
SIDA: LA CRISIS CONTINÚA *

Gregorio Escalante

Kareen Lisbeth Escalante

SOBRE LA EXPRESIÓN SEXUAL HUMANA

La investigación sociológica que trata de esclarecer lo relativo a influencias y procesos que afectan directamente la expresión sexual humana es relativamente reciente. El análisis de una literatura mayormente descriptiva sugiere tres grandes áreas problemáticas de cuya resolución se han ocupado los sociólogos desde 1965: los controles sociales de la sexualidad, los contenidos conductuales derivados y la influencia ejercida sobre el individuo.

Si bien es cierto el potencial para la conducta sexual es de naturaleza biológica, es indudable que los modos de expresión del potencial son determinados por factores socioculturales. En cada sociedad hay limitaciones impuestas a la edad, el sexo, el parentesco y el lugar para expresarse sexualmente. La sociedad controla por medio de sus instituciones la conducta sexual de sus individuos, ya sea formulando una serie de normas (código generalizado de conducta) que sirvan de base para el autocontrol, o proponiendo sistemas de sanción que son activados cuando las normas se violan.

Las dos instituciones cuya influencia resulta definitiva en este aspecto son la iglesia y la familia. La denominación religiosa suele estar muy asociada con las actitudes que la gente mantiene sobre el sexo. En sociedades donde predomina la tradición judeocristiana la orientación sexual está dirigida básicamente hacia la procreación, de modo que cualquiera otra finalidad es prohibida. Todo lo que escape a esa dirección es condenado vía formulación de tabúes de diferente naturaleza que prohíben la homosexualidad, la masturbación, la sodomía, la actividad sexual con niños y en general toda práctica sexual sin potencial reproductivo. Como la concepción no es posible durante la menstruación, embarazo o menopausia, se prohíbe el coito durante tales períodos. En esta tradición religiosa se observa para el sexo una perspectiva profamilia muy acentuada, de modo que el matrimonio es la única forma de legitimarlo...

La familia también tiene un papel fundamental en la regulación sexual. En ella se promueve el casamiento como única forma admitida de lograr pleno acceso a las gratificaciones derivadas del sexo. La familia evalúa y decide qué es funcional y qué no lo es en materia sexual: si el coito prematrimonial contribuye positivamente para el matrimonio, entonces es generalmente aceptado. Contribuir positivamente significa ir en favor de la formación y continuación de la familia, con lo cual también resulta enfatizado el aspecto reproductivo de la expresión sexual.

En este contexto la familia suele mantener una serie de temas fundamentales entre los cuales destacan:

- (a) dentro del matrimonio es obligatoria la relación sexual con fines reproductivos;
- (b) la expresión sexual debe limitarse al coito vaginal, única forma de procrear;
- (c) toda relación pre, extra o post matrimonial es incorrecta;
- (d) el sexo casual no debe permitirse; y
- (e) la relación sexual debe plantearse en climas psicológica y emocionalmente íntimos.

En realidad todo ello forma parte de lo que pudiera llamarse una teoría del 'sentido común' sobre conducta sexual que, obviamente, debe sufrir serias disrupciones y contrastes en las diferentes subculturas disueltas en la cultura mayor.

* Versión actualizada, enero del 2002

Recientemente las prácticas sexuales se han hecho mucho más liberales y cada día es mayor el número de individuos que ignoran tales dispositivos formales de control, manteniendo relaciones sexuales pre o extra matrimoniales o acogiendo técnicas de expresión sexual 'desreguladas'. Lo anterior es especialmente cierto entre la gente joven, cuya conducta sexual pareciera ser ahora mucho más liberal que endenantes. Por lo demás, los jóvenes suelen abandonar el hogar a edades cada vez más tempranas y se someten a influencias del grupo de compañeros más fuertes y consistentes que la influencia tradicional de la iglesia y la familia, lo cual termina por generar cambios apreciables en su comportamiento sexual global (Walster, Walster y Traupmann, 1978, Delamater, 1981).

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SIDA

Hay tres modelos etiológicos del síndrome. El primero, que pudiera llamarse modelo del "agente único", afirma que la enfermedad es causada por uno o más patógenos de naturaleza generalmente viral que conducen a una situación de incompetencia inmunológica (la enfermedad primaria) lo cual posteriormente lleva al organismo huésped a un estado de indefensión ante a un sinnúmero de enfermedades secundarias de origen viral, protozoico y micobacterial.

El segundo modelo sustenta la tesis de una "sobrecarga inmunológica" y difiere del primero en lo atinente a los mecanismos que conducen a la inmunosupresión. En lugar de proponer un agente patógeno único sugiere que el agente causal es la "mala vida" característica del homosexual urbano, que genera enormes desafíos al sistema inmunológico, derivados del uso excesivo de drogas, exposición frente al semen, hábitos sanitarios deficientes y exposición repetida a virus como el EpsteinBarr, el citomegalovirus o el virus de la hepatitis B. La idea detrás del modelo es que tales desafíos suelen combinarse para producir un estado irreversible de supresión (o mejor) indefensión inmunológica.

El tercero es un modelo de naturaleza interactiva que combina los términos del primero y el segundo y postula que la exposición al agente productor del SIDA conducirá a una sintomatología clínicamente significativa solamente cuando el huésped es vulnerable, conforme con las proposiciones básicas del segundo modelo. El postulado resulta especialmente útil cuando se toman en cuenta los hechos más recientes de la investigación psiconeuroinmunológica, que sugiere una compleja cadena causal entre eventos cognitivos y ambientales, alteraciones del sistema inmunológico y surgimiento de la enfermedad, todo ello mediado por influencias del sistema nervioso central sobre procesos de regulación hormonal (Martin y Vance, 1984).

Todo lo anterior simplemente sugiere que los hechos decisivos en la inmunosupresión van mucho más allá de las sustancias y agentes cuyas consecuencias sobre el sistema inmunológico ya han sido plenamente demostradas, hasta cubrir un rango amplísimo de factores psicosociales y datos conductuales que pueden ser definitivos en el proceso de trasmisión del SIDA.

