

COMPORTAMIENTOS DE ALTO RIESGO EN EL SIDA*

*Carlos Pal-hegedus***

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) es una enfermedad del sistema inmunológico que invariablemente es mortal. A la fecha, no se conoce de ninguna vacuna para esta enfermedad y por tanto, el tratamiento actual es paliativo en su mayor parte. La causa del Sida es un retrovirus que posee la capacidad de replicarse. Este virus al que se le denomina VIH, acrónimo del inglés Human Immunodeficiency Virus, ataca al sistema inmunológico, en especial a los linfocitos T colaboradores, produciendo una relación inversa entre los linfocitos T colaboradores y supresores. En el ser humano sano, esta relación es de 2.4; 1, es decir, existen casi el doble de células colaboradoras que supresoras. En el Sida, esta relación se encuentra invertida, o sea hay más linfocitos T supresores que colaboradores. Este déficit inmunológico es responsable, en parte, de que el sujeto o paciente con Sida presente una inmunocompetencia disminuida, la cual hace individuo muy susceptible de adquirir infecciones oportunistas (como por ej. Neumonía por *Pneumocystis carinii* y cáncer (ej. Sarcoma de Kaposi). Por tanto, podríamos considerar al Sida como un trastorno del sistema inmunológico y su diseminación o proliferación como un problema comportamental. Esta afirmación, deriva de las formas de transmisión del virus del HIV. Es un hecho comprobado de que el virus se transmite de un sujeto infectado a otro sano por:

- * Relaciones sexuales (homo, hetero y bisexuales)
- * Uso de agujas e hipodérmicas infectadas en tóxicomanos endovenosos.

Aunque existen otras formas de transmisión del virus (por transfusiones sanguíneas, por donación de semen u órganos, etc.), nuestro interés se centrará en las formas de transmisión mediatizadas por el comportamiento de los sujetos. De hecho, una de las alternativas para controlar la diseminación del virus del VIH, está dirigido a la modificación de los comportamientos de alto riesgo, tarea esta que compete a los psicólogos conductuales. Uno de los mayores inconvenientes en la emisión de los comportamientos de alto riesgo, es que los mismos producen estímulos altamente reforzantes, por lo que aumenta la probabilidad de que la conducta se presente en el futuro. Está comprobado que la conducta sexual (hetero u homosexual) y la drogadicción son comportamientos que pueden ser aprendidos y/o mantenidos por paradigmas de reforzamiento positivo o negativo (1, 2, 3). Siguiendo este planteamiento, si una conducta puede ser aprendida, también puede ser des-aprendida. Nuestra posición es que los comportamientos de alto riesgo, son comportamientos aprendidos que pueden ser des-aprendidos por medio de técnicas de modificación de conducta. Otro inconveniente en el manejo conductual de los trastornos sexuales y las conductas adictivas, se refiere al hecho de que entre la emisión o ejecución del comportamiento en cuestión y las consecuencias desagradables o aversivas existe un período variable de tiempo. En el caso del Sida, el período de tiempo que transcurre entre la exposición al virus -- ejecutar la conducta de alto riesgo -- y la aparición de los primeros síntomas clínicos del Sida (LGP, Linfadenopatía Generalizada Persistente) -- consecuencias aversivas -- es variable, pudiendo presentarse de seis meses a 72 meses, con un promedio de 28 meses. En consecuencia, no existe una relación de contingencia cercana entre el comportamiento de alto riesgo y las consecuencias aversivas de la aparición de la enfermedad. Epidemiológicamente, a este período, se le llama período de incubación del virus. De esta exposición, se deriva la hipótesis de que no puede controlarse la diseminación del virus HIV apelando únicamente a crear entre los "grupos de alto riesgo" el temor a adquirir el virus del Sida. Este planteamiento erróneo

* Parte de este trabajo fue presentado en el Seminario-Taller sobre Aspectos Psicosociales del Sida, celebrado en San José, Costa Rica el 10-11 Noviembre de 1988. Patrocinio de la Comisión Nacional sobre el Sida (CONASIDA) Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

