
Intervención psicológica en VIH/SIDA

VICTORIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

*Profesora Investigadora
Facultad de Psicología, UMSNH
victoria.gonzalez.2006@hotmail.com*

*La pasión por la vida crece en el seno de las grandes desgracias.
Albert Camus, LA PESTE*

Resumen

El VIH designa a una infección que afecta el sistema inmunológico, exponiendo al enfermo sin tratamiento a un deterioro físico y cognitivo grave. Además, hace referencia a un estado de enfermedad que pone en entredicho la integridad cognitiva y moral de la persona y su respetabilidad ante el grupo social al que pertenece.

El VIH arrebató al enfermo su autonomía psicológica, el control de sus decisiones; debilita su vida mental, su identidad y su autoestima. El VIH afecta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, funciones ejecutivas y en casos de fases avanzadas de SIDA, cuadros complejos de demencia.

La enfermedad representa un grito de auxilio de un cuerpo enfermo en el presente, pero comúnmente maltratado en etapas tempranas de su desarrollo, sobre todo si creció y vive en situaciones de pobreza económica y educativa.

La situación se recrudece debido principalmente al estigma del trinomio sida-sexo-pecado de que se ha investido a la enfermedad, en una cultura donde reina el prejuicio como móvil de la conducta, donde se privilegian la mojigatería, la apariiencia y la hipocresía destructiva, sobre la razón, la información y la empatía hacia el doliente.

El VIH es un estado complejo, de múltiples y variados aspectos interrelacionados, un campo abierto y demandante de atención, donde el profesional de la psicología encuentra amplias posibilidades de servicio, a múltiples niveles, todos relevantes, necesarios y pertinentes.

Palabras clave: *VIH, SIDA, Infección, Psicología, Cerebro, Intervención psicológica.*

Abstract

HIV designates an immune system infection that exposes untreated patients to severe physical and cognitive impairments. It also refers to a disease that might make both cognitive and moral integrity suspicious as well as the

patient's respectability within its own social group.

HIV takes away the patient's psychological autonomy and control over his decisions hence undermining mental life, identity and self-esteem. HIV affects nervous system in various forms from the very first stages, producing disturbances of attention, memory, executive functions and in advanced stages of AIDS, dementia clinical features. The disease might also be regarded as a cry for help from a body that might be currently diseased, although frequently abused in early developmental stages, especially if it was raised in economic and educational poverty. This situation worsens mainly due to the trinomial AIDS-sex-sin stigma that has been invested to this disease, in a culture where prejudice determines behavior, privileging sanctimony, appearance and destructive hypocrisy, over reason, information and empathy for the suffering. HIV is a complex condition, a wide range of intertwined aspects, an open field demanding attention, where professional psychologists can offer a broad scope of services at multiple levels, all relevant and necessary.

Keywords: *HIV, AIDS, Infection, Psychology, Brain, Psychological intervention.*

*El mal que existe en el mundo
proviene casi siempre de la ignorancia.*

Albert Camus, LA PESTE

El VIH es una enfermedad que no solo afecta el estado físico de la persona, sino que se escurre y hace tambalear la estructura vital, las emociones y la relación con los otros. Afecta la imagen y prestigio social, pone en evidencia la forma de vida, los secretos, los actos "pecaminosos", muy probablemente homosexuales, o al menos, irresponsables.

Al hacer referencia a situaciones sexuales, mueve la propia problemática sexual de los observadores (cada uno de los cuales tiene carencias más o menos graves, de conocimiento de su propia sexualidad y muestra una serie de prejuicios al respecto). Se torna un tema escabroso, "delicado", difícil de manejar para el paciente, la familia, el médico tratante, psicólogos y demás personal de salud.

Para el profesional de la Psicología, dedicado a la atención clínica de personas, en tanto agente o promotor de cambios (de forma ideal y con unos u otros métodos y técnicas), es una obligación conocer los aspectos básicos de la infección por VIH. Para ello es menester estar entrenado en temas de sexualidad, haber trabajado los propios conflictos sexuales y prejuicios al respecto, conocer los aspectos básicos de la infección y su tratamiento, con el objeto de ofrecer apoyo necesario para prevenir la infección y atender a los ya afectados, contribuyendo a la construcción de una vida sexual sana y responsable.