CONDUCTA SEXUAL Y SIDA

La información disponible sobre conducta sexual de algún modo puede ayudar al desarrollo de métodos más efectivos para la prevención conductual de la epidemia. Debe admitirse, sin embargo, que una buena parte de la información conocida evidencia serias limitaciones derivadas de muestreos inadecuados, empleo de instrumentos de medición no muy confiables, en los cuales suelen mezclarse cuestiones actitudinales, conductuales y cognitivas.

Por lo demás, el trabajo de recolección de datos no siempre queda a cargo de personal experimentado capaz de mantener un clima profesional e interpersonal adecuado durante las entrevistas, de modo que las confusiones, las ambigüedades del lenguaje y la terminología sofisticada puede ayudar a introducir errores en los protocolos. Lo anterior resulta especialmente cierto cuando se entiende que en estos casos se trata de coleccionar información sobre temas potencialmente egoamenazantes y ante los cuales las personas suelen evidenciar márgenes de sensibilidad muy elevados.

La forma primaria de transmisión del SIDA sigue siendo el contacto sexual entre homosexuales. La literatura, sin embargo, menciona otras conductas sexuales que son relevantes en el contagio, porque suponen un número variable de compañeros en la relación sexual. Conviene

agregar que cuando se habla de relación sexual la referencia se hace a una serie de dimensiones distintas muy correlacionadas que incluyen el número de compañeros, número de actos sexuales, tipo de ejecuciones y lugar donde las mismas se realizan. Debido a que todavía no se sabe cuáles aspectos de la conducta sexual comportan el riesgo más grave en la transmisión del SIDA, es entonces importante caracterizar a los individuos no sólo en términos de lo **qué** hacen, sino también con **quién, cómo y dónde** lo hacen.

Entre las conductas sexuales consideradas riesgosas en la transmisión del SIDA suelen mencionarse las relaciones sexuales extramaritales, que suponen riesgo potencial de infección para el compañero monógamo. Es potencialmente riesgoso el coito anal, conducta que se considera particularmente rara en la población heterosexual, cuestión que parece formar parte de un estereotipo cuyas consecuencias reales no son del todo confiables. Según Gardner y Wilcox (1993: 975) esta conducta sexual no es nada rara entre adolescentes y adultos heterosexuales. También supone gran riesgo el sexo con prostitutas, aun cuando parece que la transmisión del VIH es mucho más común de macho a hembra que al revés. Otro factor de riesgo es la interacción entre grupos de orientación sexual distinta, especialmente drogadictos intravenosos (iv) y homosexuales. Finalmente, los contactos sexuales durante visitas a ciudades con alta prevalencia del VIH es otro factor de riesgo. En este grupo deben considerarse los trabajadores migratorios, los camioneros y los reclutas jóvenes.

Debe aclararse que en el caso de drogadictos, homosexuales, prostitutas, camioneros, etc., el riesgo es puramente conductual y no debido a la pertenencia a un grupo determinado. La determinación exacta del tipo y nivel de interacción sexual predominante en los distintos segmentos sociales sería necesaria para poder hacer predicciones epidemiológicas más seguras. Un error muy frecuente es la elección de estos grupos de alto riesgo para centrar en ellos las campañas de prevención, un esfuerzo que nos parece conveniente, pero que también puede originar en la población general percepciones equivocadas acerca de que el SIDA solamente es un problema 'para esa clase de gente'...

Otro de los errores más frecuentes consiste en asumir que al identificar a la persona como heterosexual u homosexual, de una vez se está estableciendo el sexo de su compañero. Semejante predicción no es del todo confiable: entre un 62 y un 79 por ciento de los homosexuales han tenido también relaciones heterosexuales, y entre 15 y 26 por ciento han estado casados. Para el caso de las mujeres reconocidas como lesbianas, un 81 por ciento han tenido por lo menos un coito heterosexual, un 74 por ciento reportan haber hecho el amor con un hombre por lo menos una vez a partir de los 18 años y entre 20 y 35 por ciento estuvieron casadas (Reinisch, Sanders y ZiembaDavis, 1988).

DROGADICCIÓN Y SIDA

En Europa y los Estados Unidos los drogadictos iv forman el segundo grupo mayor con SIDA, después de los homosexuales. De todos los casos de contagio reconocidos en la Estados Unidos hasta abril de 1988, una cuarta parte evidencian como factor de riesgo el uso intravenoso de drogas. Y lo mismo es cierto para una quinta parte de los casos reconocidos en Europa.

En los Estados Unidos casi tres cuartas partes de los casos de SIDA del tipo iv están ubicados en New York, New Jersey y Connecticut. Para agosto de 1987, las diez ciudades estadounidenses con el mayor número de casos reportados de SIDA eran New York, Newark (NJ), San Francisco, Los Ángeles, Houston, Washington (DC), Miami, Chicago, Philadelphia y Dallas. A mediados de 1990 se habían declarado en los Estados Unidos unos 120.000 casos entre adultos y adolescentes y cerca de 2.000 casos de SIDA pediátrico (en niños menores de 13 años).

De los 66.464 casos reportados hasta julio de 1988 en los Estados Unidos, 5.757 eran mujeres. Para 1987 se estimaba que a escala nacional unas cien mil mujeres estaban contagiadas del virus, que solamente en Nueva York unas 50.000 eran seropositivas y que 40.000 de ellas probablemente eran negras o latinas (New York Times).

Para Europa la concentración mayor de casos del tipo iv se localizan en Italia, el sur de Francia y España. En realidad España e Italia son los únicos dos países en el mundo donde la mayoría de los casos de SIDA observados son del tipo asociado con el uso intravenoso de drogas.

Cuando el virus se establece entre los drogadictos de cualquier área geográfica, esta condición deviene la fuente principal para el contagio heterosexual y perinatal. Solamente en Nueva York casi el 90% de los casos de transmisión del SIDA supone el contacto entre un drogadicto y otra persona heterosexual que no usa drogas, y alrededor del 80% de los casos de SIDA perinatal supone el uso intravenoso de drogas por la madre o por su compañero sexual.

