comunicación a la transmisión de sentido y los medios de comunicación a transportadores de señales -lo que imposibilita analizar la complejidad de los procesos comunicacionales- surge superadora la visión relacional de la comunicación. Bajo un abordaje *Político-Cultural* (3), surge una concepción de la comunicación que la define como un proceso de producción social de sentido, donde se generan y circulan creencias y valores como manifestación intersubjetiva. Por tal motivo es imprescindible visualizar cuestiones estructurales y los contextos en las cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios, dado que los procesos comunicacionales no son autónomos de las condiciones en las cuales se producen. Erick Torrico Villanueva (2004) propone, para definir el objeto comunicacional, al proceso social en sí mismo: "El objeto de estudio de la comunicación es el proceso social de producción, circulación mediada, intercambio desigual, intelección y uso de significaciones y sentidos culturalmente situados que es algo de naturaleza socialmente estructural (constitutivo) e inseparable para fines teóricos e investigativos de las otras dimensiones analíticas de la vida social" (Torrico Villanueva, 2004). Desde esta mirada, la comunicación supera la mera construcción de estrategias y elaboración de mensajes y promueve el análisis de las prácticas y sentidos que posibilitan los vínculos entre los diferentes sujetos y la construcción de lo social.

Historia de los modelos de la Comunicación en Salud: objetos y sentidos. Parte I

La Comunicación en Salud tiene como antecedente a la Comunicación para el Desarrollo (CpD), perspectiva que surge en el marco de las primeras concepciones de la comunicación que se desarrollan en Estados Unidos (EEUU). La CpD se origina como práctica de intervención a fines de la Segunda Guerra Mundial y comienza a practicarse en América Latina (AL) a partir de los últimos años de la década del 50. En el marco de procesos de transferencia de tecnología y de la cultura sociopolítica desde las sociedades "desarrolladas" hacia las sociedades "tradicionales", surgen las primeras unidades de comunicación para el desarrollo; con el propósito de implementar programas en ámbitos como la educación, la agricultura y la salud. Desde este último, se constituye la Comunicación en Salud. Pueden describirse como sus características: el uso de medios masivos e interpersonales de comunicación, la investigación y planificación en salud con el propósito de establecer audiencias, indagar el efecto de los mensajes y evaluar las estrategias implementadas por las políticas de comunicación.

Si bien pueden enumerarse diversos modelos -teóricos y metodológicos- en el marco de la Comunicación en Salud, las principales propuestas surgen ligadas a las teorías de la conducta y de la persuasión. Pueden enunciarse como principales: la Mercadotecnia Social, el método PRECEDE-PROCEDE, el Cambio de Conductas Aplicado y el Modelo de Planificación desarrollado por la Oficina de Información sobre el Cáncer.

En 1950 surge en Estados Unidos la propuesta de aplicar principios del marketing comercial -usado para la venta de bienes y servicios- a la difusión y aceptación de ideas y servicios. Surge entonces, definido por Philip Kotler, en 1971, el concepto de marketing social "*la mercadotecnia social es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales al cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y en las técnicas de comercialización*" (Kotler, 1995). Propuesta con vigencia en la actualidad que ha sido criticada por su concepción conductista del comportamiento humano. Se cuestiona por ser un modelo que promueve

soluciones simples a problemas complejos, además de reducir los problemas de salud a categorías de factores de riesgo individuales, sin tener en cuenta el contexto social como determinante de salud.

El modelo PRECEDE-PROCEDE fue diseñado en la década del 80 en el ámbito de la Educación para la Salud por Lawrence Green y Marshal Kreuter. Como método se basa en cuatro disciplinas: epidemiología, ciencias sociales y de la conducta, administración y educación. Para su implementación se propone partir de un diagnóstico social de las necesidades, deseos, recursos y obstáculos percibidos por la comunidad destinataria, hasta llegar a la etapa donde se realiza un estudio de los factores que, según los autores, afectan la conducta. Describen tres tipos: factores predisponentes (actitudes de la persona como creencias, valores, percepciones) que facilitan o dificultan la motivación personal para el cambio, los factores facilitadores de conductas que no posibilitan el cuidado de salud: como falta de seguro de salud o de atención por parte del sistema sanitario y los factores del refuerzo, relacionados con el *feedback* que establece la persona que decide modificar su conducta en relación con los mensajes recibidos.

