

ASPECTOS PSICOPEDAGOGICOS DE LA PREVENCIÓN DEL SIDA

M^a Victoria Gordillo Álvarez-Valdés

Universidad Complutense. Madrid

España lleva años ocupando el primer puesto en Europa en incidencia de sida. El número de casos registrado desde 1981 supera los 40.000 y se presume que existen entre 150.000 y 200.000 seropositivos. Desde la descripción de los primeros casos de sida en EE.UU. han transcurrido ya quince años y la epidemia continúa propasándose, desafiando a la comunidad médica mundial que contempla como, a pesar de los logros científicos alcanzados en el conocimiento de la enfermedad, no se ha obtenido ningún tratamiento capaz de erradicar al virus de los sujetos infectados.

Por esta razón y en espera de la obtención de un antivírico o una vacuna verdaderamente eficaces, la prevención constituye el arma más útil para frenar esta epidemia que, no sin motivo, ha sido denominada "la plaga del siglo XX". Para combatir con eficacia esta epidemia es preciso conocer claramente sus dimensiones, así como percibir el riesgo personal que representa pues sólo de este modo se logrará el necesario cambio de conducta (1). No se puede olvidar, sin embargo, que la prevención, cuyo objetivo es el cambio de conductas, requiere educar convenientemente a la población. Al ser una enfermedad que se

transmite principalmente a través de determinadas conductas habrá que centrar la actividad preventiva en modificar hábitos de vida que suponen un riesgo para el individuo (2).

Analicemos, a continuación, las principales vías de transmisión de esta infección.

1. La transmisión heterosexual.

La transmisión heterosexual del VIH ocurre de modo muy heterogéneo. Es más frecuente de varón a mujer que viceversa (3). Se ha descrito en un 15-25% de las parejas femeninas estables de drogadictos y hemofílicos seropositivos (3,4). Existen casos de transmisión del VIH a partir de uno o dos aislados coitos con una persona infectada (5,6). La información disponible sugiere que el coito anal, la relación durante la menstruación y la presencia de úlceras genitales facilitan la transmisión del VIH en la relación heterosexual (7). Por su parte, algunas circunstancias ajenas a la propia relación sexual se asocian a una mayor transmisibilidad, como es un estadio más avanzado de la infección VIH en la pareja seropositiva (8) y un mayor número de relaciones sexuales con ella (16). La utilización de anticonceptivos, en relación con los cambios producidos en la mucosa vaginal, puede incrementar la transmisión del VIH (7).

La prevención de la transmisión heterosexual del VIH, que constituye la "segunda

ola" del SIDA, pasa por educar convenientemente a la población. En algunos países africanos, siguiendo las recomendaciones de la OMS, se han realizado campañas de promoción de la estabilidad familiar y de reducción del número de parejas entre la población general. En las prostitutas se ha promovido el uso del preservativo como única medida para paliar el riesgo de infección en los usuarios, aunque se sabe que el preservativo no elimina por completo el riesgo de infección por VIH (9-13). Las causas de su falibilidad son múltiples, como el tipo de material empleado (el látex es el más protector), la rotura del preservativo hasta en un 11-18% de las relaciones sexuales (11-14), el contacto ocasional de las mucosas por deslizamiento del preservativo y la omisión de su uso en relaciones potencialmente infecciosas como las orogenitales (6,15,16). La recomendación de su uso, por tanto, debería ir siempre acompañada de una información veraz sobre sus limitaciones y, más importante todavía, es preciso subrayar la eficacia de evitar la multiplicidad de parejas.

Dado que el contagio heterosexual es una vía en ascenso, y que en nuestro país ocupa el segundo lugar después de la drogadicción, urge plantear estrategias adecuadas para hacer frente a la difusión heterosexual del VIH. La OMS ha difundido mensajes en favor de la monogamia y en contra de la promiscuidad. En el mismo sentido se han pronunciado diferentes autores (17,18), que subrayan la necesidad de promover un cambio conductual importante en el área sexual de muchas sociedades. Así en San Francisco, un estudio reciente ha alertado que de no producirse una reducción considerable de las

prácticas de riesgo en gran parte de la población, aunque existiera una vacuna profiláctica, la epidemia continuaría creciendo (19).