** Dirección del autor: Apartado Postal 1039- Centro Colón, 1007 San José, Costa Rica. Actualmente es Profesor de Técnicas de Modificación de Conducta en la Universidad Internacional de Las Américas, San José, Costa Rica.

en algunas campañas publicitarias de educación en salud, quizás lo único que fomenten es la sidofobia y no la incorporación de comportamientos saludables entre los individuos que podrían adquirir el virus. Desde el punto de vista conductual, la emisión de los comportamientos de alto riesgo, podría ser definido como conductas inadecuadas por exceso (o por déficit). Al decir conducta inadecuada nos referimos al valor biológico de ciertos comportamientos que no son necesarios para la supervivencia del organismo. En ningún momento, se apela a concepciones moralistas o enjuiciadoras acerca del comportamiento. En el caso del Sida, un comportamiento inadecuado por déficit sería por ejemplo, la no utilización de preservativos entre homosexuales que practican el coito anal. El déficit vendría dado por que el comportamiento adecuado no se da o emite con la suficiente frecuencia, intensidad, duración o magnitud. En cuanto a los excesos conductuales, el concepto se refiere aquellos comportamientos inadecuados que se dan en exceso con respecto a su frecuencia, intensidad, duración o magnitud. Un ejemplo sería el de un toxicómano intravenoso que comparte agujas o hipodérmicas contaminadas con otros sujetos. Aunque el determinar que es un déficit o un exceso conductual es algo subjetivo, pueden establecerse algunos parámetros basales tomando como punto de referencia una adecuada definición operacional de los comportamientos en cuestión. Sobre este punto hablaremos más adelante.

Con respecto a los grupos de alto riesgo, es importante destacar que su definición se hizo basándose principalmente en aquellos grupos de personas que tenían una mayor probabilidad de contraer el virus VIH, por su comportamiento sexual o toxicómano. Aunque existen otros grupos susceptibles de adquirir el virus del VIH, el riesgo de infección no está dado por su comportamiento, sino por su condición de enfermedad. En este caso, estaríamos hablando de los hemofílicos, en los cuales el mayor número de infectados proviene de haber recibido hemoderivados contaminados con el virus del Sida. Es curioso destacar que Daniels (1988) indica que no se han encontrado comportamientos homosexuales en los hemofílicos británicos, lo cual hace suponer que la única vía de infección ha sido la hematológica. Quizás por razones de comodidad -- y tal vez epidemiológicas -- se empezó a utilizar el concepto de "grupos de alto riesgo", partiendo de la premisa de que es más fácil identificar personas que comportamientos. En este caso, hay que tomar en cuenta que en términos generales, los comportamientos de alto riesgo, suelen darse en la intimidad

o privacidad de los sujetos, es decir, no son conductas públicas, como por ejemplo el fumado o la ingesta de alcohol. Además, en algunos países y estados federados de los USA la conducta toxicómana y homosexual está penada por la ley, lo cual hace que los sujetos que emiten estos comportamientos, los ejecuten en privado.

Dentro de los grupos de alto riesgo, Daniels (1988) señala los siguientes:

1. Varones homosexuales o bisexuales.
2. Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas hipodérmicas.
3. Hemofílicos que han recibido productos hematológicos infectados.
4. Pacientes con transfusiones de productos hematológicos infectados.
5. Compañeros heterosexuales de pacientes con Sida o los infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV).
6. Lactantes de padres con Sida.
7. Casos relacionados con Africa Central.
8. Haitianos.