La propuesta del Modelo de Cambio de Conductas Aplicado, denominado AISDCOM, surge en la segunda mitad de la década del 80, por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) en el marco de proyectos para la investigación y elaboración de estrategias de comunicación para la prevención del VIH-SIDA. Confluyen, bajo una acción coordinada los siguientes elementos: un conjunto de categorías analíticas respecto al comportamiento humano “constelación del comportamiento”, un núcleo de mercadeo social y un modelo de planificación. Los autores del modelo destacan que por las características de la epidemia del VIH-SIDA, los esfuerzos deben focalizarse en intervenciones que contemplen el comportamiento individual y en conductas particulares de una población específica. Esta última propuesta ha recibido muchas críticas en la problemática del VIH-SIDA, ya que construye la denominación “grupos de riesgo” (integrados por ciertos grupos como homosexuales, hemofílicos, trabajadoras sexuales, etc.) que logra idear una visión entre los que están en “riesgo”, con mayor “vulnerabilidad”, en el marco de un vínculo entre “ellos” y “nosotros”; asentado en juicios morales que provocan discriminación social e inciden en la percepción del riesgo en el nivel individual. En este modelo, la estrategia comunicacional aparece como un diseño predeterminado. A partir de investigaciones se define qué información se dará, a quién y por qué canal de comunicación. El énfasis se coloca en la idea del ciclo de planificación, que al realimentarse continuamente, posibilitará mayores niveles de eficacia y efectividad.

El modelo de planificación desarrollado por la Oficina de Información sobre el Cáncer fue adaptado por funcionarios del Programa de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La premisa fundamental es que los programas de Comunicación en Salud, para tener viabilidad, deben basarse en la comprensión de las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas. La propuesta consta de seis etapas definidas: planificación y selección de estrategias, selección de canales, elaboración de materiales y pruebas preliminares, ejecución, evaluación de la efectividad y retroalimentación para reformular el programa (en caso de ser necesario). El documento guía señala aspectos a tener en cuenta como: incluir la comunicación como un componente más en los programas diseñados para resolver un problema de salud y considerar que los programas de comunicación por sí solos, sin el apoyo de servicios y estructuras del sistema de salud, no tienen alcance suficiente. Los modelos descritos, más allá del cambio en sus componentes o en las propuestas metodológicas, enuncian a la comunicación como un recurso, como una estrategia, desconociendo la significación que conlleva la comunicación en sí misma. Al ser un fenómeno cuya acción y sentido atraviesa dimensiones complejas de las prácticas en salud, se hace necesario considerarla desde esta complejidad para trabajar en y por los determinantes de salud de las poblaciones.

Historia de los modelos de la Comunicación en Salud: objetos y sentidos. Parte II

En la década del 80 se produce una crisis institucional sanitaria, debido a que en los países “desarrollados” ocurren cambios en los patrones de enfermedad en paralelo con aumentos en los costos de la atención médico-curativa; cuestión que coincide con una capacidad limitada para resolver el impacto y crecimiento de las enfermedades crónicas degenerativas. En este contexto se desarrolló en Canadá (1986) la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en la que surge la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” como un documento fundacional que propone una noción holística y positiva de la salud; además de rechazar el enfoque de la educación para la salud tradicional, en el que la población desempeña un papel pasivo como receptora de los programas educativos desarrollados por los profesionales de la salud y los especialistas en comunicación (OPS/OMS, 1996). En relación con la comunicación, el documento hace referencia entre sus ejes prioritarios de acción, a tres procesos denominados metodológicos como: el de *mediación* (para involucrar a todos los actores), el de *abogacía y cabildeo* (en relación con cuestiones de interés público y su tratamiento) y el de la *información y comunicación social*, como mecanismos utilizados para respaldar los procesos que posibilitan la intervención de la PS (4).

A partir de la Promoción de la Salud, constituida como política y movimiento internacional, la Comunicación en Salud tuvo otro desarrollo en América Latina, mediado por características políticas propias del continente y por (re) adaptaciones de los modelos