Es un reto para los psicólogos y los que están en vías de serlo (los estudiantes), el aprender a trabajar en asuntos que confrontan con miedos y prejuicios, tal como lo hace el VIH y el SIDA. Es urgente educar y entrenar a nuestros alumnos en asuntos que pueden salvar la vida física y emocional de las personas. La sexualidad es un tema pendiente en el bagaje informativo que promovemos en los estudiantes. Es urgente el abordaje constante de los temas sexuales que determinan aspectos vitales de la persona.

Primer registro

En 1981 apareció la primera descripción del síndrome. El *New Journal of Medicine* informaba de cuatro personas de orientación homosexual que sufrían infecciones micóticas, bacterianas y víricas diversas (evidenciando la afectación del sistema inmune) que evolucionaban de forma inminente hacia la muerte. El nombre de *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, SIDA, designaba este estado patológico general (Oldstone, 2002).

Desde entonces la infección pasó de epidemia a pandemia global, y así continúa hasta nuestros días. Se calculan cifras que están entre los 40 y 60 millones de personas que ya se encuentran infectadas y se teme que cien millones lo estén al término del primer decenio de este nuevo siglo. Se estima que 22 millones de personas han muerto (ONUSIDA, 2008; Levy, 2007). *Una nueva infección ocurre en el mundo cada siete segundos y una muerte por SIDA ocurre cada 10 segundos*, supone Levy.

Existen casos de SIDA descritos en casi cualquier parte del mundo, pero el 95% de las personas infectadas pertenecen a países en vías de desarrollo. Los factores sociales que se asocian con la aparición y la extensión de la enfermedad siguen siendo los mismos: migración, pobreza, prostitución, turismo internacional, comportamiento sexual, uso intravenoso de drogas y recepción de sangre (ONUSIDA, 2008).

Existen factores que afectan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, que no se han abordado con eficacia en la mayoría de los países: la desigualdad entre sexos, (el estado de indefensión de las mujeres y niñas -violencia de género), y la discriminación, el estigma y la marginación social (ONUSIDA, 2008).

Algunos datos acerca de la distribución del VIH a nivel mundial, son: África Subsahariana: 24.5 millones; América del Norte, 1.3 millones; América Latina: 1.6 millones (<http://www.unaids.org>), (ONUSIDA, 2008).

América Latina es una de las zonas de mayor afectación por el VIH, en especial en países como Brasil, Argentina, Colombia y México. En México, para el año 2006, las nuevas infecciones registradas fueron en promedio 140 000; mientras que 65 000 personas habían fallecido por SIDA en esta región (ONUSIDA, 2008).

La gran población de México implica que a pesar de la baja prevalencia

nacional del VIH estimada en adultos (0,2%-0,7%), de 130 000 a 180 000 personas estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2008). Los casos confirmados y registrados en México, son 130, 969. De estos, el 16.9% están concentrados en el Distrito Federal; el 11% en el Estado de México; Veracruz, tiene el 9.1%; Jalisco el 8%. Michoacán concentra al 2.7% de la población infectada (CENSIDA, 2009).

La epidemia de México se concentra principalmente entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes y consumidores de drogas intravenosas. El 70 % de las nuevas infecciones se producen en varones, de los cuales el 60% tienen relaciones sexuales con varones, el 25% son consumidores de drogas y el 15% varones contagiados por relaciones sexuales heterosexuales. Entre las mujeres, el 75% de nuevas infecciones se producen en relaciones heterosexuales, con prácticas de penetración anal, y el 25% por consumo de drogas por vía parenteral. En las comunidades afroamericana e hispanica, las mujeres, los jóvenes y los niños están especialmente afectados (ONUSIDA, 2008; Levy, 2007; APA, 2002).

Hay constancia de una propagación significativa del VIH en zonas rurales del país; la migración (especialmente entre México y los Estados Unidos) parece ser un factor propiciatorio (ONUSIDA, 2008).

La pandemia del VIH ha afectado gravemente a personas, familias, pueblos, naciones enteras. En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, disminuyó el crecimiento económico y profundizó la pobreza en los hogares. En África Subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos a casi 12 millones de niños menores de 18 años (ONUSIDA, 2008; Soler y Ramos, 2006).

La infección

El VIH penetra en sus huéspedes por transmisión sexual, transfusión de sangre y productos sanguíneos y transmisión perinatal de la madre al feto. El virus puede estar presente en actividades tanto homosexuales como heterosexuales. Al igual que otras enfermedades de transmisión sexual, la probabilidad de infección se relaciona con el número de parejas sexuales y con los sitios de contacto sexual: el coito anal homosexual ha sido la principal vía de contagio en países como Estados Unidos; el coito vaginal heterosexual ha sido el principal medio de contagio en países de África y el Caribe. (Oldstone, 2002). Actualmente sin embargo, en Latinoamérica se considera el coito anal sin protección entre hombre-mujer u hombre-hombre, la práctica sexual de mayor riesgo de infección (Soler y Ramos, 2006). Entre las fuentes de nuevas infecciones, se encuentra el uso de drogas intravenosas.