El virus puede transmitirse también a través de la sangre en drogadictos que comparten agujas contaminadas y en transfusiones de sangre o hemoderivados. Las madres transmiten a sus hijos el virus en la etapa perinatal y tan precozmente como en el primer trimestre de embarazo. También se puede transmitir de la madre al niño durante la lactancia, pero no hay prueba alguna de que su transmisión se realice vía contactos casuales o por medio de picaduras de insectos.

Antes de la aparición del SIDA era costumbre entre los drogadictos iv compartir con sus amigos más próximos o compañeros sexuales los distintos utensilios del equipo de inyección, sin restricciones de ninguna clase. Después del SIDA los controles en la venta de agujas y jeringas se endurecieron, de modo que la disponibilidad de tales enseres se hizo cada vez más escasa, sobre todo en países donde existen impedimentos para su venta libre, cuando los farmacéutas rehusan venderlas a sospechosos de drogadicción, cuando su posesión genera sospechas de tal naturaleza, o cuando existen regulaciones que hacen ilegal la posesión de los mismos. Frente a tales circunstancias resulta obvio que los drogadictos del tipo iv han terminado por alterar su comportamiento usando agujas estériles con mayor frecuencia, esterilizando más cuidadosamente las agujas con alcohol o cloro, negándose a compartirlas, reduciendo el consumo de drogas por vía intravenosa o reduciendo el número de inyecciones por semana.

De todos modos los estudios revelan que no es suficiente ofrecer información sobre el SIDA entre la población de alto riesgo para producir disminuciones reales en los niveles de expansión de la epidemia. Aparentemente y a pesar de la difusión del riesgo vía agujas contaminadas, muchos drogadictos continúan compartiendo sus agujas y practicando sobre ellas esquemas de desinfección bastante deficitarios (Latkin et al, 1994). Es necesario que los mecanismos útiles para el cambio de conducta estén realmente disponibles, tal como se demostró en Nueva Jersey (donde se ofreció tratamiento gratis a los drogadictos), en San Francisco (donde se proveyó cloro para la esterilización de los equipos de inyección) y en Amsterdam (donde las agujas usadas eran intercambiadas por equipo nuevo gratis) (Des Jarlais y Friedman, 1988).

HOMOSEXUALIDAD Y SIDA

Seguramente lo más dañino del SIDA es la total incertidumbre etiológica que lo acompaña. La detección temprana no es posible. No existe forma alguna de tratamiento efectivo. Y en materia de profilaxis realmente es poco lo que puede hacerse. Algunos precursores del síndrome (fatiga, diarrea, sudores nocturnos y pérdida de peso) son ocurrencias tan comunes que no pueden ser usadas como mecanismos de diferenciación. Pero por sobre todo esto, la enfermedad comporta toda una serie de estigmas altamente dañinos que van desde la carencia de apoyo social hasta la desesperanza, pasando por una pérdida casi total de la autoestima, miedo al contagio, ostracismo y preocupación acerca de las opciones médicas disponibles.

Para la minoría más seriamente afectada (la población de homosexuales) el SIDA representa aislamiento grave y estigmatización. De hecho, el nombre inicialmente propuesto para el síndrome fue GRID (GAY RELATED IMMUNE DEFICIENCY). La cobertura formal en la prensa estadounidense, cuando la enfermedad era solamente definida como típica de grupos marginales, se refería a la misma como "the gay plague". El primero de marzo de 1986 el New York Times recogía la idea de que "a quien se le detecte SIDA se le debe tatuar en el antebrazo para proteger a otros drogadictos y en las nalgas para evitar que otros homosexuales sean sus víctimas" (p. A27). El American Spectator (febrero 1987: 29) recomendaba que se hicieran "pruebas de sangre a la población todos los meses para detectar la presencia de SIDA", y sugería que quienes estén "contagiados con el virus, aun siendo solamente portadores, deben ser inmediatea, compulsiva y permanentemente aislados..."

En los Estados Unidos y en otras partes del mundo el nexo entre SIDA y grupos estigmatizados provoca reacciones públicas casi exclusivamente dirigidas hacia homosexuales, drogadictos, minorías raciales (negros o hispanos) y extranjeros en general (particularmente haitianos). La

verdad es que el SIDA se ha convertido en un símbolo bastante útil para estigmatizarlos. La consecuencia de ello ha sido el desarrollo de una compleja trabazón de opiniones y sensaciones mediadas por el temor ante una enfermedad letal prevaleciente entre grupos minoritarios que, aun antes de su aparición, ya eran el flanco predilecto de toda clase de prejuicios. Las encuestas en Los Angeles Times (diciembre 5, 1985; julio 9, 1986 y julio 24, 1987) consistentemente revelan que el SIDA "es un castigo divino para los homosexuales por su manera de vivir". Es obvio que la conversión del SIDA en un símbolo de esta naturaleza ayuda muy poco a comprender que la enfermedad en realidad es una epidemia de transmisión heterosexual...

EL VIRUS

A partir de la médula ósea adulta se derivan los linfocitos, células básicas del sistema inmunológico. Algunas de estas células se denominan linfocitos B y permanecen en la médula ósea hasta que maduran. Otros linfocitos se denominan células T (tímicos) debido a que su maduración se produce en el timo. Ambos tipos de células suelen circular a través de la corriente sanguínea y el sistema linfático antes de fijarse en los nódulos linfáticos, las amígdalas y otros órganos linfáticos periféricos del organismo.

Allí permanecen inactivos hasta que elementos patógenos amenazantes (toxinas, virus, bacterias) ingresan al organismo. Las células B entonces enfrentan la amenaza produciendo proteínas (anticuerpos) capaces de destruirla. Las células T responden también de modo muy específico mediante una serie de mecanismos altamente especializados que van desde ayudar a las células B a producir anticuerpos hasta la destrucción de antígenos con químicos letales propios.

Algunos de estos mediadores químicos juegan un papel importante en la modulación de procesos fisiológicos tradicionalmente no incluidos en el esquema clásico de la respuesta inmunológica. Así, la **Interleucina 1** estimula el tipo de sueño durante el cual ocurre la producción de la hormona del crecimiento, contribuyendo a la reparación de tejidos dañados, al mismo tiempo que induce una respuesta febril que incrementa la actividad biológica de los linfocitos y debilita organismos microbianos dañinos.