En algunos países occidentales se han desarrollado campañas de promoción del uso de preservativos, pero frecuentemente sin informar adecuadamente sobre sus limitaciones y sin subrayar la conveniencia de evitar la promiscuidad. El resultado ha sido desafortunado, observándose un aumento de algunas ETS, especialmente entre adolescentes. Parece, por tanto, que la revisión de estas campañas de prevención ha de ser un objetivo prioritario en los programas de salud pública (20,21). En Nueva York, tras varios años de distribución gratuita de condones en las escuelas, se revisó el programa educacional y se puso en práctica uno nuevo para promover el retraso del inicio de la relaciones sexuales después de los 18 años, habida cuenta del elevado número de embarazos no deseados y ETS (entre las cuáles figura el sida) que se estaban observando en los adolescentes.

Una consecuencia que se deriva de lo anterior es que a pesar de la importancia que la tecnología tiene en temas referidos a la salud, hoy se reclama un enfoque diferente más próximo a la educación. Para el éxito de la prevención primaria -es decir, de aquella que se realiza antes de que el peligro se haya presentado-, el foco debe situarse en aquellos aspectos que se refieren a la motivación de la conducta en general (22).

2. La drogadicción por vía parenteral

En nuestro país, donde existen unos 125.000 drogadictos, un 64% de los casos de sida descritos parecen haberse producido en ADVP. La transmisión ocurre por intercam-

bio del material utilizado en la venopunción con sujetos infectados, aunque también puede ocurrir por otros mecanismos y, de modo especial, dada la promiscuidad de muchos de estos individuos, a través de relaciones heterosexuales.

Los objetivos de las campañas de prevención de la infección VIH en drogadictos se han localizado en: 1) ayudar a la deshabitación y a la reinserción social; 2) desterrar el hábito de intercambiar la parafernalia utilizada en la venopunción; y 3) educar sobre la transmisión sexual del virus, aconsejando una menor promiscuidad y/o el uso del preservativo. Las campañas de prevención en ADVP no han tenido la repercusión esperada y han sido poco eficaces hasta el presente. En algunos países, aunque se ha demostrado una reducción del hábito de intercambiar jeringuillas (23,24), se demostró que las conductas sexuales de riesgo no se habían modificado (24).

De forma prioritaria hay que diseñar nuevas estrategias para reducir la penetración del VIH en la gran masa de drogadictos. Por un lado, se requiere llegar plenamente a esos colectivos marginados, que son los más insensibles a los medios de comunicación (prensa, radio, TV), quizás a través del adiestramiento de verdaderos "educadores de campo", que tengan contacto directo con los drogadictos en su ámbito. Por otro lado, deben identificarse e intentar corregirse las circunstancias asociadas al inicio de la drogadicción. Algunos factores sociales, como el paro laboral, un bajo nivel educativo, los problemas familiares y el antecedente de haber estado en prisión se asocian a menudo a la seropositividad en ADVP.

Por ello, en última instancia, prevenir la drogadicción y la infección por VIH requiere revisar la escolaridad de los adolescentes, la ocupación del tiempo extraescolar y la información que se da sobre la adicción a drogas.

Posiblemente, han sido los modelos psicológicos de prevención los que han fracasado en su intento de evitar conductas de alto riesgo. De ellos los más conocidos se han centrado en promover un sentimiento de autoeficacia, unido a una mayor información y capacidad de manejar situaciones (por ejemplo, el **modelo socio-cognitivo** que se basa en el enfoque de Bandura). Otros, como la **teoría de la acción razonada** (TRA), han caído en el idealismo de pensar que la intencionalidad y las propias normas y actitudes son suficientes para lograr el cambio conductual. También se ha aplicado el **modelo de creencias de salud** (HBM) en el cual la conducta preventiva se considera en función de la vulnerabilidad y la gravedad percibido ante la posible infección por VIH, así como de los costes y beneficios de las acciones que se deban emprender. Partiendo de este último se ha desarrollado un modelo específico de **reducción del riesgo del sida** (ARRRM) que comprende tres estadios: reconocer la situación, compromiso en reducir conductas de alto riesgo y búsqueda de estrategias para lograr los objetivos propuestos.