Existen algunos cofactores para la transmisión, que potencian el riesgo, aunque no causan la transmisión del VIH; se incluyen enfermedades de

transmisión sexual (que causan lesiones genitales), o la hemorragia de la membrana genital durante la relación sexual; lesiones en boca (periodontitis). El consumo de agentes que modifican el estado de ánimo o la conciencia, pueden actuar como cofactor conductual, dado que disminuyen la inhibición sexual, afectan el juicio o aumentan la impulsividad. Algunas drogas, promueven una conducta sexual aumentada como el “éxtasis”, el “cristal”, el “Popper”, con claros riesgos de contagio del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (APA, 2002).

Por otra parte, el VIH NO se transmite por el contacto personal no sexual, el contacto con saliva (aunque algunos autores sí hablan de niveles peligrosos de virus en saliva); no infecta el contacto con orina, lágrimas, sudor o exposición a insectos. La paranoia desatada que ha conducido a la exclusión de la escuela de niños infectados, de la expulsión de soldados enfermos del ejército mexicano, del despido de empleados de sus trabajos, de cristianos excomulgados por su iglesia, (por dar apenas unos ejemplos), no está justificada. Esta psicosis social se fundamenta en la ignorancia, el prejuicio, en atavismos religiosos y mágicos, y fundamentalmente la tendencia humana de desacreditar al otro, por actuar o pensar de forma diferente.

En la lucha contra las enfermedades víricas, la estrategia de inocular virus atenuado en el cuerpo (sarampión, viruela, poliomielitis) creando una *vacuna*, había sido una útil estrategia. Estos virus, podían multiplicarse en el huésped sin dañarlo y lo estimulaban para que su sistema inmune combatiera y limpiara al cuerpo de la infección viral. Pero en el VIH esta situación no da resultado. En este síndrome, la infección y la respuesta inmune coexisten (Oldstone, 2002).

El VIH-1 infecta primordialmente cierto tipo de células del sistema inmune: las células designadas linfocitos T CD4. El virus se pega a la membrana celular del huésped, y a través del poro por esta fusión formado, el virus accede al interior de la célula. Una vez dentro de la célula, el virus se replica (Levy, 2007).

La infección desencadena una variedad de acontecimientos que propagan el virus a tejidos linfoides. La repuesta inmune generada contra el virus, reduce el número de virus; los virus restantes se ocultan y causan una infección persistente, aunque silenciosa. Los primeros síntomas clínicos de infección son debilidad, escalofríos, glándulas linfáticas inflamadas y dolorosas, y con frecuencia, las manchas púrpuras de la piel características del sarcoma de Kaposi, un cáncer que progresa lentamente (Portellano, 2005).

(Para una descripción detallada del proceso de infección y replicación del virus VIH, consúltese a Levy, 2007.)

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH. Estas pruebas se clasifican en pruebas de

detección o tamizaje y pruebas confirmatorias. La prueba de tamizaje más utilizada es la de ELISA; entre las pruebas confirmatorias más usadas está la de Western Blot.

Las pruebas de tamizaje siempre deben interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares. En pacientes sin manifestaciones clínicas, las pruebas de tamizaje deben ser confirmadas.

Transcurridas de 2 a 3 semanas de la infección primaria, existe una explosión de la replicación vírica con una amplia diseminación del virus por todo el organismo, especialmente el tejido linfático y el sistema nervioso central. Durante esta fase aguda, del 50% al 90% de los pacientes presentan un cuadro “pseudogripal” con fiebre, diarrea, pérdida de peso, dolor de garganta, rash. Cuando el sistema inmune del huésped reconoce el agente patógeno y prepara la defensa, produce anticuerpos frente al VIH, y se dice que el huésped está realizando la “seroconversión”. Parecería que el sistema inmune controla la infección inicial, pero en realidad el virus se está replicando dentro de las células infectadas (Levy, 2007; APA, 2002).