El agente responsable del SIDA es el VIH, un retrovirus humano del grupo de los lentivirus, que al entrar en las células T cambia su composición genética y luego pasa a destruirlas. Las infecciones por VIH resultan únicas básicamente por dos razones: primero, su ARN es integrado en el material genético de la célula huésped, y resulta muy dudoso el desarrollo de un tratamiento que sea capaz de remover de ella el material genético viral; y, segundo, el virus posee la ominosa propiedad de cambiar su cubierta proteínica y la base molecular de semejante variación se desconoce. No todas las células permiten al VIH su adherencia y las principalmente afectadas son los linfocitos CD4 (células T), responsables por la generación de la respuesta inmunológica. El individuo infectado resulta entonces incapaz para combatir agentes infecciosos que de otro modo toleraría fácilmente. Al producirse la insuficiencia del sistema inmunológico por aniquilación de las células T, la oportunidad es mayor para que organismos productores de enfermedad proliferen. De ahí la noción "infecciones oportunistas". La evidencia indica que otras células atacadas son las del sistema monocitomacrófago. Estas células no son destruidas y en este período la enfermedad no puede ser detectada además de que no existen síntomas que indiquen su presencia.

Como en esta fase de la enfermedad tampoco existen anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pruebas como ELISA (inmunoabsorción ligada a enzimas) no sirven para detectarlo. Los resultados deben ser confirmados con otras pruebas diagnósticas mucho más específicas para la detección de anticuerpos como la prueba de la mancha de western, que permite la detección de anticuerpos frente a proteínas virales específicas. Otras pruebas muy usadas en lo mismo son la inmunofluorescencia (IFA) y la radioinmunoprecipitación (RIPA). Sin la detección temprana, muchos individuos pueden convertirse en portadores inocentes del virus. Algunas personas infectadas resultan incapaces de vencer las otras infecciones y mueren. A este síndrome se le llama SIDA. Otros individuos expuestos al VIH pueden evidenciar inexplicables pérdidas de peso, sudores nocturnos, diarrea crónica, fatiga, fiebres e infecciones virales, conjunto de síntomas que en la literatura recibe la denominación de "complejo proSIDA". En

realidad no importa cuál tipo de ‘síndrome’ tiene la persona, pues la mayoría de la gente sufrirá consecuencias médicas severas como efecto de la infección. No está claro porqué unas personas desarrollan SIDA y otras no. Y parece que un factor muy importante es el tiempo transcurrido desde la infección: a mayor tiempo mayor la probabilidad. La infección por VIH no tiene síntomas específicos, de modo que el diagnóstico está fundamentalmente basado en pruebas de laboratorio. Pero de modo general puede decirse que síntomas persistentes como diarrea, pérdida de peso no justificada e inflamación de nódulos linfáticos puede indicar una infección por VIH.

La etapa siguiente supone la aparición de ciertas infecciones oportunistas o el desarrollo del sarcoma de Kaposi, anatomopatológicamente caracterizado por una proliferación celular mixta que incluye células endoteliales, y que puede ocurrir exclusivamente en la piel y en forma de pápulas que evolucionan gradualmente hacia nódulos de coloración azulosa y rojizo púrpura.

Una infección oportunista muy frecuente en sujetos víctimas del SIDA es la neumonía por el protozoo *Pneumocystis carinii*. Otra, que también suele acompañar y acelerar la aparición del síndrome, es el herpes simple, virus que está presente en el organismo de muchos individuos sanos y allí permanece hasta que surge la oportunidad para expresarse en algún microambiente corporal. La oportunidad puede ser creada por la simple exposición al sol o por la ansiedad que generan ciertas tareas complicadas o estresantes. No es raro que el enfermo de SIDA presente más de una infección oportunista simultáneamente. Además de la neumonía y el herpes, suelen ser frecuentes las infecciones por *Candida albicans*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Citomegalovirus*, *Isospora belli*, *Cryptococcus neoformans*, *Toxoplasma gondii*, *Cryptosporidium* y varias especies de *Salmonella* (Fauci y Clifford Lane, 1991).

Siempre se creyó que los retrovirus podían transmitir enfermedades malignas, pero ahora se sabe que algunos carecen de tal habilidad. Los asociados a enfermedades persistentes y crónicas (tuberculosis, artritis o anemia hemolítica) son llamados lentivirus, grupo al cual pertenece el VIH. Ahora también se sabe que el VIH comparte algunas características con el virus de inmunodeficiencia felina y con el de la anemia infecciosa equina. Y aunque posee cualidades únicas, el VIH comparte ciertas similitudes con lentivirus que existen en otras especies, incluyendo primates. De allí la hipótesis según la cual el VIH existió en otras especies como el mono verde africano antes de que se instalara en los humanos.

Los primeros reportes sobre el SIDA pronto lo convirtieron en un tópico de gran envergadura para la investigación médica y epidemiológica. Al comienzo se pensaba que algo andaba muy mal en los ‘aberrantes’ estilos de vida de los homosexuales y que ese algo estaba causando serias disfunciones en su sistema inmunológico. Después, cuando el virus fue identificado en haitianos, entonces se pensó en un agente viral oriundo de ese país caribeño, tal vez un mutante de alguna clase de gripe africana. Más tarde se creyó que no existía virus de ninguna clase sino que todo estaba siendo causado por una sobrecarga en el sistema inmunológico debida a excesiva actividad sexual, múltiples enfermedades venéreas, uso de drogas y mala nutrición. Tampoco se sabía en esa época que el VIH podía ser transmitido **in utero**. Y se creyó también que podía ser contagiado casualmente a los niños habitantes de vecindarios de alto riesgo especialmente problemáticos (Batchelor, 1984).