Como puede observarse es más fácil identificar un sujeto de raza negra que un varón bisexual por la sencilla razón de que la raza es una condición dada, mientras que la bisexualidad es un comportamiento privado. Esta nomenclatura de grupos de alto riesgo a nuestro juicio, ha fomentado la estigmatización y discriminación de aquellos sujetos, que aunque pertenezcan a los "grupos de alto riesgo" no ejecutan comportamientos de alto riesgo. Por ejemplo, una pareja homosexual monógama y 100% fieles el uno al otro, que no utilicen drogas intravenosas, tienen un riesgo de contraer el virus del Sida de cero. También, un toxicómano endovenoso que use equipo estéril, que no comparta agujas infectadas y que no presente conducta homosexual de alto riesgo, tiene una probabilidad de adquirir el virus de cero. Como es viable suponer, la mera pertenencia de un sujeto a un grupo de alto riesgo, ha favorecido la homofobia y la drogofobia entre el público en general e incluso entre los profesionales de la salud. Esta situación en vez de ayudar a la resolución del problema lo complica. Para evitar esta proliferación fóbica, nuestra propuesta es que no se emplee la denominación de grupos de alto riesgo sino el de comportamientos de alto riesgo, tomando en cuenta que se ha indicado que casi cualquier persona está expuesta a contraer el virus, siempre y cuando emita un comportamiento de alto riesgo. Para este fin, creemos necesario que se plantee una definición

operacional de los comportamientos de alto riesgo. Una definición operacional de la conducta consiste en una especificación clara, concisa y sin ambigüedades de que se va a entender por un comportamiento dado. Aquí lo importante es lo que la persona HACE o deja de HACER y no lo que ES O TIENE. Aunque esta tarea pueda parecer superflua, es necesaria para identificar en forma precisa cuáles son los comportamientos que deben ser modificados.

Ejemplos de definición operacional:

a- Coito anal homosexual:

Introducción del pene en el ano de un compañero masculino.

b- Conducta heterosexual promiscua:

Tener tres o más contactos sexuales por mes con personas distintas del sexo opuesto. Esta definición operacional de comportamientos, ha permitido que se puedan precisar con claridad las conductas de bajo, mediano y alto riesgo. Lógicamente, uno de los objetivos de este enfoque es el de favorecer la emisión de conductas de bajo riesgo y por ende fomentar un cambio en la conducta sexual de algunos individuos, para evitar la diseminación del virus de inmunodeficiencia adquirida. A continuación se ofrece una pequeña guía en donde se indican cuáles son las conductas de bajo, medio y alto riesgo (Daniels, 1988).

BAJO RIESGO

- * Masturbación mutua y de grupo.
- * Besos "secos" (sin intercambio de saliva)
- * Juguetes sexuales (vibradores) utilizados con el compañero, pero no compartidos.
- * Cautiverio, golpes, azotes y nalgadas, en tanto no se rompa la piel.
- * Contacto cuerpo con cuerpo.
- * Contacto pene con cuerpo, excepto entre los muslos o glúteos.

RIESGO MEDIO

- * Besos "húmedos" (con intercambio de saliva).
- * Coito interfemoral (contacto pene con cuerpo, excepto entre los muslos o glúteos).
- * Dedaleo (colocar los dedos en el ano).
- * Duchas y enemas.
- * Felación.

- * Cunnilingus.
- * Orinarse en tanto la orina no penetre en boca, el ano o los ojos.

RIESGO ALTO Y MUY ALTO

- * Compartir juguetes sexuales.
- * Anilingus (lamer el ano)
- * Estimulación bracoproctal (puñeteo - introducir la mano, el puño o el antebrazo en el recto).
- * Sexo vaginal (es más seguro si se usa condón).
- * Sexo anal
- * Cualquier acto sexual que produzca sangre.
- * Enemas y duchas antes y después de las relaciones anales.