La fase aguda, viene seguida de una fase asintomática clínicamente, durante la cual el organismo ha establecido un equilibrio dinámico entre la capacidad del virus de replicarse e infectar nuevas células CD4 y la capacidad del organismo de crear nuevas células CD4. Esta fase puede durar varios años (10 años en promedio), hasta que los síntomas aparecen, lo que indica que la enfermedad está progresando. La progresión puede transcurrir más rápidamente en aquellos pacientes cuyos sistemas inmunitarios estaban afectados antes de la infección por VIH o en niños con sistemas inmunitarios infra desarrollados (APA, 2002).

Cuadro clínico

Los primeros síntomas clínicos de infección son debilidad, escalofríos, glándulas linfáticas inflamadas y dolorosas, y con frecuencia, las manchas púrpuras de la piel características del sarcoma de Kaposi, un cáncer que puede afectar gravemente al enfermo, sobre todo si se desarrolla en piernas y pies, lo que es muy común.

Otros trastornos cuyo diagnóstico hace sospechar de VIH son: herpes, citomegalovirus (CMV), toxoplasmosis, criptococosis. Las encefalitis por estos patógenos, son comunes (Levy, 2007; Portellano, 2005).

Desde las primeras descripciones de la infección por VIH, se mencionan trastornos neurológicos como parte del cuadro clínico. Aunque al principio se creyó que las alteraciones eran producidas por infecciones concurrentes en el cerebro por la deficiencia inmunológica, pronto se confirmó la existencia de encefalitis directamente vinculada con el VIH (Pasantes, Arias, Massieu, Zentella & Tapia, 1999).

Las manifestaciones de deterioro cognitivo suelen presentarse desde el inicio, fundamentalmente bajo la forma de dificultades de concentración y bradipsiquia. La infección da lugar a síndromes neuropsicológicos que pueden aparecer en diversos estadios de la enfermedad. Es importante estar atento a los cambios de conducta o humor de los pacientes que se están tratando e identificar el cuadro en los pacientes nuevos. La alteración en el funcionamiento cognitivo y motor se puede observar en cerca del 50% de los pacientes que por lo demás, están asintomáticos (Custodio, Escobar y Altamirano, 2006; APA, 2002). Es necesario señalar que la medicación modifica este cuadro; los medicamentos mismos alteran las funciones psicológicas pero el cuadro general mejora.

Las manifestaciones clínicas de la encefalitis por SIDA se presentan en cerca del 50% de los enfermos, pero las alteraciones histopatológicas ocurren en casi un 90% de los enfermos. La existencia de VIH en el tejido nervioso está bien documentada. Mediante técnicas de imagen, se observa cierto grado de atrofia cortical, aunque el peso de encéfalo no se encuentra disminuido, posiblemente por la concurrencia de edema cerebral. En el caso de los niños con SIDA, la pérdida de peso cerebral sí es evidente (Custodio, Escobar y Altamirano, 2006).

El virus se detecta siempre en el líquido cefalorraquídeo, se encuentra también en algunas células glía (microglia y astrocitos). Es de subrayarse que no se ha detectado en oligodendrocitos o en las neuronas (APA, 2002; Pasantes, et al, 1999).

El cuadro histopatológico incluye pérdida difusa de la mielina en distintas regiones del cerebro, en particular en los ganglios basales, en la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales y cerebelosos y en el tallo cerebral (Pasantes, et al, 1999).

A pesar de que parece claro que las neuronas no son infectadas por el VIH, existe un proceso de muerte neuronal, a veces en una proporción muy alta. En la corteza cerebral, la muerte neuronal notificada va del 18% al 38%, siendo en ocasiones hasta del 50%. La demencia asociada con el SIDA podría ser causada por la muerte de estas células. Se reportan también cuadros de demencia subcortical que resulta en un cuadro de alteraciones de memoria, enlentecimiento mental, dificultad para la marcha y depresión (Custodio, Escobar y Altamirano, 2006; Pasantes, et al, 1999).

Las alteraciones visuales están relacionadas con la muerte neuronal de la retina, en particular de células ganglionares, lo que conduce a la degeneración del nervio óptico. También los trastornos motores se asocian a la muerte de neuronas. (Custodio, Escobar y Altamirano, 2006; Pasantes, et al, 1999).

En los estados finales, se presenta un cuadro franco de demencia denominado *Complejo Cognitivo Motor* caracterizada por alteraciones

cognitivas, conductuales y motoras (Portellano, 2005; Villaseñor y Rizo, 2003), signos característicos de las llamadas demencias secundarias (Peña, 2007). El riesgo aumenta en las fases de inmunosupresión avanzada. Las alteraciones más comunes en este rubro, se presentan como consecuencia de enfermedades oportunistas y neoplasias asociadas a la infección (Custodio, Escobar y Altamirano, 2006; Portellano, 2005; Villaseñor y Rizo, 2003; Pasantes, et al, 1999).