En realidad no existe un VIH único sino toda una familia con distintas características cuyas mayores divergencias son observadas a nivel de la cubierta proteínica. Y ello pudiera representar una estrategia que los mismos lentivirus han desarrollado para evitar su destrucción por el sistema inmunológico del huésped, debido a que la cubierta exterior es precisamente el blanco más vulnerable de los anticuerpos neutralizantes. Si tal es el caso, entonces el anticuerpo que pudiera neutralizar una forma de VIH resultará inútil al tratar de neutralizar otra. La entrada del VIH en una célula no supone necesariamente su destrucción. Es lo que ocurre cuando el virus penetra y permanece enclaustrado en las células del sistema monocitomacrófago, de modo que estos tipos de fagocitos pueden ser su reservorio y servir como medio de transporte para difundir el virus por el organismo. El solo hecho de que pueda el virus residir en ellos y reproducirse sin generar efectos dañinos supone también una forma eficiente de evitar ser detectado por anticuerpos del sistema inmunológico.

Por lo demás, esta habilidad del VIH para fijar su residencia en monocitos y macrófagos y permanecer en las células T hasta su activación, puede explicar la prolongada y variadísima

latencia entre la exposición inicial y la expresión de los síntomas. Ahora se sabe que el período de latencia (en promedio unos 10 años según Bacchetti y Moss (1990) puede ser influenciado por el uso de drogas, la dieta, el estrés, el ejercicio y la personalidad del individuo infectado, factores todos asociados con alteraciones en el funcionamiento de la respuesta inmunológica (Hall y Goldstein, 1986; Kiecolt Glasser y Glasser, 1988).

EL ENTORNO DE LA CRISIS

SIDA y subdesarrollo. La alarma del VIH resonó en la OMS en 1981, cuando tres norteamericanos evidenciaron una extraña sintomatología. Para ese momento, docenas de miles de enfermos de SIDA habían ya fallecido en varios países de África (Barbero, 1996). Actualmente se afirma que 33.4 millones de personas viven en el mundo con el VIH/SIDA, de las cuales 32.2 millones son adultos (personas entre 15 y 49 años) y 1.2 millones son niños menores de 15 años. Se estima que desde el inicio de la epidemia han muerto de SIDA 13.9 millones de personas, de los cuales 10.7 eran adultos (6 millones hombres y 4.7 millones mujeres) y 3.2 millones eran niños.

Es bien sabido que desde su aparición la enfermedad ha venido complicando la situación en la mayoría de los países del Tercer Mundo. El 80 por ciento de los infectados se encuentran en países pobres de África, Asia y América Latina, y, según las estimaciones, al iniciarse el nuevo milenio ese porcentaje será superior al 90%. Los países más afectados siguen siendo Uganda, Zambia, Malawi, Ruanda y Zimbabwe, en los cuales el SIDA ha reducido la esperanza de vida de forma realmente impresionante: en Uganda, de 43 años ha sido reducida a 31; en Zambia, de 66 a 33; en Zimbabwe, de 70 a 40. Apenas un 9% de la población mundial vive en el continente africano, pero el 71% de los casos registrados de SIDA están localizados allí (Wright, 1992). A escala mundial se estimó que durante el año 98 las enfermedades asociadas al VIH causaron la muerte de 2 millones y medio de personas, incluyendo unas 900.000 mujeres y 510.000 niños menores de 15 años.

El drama humano que se vive en África no afecta solamente a las personas, sino que también afecta a los distintos países, cuya producción (en minería, agricultura o petróleo, por ejemplo) ha retrocedido en casi un tercio. El caso de Rodesia ilustra bastante bien la situación real. Antes de su independencia, en 1980, Rodesia sobrevivió a dos décadas de guerra civil, aislamiento político y sanciones económicas de la ONU, simplemente porque era una nación capaz de alimentarse por sí misma. Pero su situación actual con relación al SIDA aparentemente producirá más estragos que los producidos por todas aquellas presiones de los años 70 (Wright, 1992).

En lo relativo a las posibilidades reales de recibir tratamiento y en el modo como se invierte el presupuesto en los servicios de salud, hay también enormes diferencias. Para la mayoría de los enfermos de SIDA que viven en el Tercer Mundo, los fármacos antirretrovirales capaces de prolongar la vida de los infectados (AZT, d4T, 3TC) resultan inalcanzables debido a su altísimo costo.

SIDA y sexo. Igual que en muchas otras circunstancias, frente a la enfermedad del siglo, los grupos humanos no son tratados igual: el 26% de las mujeres infectadas por VIH no están bajo seguimiento médico, mientras que la proporción de hombres en la misma situación es de solamente 6.5%. Hasta diciembre de 1996 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CCPEUSA) han registrado 85.000 casos de SIDA entre mujeres adolescentes y adultas, de las cuales 48.186 han muerto. Entre 1985 y 1996, la proporción de casos de SIDA en mujeres en los Estados Unidos aumentó de 7 a 20 por ciento, y el VIH es ahora la tercera causa de muerte en mujeres entre 25 y 44 años y la primera entre mujeres negras del mismo grupo etario.

De los casos reportados en 1996, cuarenta por ciento se atribuyen a contactos heterosexuales y 34 por ciento al empleo de drogas iv. La mayoría de otros casos, que fueron inicialmente atribuidos a exposición "no conocida", fueron luego reclasificados como atribuibles a exposición heterosexual. Las mujeres de los grupos llamados minoritarios están siendo afectadas por la enfermedad de modo desproporcionado: 56% de los casos reportados se refieren a mujeres negras y 20% a mujeres hispanas. Y de acuerdo con la información disponible hasta diciembre 1 del 98

(CCPE, Online), aproximadamente un 43% de los 32.2 millones de adultos que viven con el SIDA a nivel mundial resultan ser mujeres*.

SIDA perinatal. La mayoría de casos registrados (entre 50 y 80 por ciento de las infecciones) ocurren probablemente durante el embarazo tardío o al nacimiento. El mecanismo exacto de transmisión se desconoce, pero se piensa que el VIH puede ser transmitido cuando la sangre materna pasa a la circulación fetal o por exposición al virus durante el trabajo de parto. El riesgo de transmisión perinatal aumenta cuando el VIH materno está avanzado, cuando hay grandes cantidades de VIH en su corriente sanguínea o pocas células CD4+T. Otros factores que pueden incrementar el riesgo son el uso de drogas por la madre, inflamación severa de las membranas fetales o un período prolongado entre rotura de membranas y parto.