anteriormente citados. Las intervenciones de promoción de la salud en el ámbito comunitario se centran, desde el proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) en determinaciones más cercanas a cuestiones sociales e históricas y no tanto a aquellas relacionadas a la conducta individual. De modo paralelo a la mercadotecnia social donde la comunidad es tomada como objeto de la intervención, surgen en el continente con características diferentes, propuestas que posicionan a la población como sujetos de acción. Se sitúan perspectivas que pronuncian potencialidades de la PS con relación a sí misma y a la comunicación, como los proyectos en salud que surgen desde el modelo que tiene como referentes a Paulo Freire y Joao Bosco Pinto en el campo de la Educación Popular (5). Como política y estrategia pedagógica cuyos aportes resultan coincidentes con las propuestas de la Promoción de la Salud, pueden enumerarse contribuciones al abordaje de los problemas de salud como: la movilización comunitaria, el uso de técnicas educativas y participativas, la articulación de saberes técnicos con los saberes de la comunidad local y la promoción de la participación y la intersectorialidad en el desarrollo de políticas públicas para enfrentar las necesidades básicas de la población (Marshall, 1992). Desde estas perspectivas la comunicación pasa a formar parte de los procesos de resolución de problemas, por y para las comunidades, con el sentido de mejorar sus condiciones de vida. Se desarrolla en la región paralelamente, la Comunicación Popular que surge evidenciada como una dimensión articulada a un proceso transformador, vinculada a la organización popular en marcos de transformaciones sociales fundadas en la participación y el diálogo (Kaplún, 1987).

En coincidencia con los autores citados, Daniel Prieto Castillo (1997) identifica a la comunicación inserta en la PS como comunicación educativa y la contextualiza en el marco de un desarrollo teórico y metodológico propio de América Latina. Propone el concepto de mediación pedagógica, que se relaciona con la comunicación educativa y que caracteriza la tarea de promover y acompañar el aprendizaje. Esta propuesta se relaciona con una alternativa metodológica ideada por Chapela Mendoza y Jarillo Soto (6) (2001) quienes desde otra perspectiva -centrada en las prácticas e inmersa en una dialéctica- consideran que uno de los objetivos de la PS es la autoconstrucción de los sujetos. A través de promover el proceso de autonomía, surgen cuestiones que producen consecuencias favorables en los niveles de salud de los individuos. Se deduce una modalidad de la comunicación – política / pedagógica- como integradora y parte del proceso, donde los vínculos entre los sujetos surgen diferentes: el Otro se constituye en la dinámica comunicacional dando lugar a una relación simétrica. El lugar protagónico lo detenta el proceso (de intervención o conocimiento) más que los contenidos propuestos en la comunicación. Además de la posibilidad de elaborar mensajes y pensar estrategias para lograr ciertos objetivos para el cambio de conductas, individual o social, surge mediante la comunicación, el análisis de las prácticas y sentidos que promueven la construcción de los vínculos sociales.

A partir de estos abordajes la comunicación no es considerada desde una perspectiva utilitarista de base conductista, sino que es propuesta y visibilizada en la implementación de procesos locales para promover conocimientos, actitudes y prácticas saludables. Evidenciada como un proceso de carácter social, puede aportar al fortalecimiento de la capacidad de los individuos para que estos incidan y actúen sobre los determinantes de su propia salud. Resulta interesante, en marcos donde los sentidos ideados por los actores van más allá de las prácticas que permiten comunicar, pensar la comunicación de modo relacional, posicionándola en el campo de las prácticas sociales, e indefectiblemente en las prácticas de salud.

Cuestiones para indagar

Surgen propuestas e interrogantes para seguir pensando la relación entre ambos campos, el de la comunicación y el de la salud. A partir de considerar cuestiones como: el rol y la formación del comunicador en salud y las propuestas (y respuestas) de la Comunicación en Salud en contextos donde las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTICs) reestructuran los vínculos sociales y los espacios donde estos se desarrollan. Resulta necesario explorar los discursos que enmarcan las acciones de salud e interrogarse acerca de las influencias -por su constitución articulada con la medicina, estructurada sobre la base de ciencias positivas- respecto a la concepción de la comunicación en un sentido lineal y efectista, desconocedora de subjetividades y legitimada actualmente en ciertas prácticas y dispositivos que se llevan a cabo en el sistema de salud.

Notas

(1) Eduardo Menéndez (2003) define al proceso salud/enfermedad/atención desde una perspectiva relacional, que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio-cultural es heterogéneo. Considera que, en él se constituyen relaciones de hegemonía/subordinación y se llevan a cabo procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración. Los sujetos (actores) y los conjuntos sociales son los que determinados o no, desarrollan el papel de agentes relacionales. Esto supone la existencia de estructuras sociales y significados producidos por los mismos. Relaciones que pueden asumir características de oposición, complementariedad y subordinación.