El enfermo

Un organismo es consciente de sí mismo en la medida en que puede mostrarse capaz de convertirse en objeto de su propia atención.
Gallup, 1983.

El VIH representa un padecimiento que pone en jaque a la consciencia; suscita múltiples conceptos, ideas, prejuicios, miedos, angustias. No solo invade el temor a la enfermedad, viene el miedo a la pérdida, el rechazo, la crítica social, a la muerte, El VIH desnuda, exhibe al público los actos más íntimos, los secretos. Es acompañado además, en el grueso de la población mexicana infectada, de una historia personal dolorosa; es importante su correlación con antecedentes de abuso y otras formas de violencia sexual y de género; promiscuidad y hábitos sexuales de riesgo, alcoholismo y uso de drogas y pobreza (ONUSIDA, 2008).

Expuestos, apenados, lastimados y débiles, los enfermos, se enfrentan a su vida. Se presentan diversas situaciones que exigen del individuo una reinterpretación de su vida y lo obligan (obligación que se cumple o no, pero que existe), al desarrollo de estrategias nuevas que le ayuden a reintegrarse socialmente. Le imponen la resolución de conflictos, lo enfrenta a su realidad cruda y sus pertenencias reales, sus recursos y sus redes sociales. Le fuerzan a asumir otra actitud y conducta consigo mismo y con el mundo. La presunta cercanía de la muerte, obliga a la honestidad.

El VIH ancla al sujeto a la vida, o lo mata. La persona se adapta o se destruye con una muerte lenta o rápida, pero siempre inminente, con actualizaciones periódicas de su amenaza. Sin embargo, aceptar la idea de finitud, no solo aplaca la angustia, sino que puede volver la existencia más intensa y vital (Yalom, 2009).

Para conseguir que la situación del enfermo se transforme en una experiencia “reestructurante”, se requieren condiciones mínimas de protección y atención, tratamiento médico, una red social más o menos estable y la posibilidad de trabajo psicoterapéutico o un proceso análogo de introspección.

El psicólogo

La educación sexual no estorba ni hace daño

Bertrand Russell

El psicólogo es uno de los profesionales clave en el proceso de atención a la problemática del VIH. Hablar de VIH, es hablar de sexualidad, de un área siempre sensible de la personalidad humana, de la conducta humana. Como estudioso de la conducta, el psicólogo está obligado a comprometerse en esta tarea.

Las intervenciones psicológicas en relación al VIH tienen diversas metas, procedimientos, enfoques, tiempos y espacios. Las hay de inicio, de emergencia, de seguimiento; de educación e información; de evaluación y de rehabilitación; con enfoque cognitivo, humanista o psicoanalítico.

El profesional de la psicología tiene múltiples funciones y misiones en el trabajo preventivo. Es la prevención, la educación sexual, la principal herramienta que podemos desarrollar todos ante los conflictos y escenarios de la sexualidad. La educación sexual por tanto, es uno de los ámbitos donde la acción y servicio del psicólogo es ineludible.

Trabajando con personas infectadas con VIH, el psicólogo puede ofrecer contención emocional en los momentos decisivos (al conocer el diagnóstico, en el apego al tratamiento, etc.). La intervención del psicólogo con estrategias terapéuticas de contención emocional, el apoyo colaborativo en la aceptación de la enfermedad y ajuste a las demandas, fundamental en las primeras fases del proceso,

Otra área de gran importancia en el trabajo del psicólogo es en la evaluación y rehabilitación de las funciones psicológicas superiores que la enfermedad ha afectado. El monitoreo de las funciones cognoscitivas es importante con la finalidad de atender las dificultades en pro de la funcionalidad en cualquier grado, de la persona.

La intervención psicológica

Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, las instituciones de salud están obligadas a proporcionar apoyo psicológico de urgencia y si es posible, terapia psicológica. Esto está lejos de cumplirse de manera óptima; una de las razones de esta situación, es la carencia de psicólogos interesados y entrenados en la atención de personas infectadas por VIH.

Algunas instituciones de salud, ofrecen atención psicológica, pero solo en etapas agudas, de emergencia; no desarrollan un trabajo terapéutico que ofrezcan al enfermo orientación sobre la enfermedad y su evolución y el sostén emocional, aspectos fundamentales en el proceso de mejora del enfermo.