EL SIDA EN VENEZUELA

En el período enero 82 - agosto 99 (Vigilancia Epidemiológica, OPLSIDA/MSAS) han sido registrados 7.658 casos de SIDA (6861 en varones (89.6%) y 797 en hembras (10.4%). Para ambos sexos la mayor concentración de casos se sitúa entre los 20 y los 39 años de edad. En el mismo período han ocurrido un total de 4.071 defunciones del sexo masculino (59,3%) y 436 del sexo femenino (54.7%). Las entidades federales más afectadas son Distrito Federal, Zulia, Miranda, Aragua y Carabobo (las de mayor concentración demográfica). Entre los estados andinos Mérida encabeza la lista con 186 casos, seguido por Táchira con 175 y Trujillo con 118. (Conviene notar que según la Comisión Estatal del SIDA, desde 1985 hasta enero del 98 se registró para el Estado Mérida un total de 320 positivos, 277 hombres y 43 mujeres, sin incluir datos para el año 86). Los estados con menor incidencia son Delta Amacuro con 7 casos, Amazonas con 8 y Cojedes con 11. La vía de transmisión predominante en Venezuela es la sexual, tal como se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. Vías de transmisión del VIH, por sexos (1982-1999)

Vía	Masculino	Femenino
Homosexual	2038	1
Bisexual	843	0
Heterosexual	1051	438
Droga iv	86	14
Perinatal	85	66
Hemofílicos	68	0
Transfusiones	24	26
Sanguínea	178	40
Mixto	113	0

Los casos reportados a la OMS desde 1983 hasta marzo de 1998 aparecen en la tabla que sigue:

Tabla 2. Casos de SIDA por años de registro. Venezuela (Último reporte: 31/03/98)*

1983	3
1984	29
1985	20
1986	87
1987	165
1988	347
1989	489
1990	609
1991	730
1992	886
1993	978
1994	1101
1995	972
1996	667
1997	194

* http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/stats/internat.htm

* (UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet June 1998)

Total 1998	7282
Descon.	5

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

En las sociedades industriales avanzadas pareciera muy difícil convivir con la muerte. Tal vez por eso la tendencia a mentir a los enfermos terminales y tal vez por la misma razón los pacientes acostumbran también mentir sobre su enfermedad. A los pacientes con cáncer se les miente seguramente porque la enfermedad se considera algunas veces de mal augurio y otras veces repugnante, abominable para los sentidos (Sontag, 1996). Tal vez otros quieran asignar a la enfermedad connotaciones mágicas o demoníacas, igual que antes ocurría con la sífilis, la tuberculosis o la lepra, seguramente todavía afiliados a una psicología perturbadora y demencial que funcionó muy bien... en los tiempos de Juana de Arco.

Con el SIDA está ocurriendo lo mismo. Todo el mundo sabe cómo se contrae la enfermedad y en la mayoría de los casos no han habido ‘accidentes’ que puedan explicar el contagio: el SIDA es algo que la persona misma se busca cuando las protecciones normales no se implementan. A nivel mundial, más del 75% de todas las infecciones en adultos son el resultado de coitos heterosexuales. En USA, la proporción de casos en adultos atribuibles a contactos heterosexuales pasó de 8.5% (en 1991) a 17.5 (en 1996). Y la proporción de casos reportados en mujeres cada año, pasó de 7% (en 1985) a 22% (en 1997).

Se sabe que los tres modelos básicos de transmisión son el coito no protegido, la inyección directa de sangre contaminada en usuarios de drogas ilícitas o vía transfusiones de sangre, y la transmisión vertical de madre a hijo, o SIDA perinatal. Muy raramente algunas personas han sido infectadas por rutas diferentes como inseminación artificial, transplante de órganos, o exposición demasiado intensa a la sangre y otros fluidos corporales. Y aun cuando la epidemiología no pueda “probar” la imposibilidad de transmisión por otras vías, la verdad es que en más de una decena de estudios separados no se han demostrado contagios en los hogares de más de 200.000 personas con SIDA, y tampoco han ocurrido infecciones entre niños que han estado en contacto con otros niños infectados.

Pero estar enfermo de SIDA es algo que posee implicaciones sociales muy severas: unas veces se habla de exceso sexual y otras veces los gritos van en dirección de la perversión sexual. Y durante mucho tiempo se le ha estado considerando como un castigo divino que, primero, pone al enfermo en evidencia como miembro de alguna comunidad de parias de muy malas costumbres y, segundo, deja en entredicho una imagen muy decepcionante de la ciencia.

Las complicaciones mayores de los pacientes con SIDA, especialmente en la fase tardía de la enfermedad, son las infecciones oportunistas, los tumores y las enfermedades neurológicas. Su atención debe ser individualizada, continua e integral, para tratar de cubrir necesidades físicas, psicológicas, sociales, familiares y espirituales. La relación médicopaciente con este tipo de enfermos terminales debe estar orientada a mantener la confianza entre el paciente y su médico, asumiendo la tarea de acoger responsablemente los sentimientos de ira, tristeza, rabia, negación, aislamiento, desesperanza y miedo que, necesariamente, deberán producirse. La creación de falsas expectativas sobre nuevos procesos de curación es un tema que también deberá ser abordado con suma claridad, así como también el papel de la familia como centro de apoyo fundamental para el enfermo, pero aclarando bien lo relativo a los prejuicios del contagio. Recuérdese que el SIDA es una enfermedad mortal generadora de un gran deterioro físico e inmunológico que no solamente se contagia, sino que también margina.

Los homosexuales varones y los drogadictos iv han sido históricamente los grupos de más alto riesgo en todas partes en lo atinente a infecciones por VIH. Y precisamente, debido a que conforman grupos subculturales muy diferentes los unos de los otros, es evidente que con ellos no puede emplearse el mismo estilo educacional que pudiera resultar efectivo con otros grupos de la población.