(2) La clasificación que ordena los diferentes modelos y perspectivas teóricas de la comunicación en dos grandes categorías fue elaborada sobre la base del cuadro clasificatorio de “Enfoques por abordaje” propuesto por Erick Torrico Villanueva en su libro “*Abordajes y períodos de la teoría de la*

comunicación" (2004), Editorial Grupo Norma.

(3) Conviven en este abordaje y se han sucedido enfoques como el de los estudios culturales, la recepción crítica, las (multi) mediaciones, el consumo cultural y la mediología, entre otros.

(4) La operativización se lleva a cabo mediante tres dimensiones: en primer lugar *los escenarios y ambientes*, le siguen las *estrategias principales* y finalmente los *grupos de población*. En relación con la segunda dimensión y considerando la PS como una nueva disciplina puede ubicarse un primer grupo de instrumentos en el área de la educación y comunicación de/para la salud, "se encuentra profusión de referencias a las metodologías educativas, que es explicable porque la educación para la salud o educación sanitaria es más antigua que la PS" (Restrepo, 2001).

(5) Existen en esta propuesta diferentes concepciones y tendencias que tienen como denominador común vínculos con los denominados sectores populares y la perspectiva de cambio social.

(6) Docentes e investigadores. Coordinadores del Diplomado en Promoción de la Salud de la UAM Xochimilco (México), institución académica pionera en el pensamiento de la Medicina Social.

Bibliografía

Beltrán Ramiro, Luis, "La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes" en Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina, Ecuador, 1993.

Bohórquez, Franciso; Jaramillo Luis Guillermo, "El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente", En *Revista INDEX de Enfermería Digital*, Año XIV Otoño 2005 N° 50, Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/50_sumario.php, Fecha última consulta 15-01-08.

Czeresnia, DINA; Machado de Freitas, Carlos, Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006, 34-47.

Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo; Jarillo Soto, Edgar, "Promoción de la salud, siete tesis del debate" en Cuadernos Médicos Sociales 70, Rosario, 2001, 59-69.

Donabedian, Avedis, La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.

Ianowski, María Vanda, "La escuela secundaria como espacio privilegiado en la articulación de campañas preventivas" en *SIDA y sociedad*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1997.

Kornblit, Ana Lía; Petracci, Mónica, "Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de la gente de protegerse del VIH/SIDA", En Kornblit, A, SIDA: Entre el cuidado y el riesgo. Estudios en población general y en personas afectadas, Buenos Aires, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000.

Kotler, Philip, *Mercadotecnia Social*, Madrid, Editorial Diana, 1995, 38-59.

Kaplún, Mario, *Una Pedagogía de la Comunicación*, Madrid, Ediciones de la Torre, 1998, 18-73.

Marshall, María Teresa, "La Práctica educativa en el campo de la salud" en II Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1981, 221-231.

Menéndez, Eduardo, "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Spinelli (comp.) *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, 11-47.

Nájera, P, "Educación para la salud en el caso del Sida" en R. Nájera (ed.) *Sida: de la Biomedicina a la Sociedad*, Madrid , Editorial Eudema, 1990.

OPS/OMS, *Planificación Local Participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*, Canadá, Serie Paltex N° 41, 1999, 29-55.

OPS/OMS, *Propuesta de Currículo Académico para Periodismo en Salud*, Reunión Técnica UNESCO-OPS/OMS, Ecuador, Universidad de Azuay, Cuenca, 1995, 21-43.

Petracci, Mónica; Quevedo, Luis; Vacchieri, Adriana. "Los modelos políticos-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina". 1991-1993". Buenos Aires, 1994.

Petracci, Mónica, *Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*, Buenos Aires, Ediciones Letra Buena, 1994.

Petracci, Mónica, "Sida, medios de comunicación y campañas" en *Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*, Buenos Aires, Ediciones Letra Buena, 1994.

Petracci, Mónica, *Salud, derecho y opinión pública*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 2004.

Rioseco, Fernán; Jarpa, Elena; Valenzuela, Claudia. "Evaluación de la comunicación entre el equipo médico y los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI" en *Revista Chilena de Medicina*, 2003. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/LILACS/lang>. Última consulta en Internet 25-02-08.

Testa, Mario, *Pensar en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997, 177-181.

Torrice Villanueva, Erick, *Abordajes y períodos de la teoría de la comunicación*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2004, 129-136.

Weller, Silvana, "Sida y subjetividad. Análisis de una experiencia", en SIDA y Sociedad, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1997.