En todas las fases de la infección, la contención psicológica será un aspecto que aumentará las posibilidades de mejora en la calidad de vida del paciente y disminuirá los riesgos físicos y emocionales.

En fase aguda, el tratamiento psicológico se concentra en el conocimiento básico de la infección y en la construcción de la actitud comprometida y responsable que se requiere para manejar la enfermedad. Se debe permitir al enfermo conocer, en lo posible, las raíces del padecimiento, la progresión, los efectos en su cuerpo, mente y conducta. Esta información permite construir una vivencia del VIH partiendo de datos reales que en general disminuyen la angustia ante la temida muerte pensada como irremediable.

En la medida en que la persona infectada se apegue al tratamiento médico y atienda las recomendaciones terapéuticas, la vida funcional es una posibilidad a la que los pacientes pueden acceder. A unos más que a otros, la toma del coctel antiviral les representa gran problema, son muchas pastillas al día (pueden ser de 4 a 20) y les suelen generar múltiples reacciones secundarias (a final de cuentas, son drogas que intoxican y lastiman el sistema gastrointestinal y el hígado principalmente).

En la fase sintomática, para que el enfermo de VIH continúe vivo y funcional, la atención del profesional de la Psicología se concentra en el apego al tratamiento por parte del paciente; una relación constante y honesta con su médico tratante, un monitoreo constante del estado del virus en el cuerpo y la presencia de enfermedades oportunistas. Es menester que el psicólogo oriente y acompañe al paciente en el ajuste adecuado a las indicaciones terapéuticas, en la reorganización de los sistemas de actividad y en las modificaciones pertinentes en los hábitos de vida, para proporcionar al cuerpo los cuidados y protecciones necesarias.

Superada la fase aguda, el trabajo terapéutico debe concentrarse en el abordaje de aspectos emocionales e interpersonales.

El paciente muestra una conducta que podría describirse como de hacer un “examen de conciencia”, una revisión de su vida, de sus decisiones de sus actos, y ahora, de las consecuencias. Inicia entonces, un proceso reconstructivo, reorganiza su conducta, verifica su camino. Quiero subrayar que se presentan un cuestionamiento ético importante. Es deseable que la regulación del “sendero”, no se realice con base en culpa o actitudes mojigatas sobre compensadoras (renunciar a la sexualidad, ofrecer a sus dioses sacrificios insostenibles, lastimarse, aislarse).

Si esto sucede (la sobrerreacción culpígena, dado que nada se resuelve y solo se “expían” culpas), es esperable que eventualmente “explote” y el enfermo caiga de nuevo en situaciones autodestructivas, arriesgándose y arriesgando a otros. La población homosexual con hábitos sexuales de riesgo, manifiesta de forma constante el signo de dependencia del medio, no se preocupan por su seguridad personal, ni son conscientes de sus riesgos, se comportan como

actores que improvisan sus libretos en respuesta a condiciones externas (Posada y Gómez, 2007).

La toma de decisiones vitales se convierte en un aspecto primordial. La planeación de un proyecto de vida después del VIH y a pesar de él, se convierte en el signo más contundente de mejoría. Ante la pregunta *¿qué haré ahora?*, frecuentemente se observan dos estilos: una actitud de tristeza y desesperanza, en que el paciente no hace planes a largo plazo, en que piensa constantemente en su muerte y se muestra indiferente ante la vida y los demás. Solo responde a lo que considera una crítica a su estado y su persona. Se vuelve dependiente de los demás, demandante, angustiado.

La otra reacción se caracteriza por una actitud más productiva en que el paciente encuentra en la enfermedad una oportunidad de vida, de reinicio, un momento de recapitulación y reflexión, que le recuerdan que está vivo, y que aunque en algún momento va a morir, comienza a hacer su vida más productiva y placentera.

En ambos casos, ante cualquiera de las dos tendencias de ánimo, es menester “aterrizar” al enfermo evitando fundamentalmente las tendencias autodestructivas o auto saboteadoras que pongan en peligro su vida.

Esta fase va de la mano de la revisión pormenorizada de sus esquemas cognitivos asociados a su sexualidad, los cuales finalmente son responsables de su conducta, pasada y presente. Es útil y productivo revisar la manera en que despliega la conducta asociada a sus prácticas sexuales. El fortalecimiento emocional es un aspecto primordial, y esto implicará mínimamente una revisión general de los antecedentes históricos del enfermo.