Es también evidente que en ausencia de una vacuna efectiva contra el virus, los únicos modelos útiles para tratar de contener la epidemia de SIDA deben ser derivados de la psicología. Un modelo psicosocial apropiado trataría de alterar las conductas que incrementan el riesgo de infección y procuraría diseñar esquemas de intervención que ayuden a conocer mejor los distintos

problemas relacionados con la etiología y progreso de la enfermedad, así como los factores conductuales específicos que contribuyen a su diseminación.

El VIH parece permanecer en estado latente por períodos de duración variable. Y aunque mata menos gente que las lesiones cardíacas, el cáncer y otras enfermedades comunes en nuestro tiempo, es una disfunción muy nueva y muy severa, además de contagiosa. Saber acerca de su etiología, la actividad del virus, el progreso de la enfermedad y los elementos conductuales responsables de su dispersión, son todos factores importantísimos para el desarrollo de modelos de intervención y ataque. De hecho, la mayor parte del esfuerzo de las ciencias sociales ha sido encaminado en esa dirección, tratando prioritariamente de alterar las conductas propiciatorias de alto riesgo frente al VIH.

En materia informacional, por ejemplo, son comunes las campañas que intentan acrecentar el conocimiento sobre tipos específicos de comportamientos preventivos capaces de aminorar el riesgo de infección. Y a ello deben añadirse los esfuerzos encaminados a la producción de efectos positivos en materia de conducta sexual, uso de drogas y actitudes prevalecientes entre distintos grupos 'subculturales' bien definidos: drogadictos iv, homosexuales, adolescentes.

Los adolescentes son un grupo de alto riesgo debido a que se están convirtiendo en personas sexualmente activas y porque, tal como ha podido ser demostrado, no suelen ser muy aficionados a tomar precauciones en cuanto a la transmisión de enfermedades sexuales y la preñez (Geiss, 1984; Morrison, 1985). En USA y a pesar de los cambios logrados en la tecnología contraceptiva, el 10% de todas las mujeres adolescentes (casi 1.140.000) resultaron embarazadas en 1978. Ochenta por ciento de tales embarazos fueron premaritales y 40% terminaron en aborto. Para el año siguiente, un tercio de todos los abortos se realizaron en mujeres menores de 20 años (Morrison, 1985).

En 1982 se habían diagnosticado en los Estados Unidos unos 250 casos de SIDA. Para 1993 los casos diagnosticados son casi 300.000. Diagnosticar los primeros 100.000 casos fue una tarea que tomó 8 años, mientras que los segundos 100.000 fueron diagnosticados en apenas dos. El SIDA es en ese país la segunda causa de muerte entre hombres de 18 a 44 años y la sexta causa de muerte entre mujeres del mismo rango etario (Kelly y otros, 1993).

Información reciente nos habla de 808 casos de SIDA entre adolescentes de 13 a 19 años (menos del 0.4% de todos los casos reportados en los Estados Unidos). Se sabe también de 8.402 casos entre individuos de 20 a 24 años y unos 33.226 entre 25 a 29 (Gardner y Wilcox, 1993). Pero recuérdese que el período promedio de incubación estimado para la enfermedad es de casi 10 años, de modo que quienes recibieron diagnósticos en la juventud temprana, seguramente fueron infectados en plena adolescencia.

Las estimaciones de seroprevalencia entre adolescentes indican que, aunque la enfermedad no es rara entre ellos, lo es más que entre estudiantes universitarios y mucho más frecuente entre adolescentes que escapan del hogar o que carecen de él, y entre adolescentes procedentes de grupos sociales educacionalmente en desventaja. Los adolescentes sexualmente activos suelen ser víctimas de muchas enfermedades de origen sexual que amplifican los riesgos de infección por el VIH. Por lo demás, los cambios (período 7088) en el porcentaje de muchachas estadounidenses que han tenido relaciones sexuales han sido realmente notables, según puede observarse en la siguiente tabla. Ello, evidentemente, complica en alto grado el panorama:

Tabla 3. Incrementos porcentuales en relaciones sexuales de muchachas entre 15 y 19 años. 1970-1988. USA.

Edades	Porcentajes		
	1970	1980	1988
15	4.6	20.0	25.6
16	20.3	30.4	31.8
17	32.3	41.7	51.0
18	39.4	53.2	69.5
19	48.2	70.7	75.3

Centers for Disease Control (1991)

Para los homosexuales, especialmente quienes han sido sexualmente activos fuera de una relación monógama, la cuestión terapéutica crítica a atender es la reducción de los altos niveles de ansiedad que produce el temor a haber sido contagiado en los últimos 2 o 3 años. El estrés psicológico derivado puede estar contribuyendo a fallas graves en la eficacia del sistema inmunológico, de modo que las técnicas tendientes a la reducción de la ansiedad pueden ayudar a una inversión de esos niveles de eficiencia. En este tipo de individuos, de los cuales puede decirse que sufren del "complejo proSIDA" debe atenderse prioritariamente su funcionamiento social y ocupacional deficitario, su falta de iniciativa y sus bajos niveles de autoestima, probablemente derivados del temor creciente a ser estigmatizados.

Las reacciones de homosexuales asintomáticos pueden variar entre síntomas psicológicos agudos (hipocondriasis, ansiedad generalizada, pánico) y reacciones somáticas que de algún modo imitan la sintomatología del SIDA (fatiga, enflaquecimiento, sudores nocturnos). Pueden existir pensamientos obsesivos sobre la enfermedad, miedo a la muerte y/o temor a perder el atractivo físico. El problema central del terapeuta reside en cómo lograr que el cliente recupere un apropiado sentido de control sobre su ansiedad y sobre los síntomas somáticos. Además de todo ello, es necesario desarrollar técnicas que ayuden a los individuos en tal situación a la práctica de una relación sexual segura por la vía de escogencias sexuales positivas. La idea es lograr un reajuste en los patrones sexuales para reducir la ansiedad generada por el miedo al contagio...

Añadido a todo esto, el terapeuta debe también ofrecer asistencia en lo relativo a promover en su cliente asertividad y ayudarle a generar estilos de negociación que faciliten al homosexual la tarea de plantear al compañero límites bien definidos en la relación sexual, sobre todo en lo relativo a la evitación del sexo anónimo con distintos sujetos y la sexualidad compulsiva. Claro que tales recomendaciones carecerán de sentido muchas veces, habida cuenta de la gran desconfianza existente frente a la información médica y científica contradictoria en relación al SIDA. Por lo demás, los conocidos puntos de tensión entre la comunidad de homosexuales y heterosexuales tampoco ayudan mucho a plantear salidas al problema.