A esta pequeña guía, también se la ha denominado "GUIA PARA SEXO SEGURO". Lo importante en las campañas publicitarias de prevención de la diseminación del Sida, es informar a la población en que consiste el sexo seguro. No es suficiente decir "practique el sexo seguro"; la población necesita saber con claridad que se entiende por sexo seguro. Es muy difícil practicar algo que no se sabe en que consiste. Algunas de las ventajas de una correcta definición operacional de los comportamientos de bajo, mediano y alto riesgo, es que permite reducir la estigmatización y discriminación de los individuos más propensos a emitir conductas de riesgo. Además, este enfoque permite una adecuada identificación de los comportamientos que deben ser modificados o reducidos en cuanto a su frecuencia u otros parámetros. Por otra parte, también favorecerá la investigación referida a las pautas de prevención más adecuadas y el énfasis en un modelo salutogenico en lugar de uno patogénico. Por ejemplo, se ha planteado por parte de diversos autores, que la utilización de preservativos en las relaciones anales podría reducir en parte el riesgo de contagio. Sin embargo, por distintas razones -- entre ellas la pérdida de la sensibilidad -- algunos individuos homosexuales rechazan el uso de los condones. Indudablemente el uso de los preservativos es una conducta saludable que puede implementarse en el grupo de población en riesgo de contagio. Algunos autores (Vargas, Comunicación personal, 1988) utilizan una técnica parecida a la desensibilización sistemática real, en la cuál por medio de aproximaciones sucesivas, se induce al sujeto masculino a utilizar los condones para la felación de sujetos del mismo sexo. En esta técnica, lo primero que se hace es solicitarle al sujeto que manipule un preservativo en

su sobre sin abrirlo, luego, que lo saque del sobre y lo manipule, acto seguido que se lo pase por los brazos y por la cara; luego que lo acaricie con los labios y por último que lo succiones utilizando un vibrador o genitales masculinos de plástico como sustitutos de los órganos sexuales masculinos. Al igual que esta técnica, existen muchas otras que pueden ser de gran beneficio en las intervenciones preventivas. Por ejemplo, sería necesario investigar hasta que punto los sujetos homo y heterosexuales saben usar adecuadamente los condones. En caso contrario, podrían establecerse programas conductuales para enseñar a las personas el uso correcto de los preservativos. Lo importante en estos programas preventivos, es no presuponer el conocimiento de las conductas preventivas por parte de los sujetos con riesgo de infección.

RESUMEN

En este trabajo se plantea una re-definición conceptual sobre los grupos de alto riesgo. Se afirma, que para los distintos fines de combate del Sida, se requiere de una adecuada definición operacional de las conductas o comportamientos de alto riesgo. Para tales efectos, se ponen algunos ejemplos de comportamientos de bajo, mediano y alto riesgo, que influyen la propagación del virus del Sida. Dicha definición operacional ayudará a evitar la estigmatización y discriminación de personas que emiten conductas de alto riesgo o de una condición que los expone a adquirir el virus (por ej. hemofílicos). Se argumenta que esta re-definición facilitará las tareas de educación en salud y los distintos programas de intervención psicosocial en el manejo del Sida.

SUMMARY

In this paper a conceptual re-definition is proposed concerning the "high risk groups". It is stated that in order to fight against AIDS, is needed an adequate operational definition of risky behaviors. There are shown examples of low, medium and high risk sexual behaviors which disseminate the HIV. The operational definition of risky behaviors will help to avoid discrimination and stigma of the persons that behave in a risky way or has a medical condition which expose them to the virus (e.g. hemophilia). It is argued that this behavioral re-definition will ease the health educational programs and the psycho-social interventions on AIDS.

BIBLIOGRAFIA

1. Bayes, R. (1988)
"Drogodependencias in Sida: Aspectes psicológicos"
En J. Roy, M. Fontanilles y A. Obrador (Eds.)
Drogodependencias: Experiencias d'intervenció a Catalunya Barcelona: Diputació de Barcelona.
2. López, H. (1984)
"Modelos metodológicos conductuales para la explicación, evaluación y tratamiento del abuso de drogas"
Revista Costarricense de Psicología 3:4,39-46.
3. Marks, I. (1980)
"Desviaciones sexuales"
En: *Leitenbero, H. "Manual de Modificación de Conducta"*
Ed. Morata, Madrid.