Frecuentemente encontraremos carencias emocionales y violencia de diversa índole ejercida sobre la o el paciente y en diferentes épocas de su vida. Por ejemplo, la asociación VIH-Abuso sexual en la infancia es común en la historia de hombres homosexuales infectados.

Las relaciones del enfermo con la familia, amigos y compañeros de trabajo, serán redes fuertes o débiles, que sostendrán al paciente o lo dejarán caer; ya sea para los asuntos logísticos relacionados al cuidado del enfermo o para los aspectos como el apoyo emocional; las personas allegadas al enfermo, aportan el escenario donde actuará el paciente.

La rehabilitación de las funciones cognoscitivas se hace necesaria, urgente y posible, cuando las condiciones de base se han controlado con el medicamento. Modificar las conductas obsesiva y compulsiva (perseverantes, autodestructivas) se vuelve primordial para reintegrar al enfermo a su ambiente y vida. En términos generales, la rehabilitación se concentra en las funciones ejecutivas, atención y memoria, pues son estas las funciones más comúnmente afectadas, en mayor o menor medida por el grueso de

la población de enfermos con VIH. Para ello se utilizan diversas técnicas organizadas en un programa rehabilitatorio (Arango, 2006).

La reorganización de las funciones cognoscitivas son primordiales para que el enfermo se reincorpore al ámbito productivo (si es que por la enfermedad dejó de laborar); además el enfermo en esta etapa debe haber construido una serie de protecciones emocionales, previendo el generalizado estigma y rechazo de que son víctimas estos enfermos.

¿VIH igual a muerte?

*Les tengo que recalcar que el salón de belleza
no es un hospital ni una clínica, sino un moridero...*
M. Bellatín, Salón de Belleza.

Existen intervenciones que se basan en los temas tanatológicos, con la intención de preparar al enfermo de VIH para morir; no soy partidaria de este trabajo, mi experiencia profesional se ha concentrado en la búsqueda de una mejor calidad de vida del enfermo, lo que con tratamiento adecuado, ajuste de hábitos y monitorización del estado emocional, he confirmado reiteradamente que se logra. Sin embargo la muerte siempre será un tema que debe abordarse en consulta psicológica: los miedos que genera, las expectativas, las ideas asociadas, etc. Pero el objetivo es, transformar el terror y parálisis que suscita la idea de la muerte, en una *experiencia de despertar* (Yalom, 2009).

Aclaro que mi experiencia está delimitada al trato de una pequeña muestra de población mexicana afectada por el VIH que tiene derecho y acceso a la atención profesional requerida. Las condiciones del VIH no son homogéneas en el mundo.

Estigma

*La ignorancia, el miedo y los conflictos
son los elementos básicos
de la conciencia cotidiana.*
Marvin Harris

El VIH es una epidemia que por situaciones ideológicas ha cobrado dimensiones terroríficas. Es una enfermedad crónica, violenta y destructiva, que además de poseer las características propias de enfermedades crónicas graves, al estar vinculada a la práctica de la sexualidad, adquiere un estigma especial; el enfermo se vuelve, a los ojos de buena parte de la población mundial, un pecador que ha recibido el castigo merecido, una persona que se “lo ha buscado”, *necesariamente se involucra una idea de castigo, por la transgresión de la ley divina o la ley humana* (Rodríguez y García, 2006). Para algunos otros, el enfermo es una persona que expía sus culpas con

honor. Al respecto, hace unos meses en una gira por África (la región más afectada por la infección), Ratzinger, el *Papa Benedicto XVI*, ha manifestado “*benditos los enfermos por no usar condón*” (Medina, 2009), frase sencilla que resume la ideología retrógrada y criminal reinante.

Ser hombre homosexual o bisexual, es el perfil más común entre los enfermos de VIH en México. La población homosexual históricamente ha sido el blanco de los más intensos ataques y críticas, (Lizárraga, 2005) pues a decir de muchos, participa en uno de los llamados pecados *nefandos* (Trueba, 2008) o *capitales* (Savater, 2005); la infección del VIH solo vendría a poner “el dedo en la llaga”.

A partir del diagnóstico se extiende sobre el enfermo un velo macabro suscitado por el estigma; el enfermo se vuelve un monstruo, *la monstruosidad de la enfermedad se encuentra en la mezcla entre la vida y la muerte... su vida se convierte en una defensa de la vida misma y en una lucha contra la muerte* (Rodríguez y García, 2006). Cualquier otra enfermedad (excepto las que cuentan con el mismo mote sexo-pecado que el VIH, como las infecciones de transmisión sexual) es más digna, venerable y generadora de empatía, que el VIH; esta infección despierta de manera exacerbada una disposición hostil en las personas, de repudio y castigo al otro, al pecador (Soler y Ramos, 2006).