Recuérdese que desde el inicio el SIDA fue considerado una plaga de los homosexuales, precisamente porque los primeros casos reportados en 1981 fueron de este tipo. Pero recuérdese también que la incidencia de la enfermedad se duplica cada seis meses. Que desde su aparición más del 80% de los casos han muerto en los dos primeros años después de la diagnosis. Que semanalmente se reportan entre 80 y 100 nuevos casos. Que según los datos de UNICEF, para el año 2000 habrá entre 30 y 40 millones de enfermos. Que desde el comienzo de la epidemia unos 8.2 millones de niños menores de 15 años han quedado huérfanos a nivel mundial debido a la muerte prematura de padres infectados. Que en los países subdesarrollados puede convertirse en la primera causa de mortalidad infantil en los próximos años. Y que de los 1500 millones de dólares que anualmente se gastan tratando de contener la epidemia, apenas 200 millones van a parar al mundo subdesarrollado.

Una premisa básica al tratar de explorar los determinantes psicosociales de la conducta y del cambio conductual con relación al SIDA, es la asunción de una perspectiva ampliada capaz de mejorar tanto la comprensión de los factores de riesgo como lo relativo a la incidencia de la enfermedad y su progresión. Será también necesario que el esfuerzo en tal sentido vaya mucho más allá de la simple investigación sobre modelos de conducta sexual y drogadicción y pase a la consideración de variables cuya relación con otras enfermedades ya esté suficientemente establecida.

Es bueno recordar, también, que el SIDA acaba de entrar en su tercera década y que la vacuna que lo cure o pueda prevenirlo todavía no existe. Que en los últimos 10 años han sido probadas unas 25 vacunas experimentales en estudios con participación de un número reducido de voluntarios, pero es necesario admitir que, aun bajo los más optimistas escenarios, el desarrollo de una vacuna efectiva tomará años, y, entre tanto, el riesgo para la humanidad, particularmente en ciertas regiones del globo, sigue creciendo. Que el éxito de los tratamientos específicos para las infecciones oportunistas es muy variado y depende de las condiciones actuales del paciente y del grado de su enfermedad. Que las drogas antivirales disponibles (AZT, d4T, 3TC, inhibidores de la proteasa) son costosas y apenas marginalmente exitosas. Que a pesar de los éxitos logrados en los últimos 12 años, es muy poco probable el logro de una 'cura' para el SIDA, y lo más que se

puede esperar, por ahora, es una droga o una combinación de drogas que pueda prolongar la vida productiva de los infectados. Que del SIDA lo único que se conoce bien es su epidemiología. Y que, exactamente igual que al comienzo de la epidemia, el cambio conductual sigue siendo el único método seguro de prevención primaria.

Muchas de las respuestas necesarias para enfrentar ventajosamente la epidemia de SIDA pueden surgir del campo de la psicología de la salud, la psiconeuroinmunología o la medicina conductual, del mismo modo como se ha hecho ya en la investigación, tratamiento, prevención y control de las enfermedades cardíacas o el cáncer. A pesar de lo difícil que parece ser el terreno que se pisa, no hay razones para creer que el SIDA deba ser diferente.

REFERENCIAS

- Bacchetti, P. y Moss, A. (1989). Incubation period for AIDS in San Francisco. *Nature*, 338, 251-253.
- Barbero Gutiérrez J. (1996). Sida y eutanasia: más allá de la responsabilidad individual. En: Urraca S, ed. *Eutanasia hoy: un debate abierto*. Madrid: Nóesis, 102.
- Batchelor, W.F. (1984). AIDS: A public health and psychological emergency. *Am. Psych.*, 39 (11): 1279-1284.
- Centers for Disease Control (1991). Premarital sexual experience among adolescent women. USA. 1970-1980. *Mortality and Morbidity Weekly Review*, 39: 929-932.
- Delamater, J. (1981). The social control of sexuality. *Ann. Rev. of Sociology*, 7: 263-290.
- Des Jarlais, D. C. y Friedman, S.R. (1988). The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users. *American Psych.*, 43 (11): 865-870.
- Fauci, A.S. y Clifford Lane, H. (1991). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En Wilson et al (eds.), *Principios de Medicina Interna*. 12a edición. Méjico: Interamericana- McGrawHill.
- Gardner, W. y Wilcox, B. L. (1993). Political intervention in scientific peer review. Research on adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 48 (9): 972-983.
- Geiss, B. D. (1984). Predicting male and female contraceptive behavior. *J. of Personality and S. Psych.*, 46: 669-680.
- Hall, Nichols R. y Goldstein A.R. (1986). Thinking well: The chemical links between emotions and health. *The Sciences*, march: 34-41.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkhema, K.J. y Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *Am. Psychologist*, 48 (10): 1023-1034.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glasser, R. (1988). Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43(11): 892-898.
- Latkin, C., Wallace M., Blahov, D., Oziemkowska, M., Knowlton, M. y Celentano, D. (1994). My place, your place and no place: Behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *Am. J. of Comm. Psych.*, 22, 3: 415-430.
- Martin, J. L y Vance, C. S. (1984). Behavioral and psychosocial factors in AIDS. *Am. Psych.*, 39 (11): 1303-1308.
- Morrison, D. (1985). Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin*, 98(3): 538-568.
- New York Times. *Bleak lives: Women carrying AIDS*. Agosto 27, 1987: pp. 1,5.
- Reinisch, J.M., Sanders, S.A. y Ziemba-Davis, W. (1988). The study of sexual behavior in relation to the transmission of HIV. *Am. Psych.* 43 (11), 921-927.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Walster, E., Walster, G. W. y Traupman, J. (1978). Equity and premarital sex. *J. of Pers. and Social Psych.*, 36: 82-92
- Wright R, Mac Manus D. (1992). *Futuro imperfecto*. Barcelona: Grijalbo.