

SIDA: la crisis continúa

Gregorio Escalante y Kareen L. Escalante.
Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.
Mérida. Venezuela.

Resumen

El presente trabajo es una revisión de los principales aspectos de naturaleza conductual asociados al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Incluye información sobre conducta sexual, drogadicción, homosexualidad, así como sobre aspectos relacionados con la adquisición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIR) y sus implicaciones terapéuticas.

Abstract

AIDS: The crisis continues

This article is a review of main behavioral aspects related to the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) including information on sexual behavior, drug use, homosexuality and their relations with the syndrome. The article also includes information about transmission of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and its therapeutic implications.

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 auto-control, 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 judeo cristiana 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 des-tacan: (a) dentro del matrimonio es obligante 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.

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 el 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 sin número 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 Epstein-Barr, 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 a 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 transmisión 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 que 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.

Debe aclararse que en el caso de drogadictos y homosexuales 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 predominantes en los distintos segmentos sociales sería necesaria para poder hacer predicciones epidemiológicas más seguras. A este respecto, uno 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 Ziemba-Davis, 1988).

DROGADICCION 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 Angeles, Houston, Washington(DC), Miami, Chicago, Philadelphia y Dallas. A mediados de 1990 se hablan 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 peri-natal. Solamente en la ciudad de 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 rehúsan 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 Ámsterdam (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 auto-estima, 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). Y 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 "cualquiera 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. A 27). 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 inmediata, 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 T 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. 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 más reciente indica que las primeras células en ser atacadas son las del sistema monocito-macrófago. 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 sirve 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. En otros individuos expuestos al VIH pueden evidenciarse 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 pro-SIDA".

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 solo por la ansiedad que generan ciertas tareas complicadas, extenuativas 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**, **Isospora belli**, **Citomegalovirus**, **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 VIR 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 útero. 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 monocito-macrófago, 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 ocurrir su activación, puede explicar la prolongada y variadísima latencia entre la exposición inicial y la expresión de los síntomas. Ahora se sabe que el periodo 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-Glaser y Glasser, 1988).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

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 me-nos 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 campanas que intentan acrecer 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 prevaletentes 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 trasmisión de enfermedades sexuales y la preñez (Geiss, 1984; Morrison, 1985). En los Estados Unidos 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 1978.80% 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 ya existen cerca de 300.000 casos diagnosticados. Diagnosticar los primeros 100.000 casos fue una tarea que tomó 8 años, mientras que los segundos 100.000 fueron diagnosticados en apenas dos años. 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 apenas 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 8402 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, loes 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 70-88) 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 1. Incrementos porcentuales en relaciones sexuales de muchachas entre 15 y 19 años. 1970-1988. USA.

Edades	1970	1980	1988
	porcentajes		
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 ó 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 pro-SIDA" debe atenderse prioritariamente su funciona-miento 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 ayudarlo 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 ya existen unos 2 millones de individuos padeciendo la enfermedad y unos 13 millones contagiados. Que según los datos de UNICEF para el año 2000 habrá entre 30 y 40 millones de enfermos. Que en los países subdesarrollados puede convertirse en la primera causa de mortalidad infantil en los próximos años. Que el 80% de los casos reportados se encuentran en países desarrollados. 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 los esfuerzos en tal sentido vaya mucho más allá de la simple investigación sobre modelos de conducta sexual y drogadicción y pasen a la consideración de variables cuya relación con otras enfermedades ya esté suficientemente establecida.

Es bueno recordar que el SIDA acaba de entrar en su segunda década y que la vacuna que lo cure o pueda prevenirlo todavía no existe. Que a pesar de 105 éxitos logrados en los últimos 12 años, 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, trata-miento, 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., MOSS, A. 1989. Incubation period for AIDS in San Francisco. *Nature*, 338,251-253.
- 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., Friedman, S.R. 1988. The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users. *American Psych.* 43(11): 865-870.
- FAUCI, AS., CLIFORD LANE H. 1991. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En Wilson et al (eds.), **Principios de Medicina Interna**. 12a edición. Méjico: Interamericana McGraw-Hill, cap. 264: 1622-1632.
- GARDNER, W., 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., 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, KJ., KAUCHMAN, S.C. 1993. Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *Am. Psychologist*, 48 (10): 1023-1034.
- KIECOLT-GLASSER, J. K.,GLASSER,R. 1988. Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *Am. Psychologist* 43(11): 892-898.
- LATKIN, C., WALLACE M, BLAHOV, D., OZIEMKOWSKA, M., KNOWLTON, M., 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, VANCE C. S. 1984. Behavioral and psychosocial factors in AIDS. *Am. Psychologist*, 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 MDS. Agosto 27, 1987: pp. 1,5.
- REINISCH J.M., SANDERS, S.A., ZIEMBA-DAVIS, W. 1988. The study of sexual behavior in relation to the transmission of HIV. *Am. Psych.* 43 (11), 921-927.
- WALSTER, E, WALSTER, G. W., TRAUPTMAN, L 1978. Equity and premarital sex. *J of Personality and Social Psych.*, 36:82-92.