Ojalá un condón pudiera usarse con la naturalidad con que se utilizó cubre bocas cuando surgió el virus de influenza H1N1. Pero el condón hace referencia a prácticas socialmente cuestionadas, no así el cubre bocas. Por ideas religiosas, románticas, profundamente ingenuas, el condón adquiere un significado aberrante en algunos casos, se vuelve un objeto con enorme carga emocional. Todas las prácticas y objetos que se asocian a la sexualidad, estarán investidos de simbolismos diversos.

El VIH representa para el psicólogo, múltiples áreas de atención y trabajo hasta ahora desestimadas. Es mucho lo que específicamente el psicólogo puede lograr en este campo y es mucho lo que falta por hacer. Deberíamos comenzar por educarnos (colegas) e introducir a nuestros estudiantes en los temas de educación sexual y sus problemas.

El VIH es una epidemia ante la que tenemos pocas herramientas; sin embargo, la educación, la información, la prevención es una de las estrategias más útiles y accesibles. Los psicólogos tenemos entonces la responsabilidad moral de aportar a la causa nuestro esfuerzo para evitar que la epidemia afecte y mate a nuestra gente y que continúe aderezando con dolor, la vida sexual lastimada de nuestros enfermos.

Bibliografía

- APA. (2002). Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. México: Ars médica.
- Arango Lasprilla, J. C. (2006). Rehabilitación Neuropsicológica. México: Manual Moderno.
- Bellatín, M. (2003). Salón de Belleza. México: Tusquets.
- Camus, A. (2004). La peste. España: Edhasa.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Registro Nacional de Casos de SIDA (CENSIDA), (2009). Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México.. <http://www.censida.salud.gob.mx>, Datos del 31 de marzo del 2009. Recuperado el 22 de julio del 2008.
- Custodio, N., Escobar, J. y Altamirano, J. (2006). Demencia asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1. *Anales de la Facultad de Medicina* 67(03): 263-274.
- Gallup, (1983), citado en Pinel, J. (2007). Biopsicología. España: Pearson.
- Harris, M. (2008). Vacas, cerdos, guerras y brujas, México: Alianza Editorial.
- Lizárraga Cruchaga, X. (2005). Homofobia: enfermedad y germen. *Revista de estudios de antropología sexual*. Instituto Nacional de Antropología e Historia y Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 1(1): 33-42.
- Levy, J. (2007). El VIH y la patogénesis del SIDA. México: Fondo de Cultura Económica.
- Medina Armenta, S. (2009). Benditos los enfermos por no usar condones. *Campus*, 314, jueves 26 de marzo de 2009. México: MILENIO.
- ONUSIDA y OMS. (2008). Informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia mundial del VIH/SIDA. (<http://www.unaids.org>)
- Oldstone, M. B. A., (2002). Virus, pestes e historia, México: Fondo de Cultura Económica.
- Pasantes, H., Arias, C., Massieu, L., Zentella, A., Tapia, R. (1999). Enfermedades neurodegenerativas. Mecanismos celulares y moleculares. México: FCE.
- Peña Casanova, J. (2007). Neurología de la conducta y neuropsicología. España: Editorial Médica Panamericana.
- Portellano, J. A., (2005). Introducción a la neuropsicología. España: McGraw-Hill.

- Posada, I. y Gómez Arias, R. (2007). Mercado y riesgo: escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín 1993-2006. *Colombia Médica* 38(03): 222-236.
- Rodríguez Martínez, E. y García Gaviria, N. (2006). Enfermedad y significación: estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Opción* 22(50): 9-28.
- Savater, F. (2005). Los siete pecados capitales. México: Debate.
- Soler Claudín, C. y Ramos, J. M. (2006). El VIH/SIDA. México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM.
- Trueba Lara, J.L. (2008). Historia de la sexualidad en México. México: Grijalbo.
- Villaseñor Cabrera, T. y Rizo Curiel, G. (2003). Trastornos cognoscitivos asociados al efecto del VIH/SIDA en el cerebro. Estudio comparativo entre los estadios inicial y final. *Investigación y salud*. 5 (03).
- Yalom, I. (2009). Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte. México:Emecé