La falta de comprensividad y de resultados empíricos contrastables ha llevado a nuevas estrategias donde junto a la información y a las habilidades conductuales aparece un nuevo componente: la motivación (25). Una ventaja del **modelo IMB (information, motivation, behavioral skills)** es que en él se reconocen la información y la motivación

como constructos diferentes, lo cual en muchos casos no se ha tenido suficientemente en cuenta al considerar que una buena información o, al revés, la sola motivación eran suficientes para producir el cambio de conducta.

3. El contagio por relaciones homosexuales

Los homo/bisexuales han sido los que más se han beneficiado de las campañas de prevención de la infección VIH que, poco exitosas en otros colectivos, parecen haber logrado una reducción de la incidencia estimada de seroconversiones en este grupo en los últimos años (26)

El papel que puede tener el apoyo psicológico a los sujetos homosexuales ha sido expuesto de forma suficiente, en parte por la presencia de grupos activistas que han subrayado el importante componente psicosocial que subyace en la conducta homosexual. Desde la perspectiva educativa, es necesario insistir en dos aspectos: en el hecho de que la homosexualidad no siempre tiene una base genética, sino que en ocasiones es producto de una afectividad mal encauzada en la infancia y adolescencia. Y en la posibilidad de ayudar al sujeto homosexual a renunciar a la actividad sexual que más le atrae. Tanto la psicoterapia como una adecuada orientación familiar y educativa puede evitar la práctica de conductas de riesgo muy perjudiciales para el sujeto.

4. La transmisión madre-hijo

Aunque la transmisión materno-fetal del VIH sólo ocurre en el 12-20% de los recién nacidos de madres seropositivas, algunos países han aprobado el aborto para estas ges-

tantes. Sin embargo, en la actualidad se dispone de varias estrategias que minimizan considerablemente el riesgo de infección para el recién nacido; por ejemplo, la práctica de cesárea en el último mes de la gestación (27) y evitar la lactancia materna, dado que el virus parece transmitirse preferentemente en el momento del parto y a través de la lactancia. De todas, la medida más eficaz para reducir la transmisión materno-fetal del VIH ha sido introducida recientemente: la administración de zidovudina a las mujeres embarazadas a partir del 4^o mes de gestación, reduce la transmisión al 6-8% (28,29). De esta forma, se ha suscitado la conveniencia de realizar el estudio de anti-VIH a todas las mujeres gestantes, como una prueba más del embarazo (30).

5. Las transfusiones sanguíneas

Es ésta una vía en claro descenso en los países desarrollados donde desde 1986 es obligatorio este tipo de control en las donaciones de sangre. Sin embargo, en Africa y otras regiones subdesarrolladas, la problemática del sida transfusional continúa siendo particularmente grave. A la elevada prevalencia de infección en la población (1 de cada 4-6 donantes en algunos países centroafricanos), se suma la ausencia de infraestructura para excluir las donaciones seropositivas (31).

6. Prevención de la transmisión del VIH en otras situaciones

La transmisión del VIH por contactos casuales, por ejemplo los existentes en las relaciones familiares no matrimoniales es excepcional. Los estudios de prevalencia de

infección VIH en familiares u otros miembros que tenían una relación habitual con individuos seropositivos y sus objetos han concluido que el virus no se transmite por otras vías que la sexual (32,33). Sin embargo, en EE.UU. se ha comunicado recientemente la transmisión del VIH a un niño que convivía con su madre afectada de sida, así como el de una mujer de 75 años que cuidaba a su hijo enfermo de sida. En ambos casos había habido exposición repetida a sangre de los pacientes (34).

Un problema no resuelto se refiere a la escolarización de los niños con infección por VIH. En esta situación se enfrenta el derecho de los padres seronegativos a evitar una potencial infección mortal para sus hijos, con el derecho de los niños seropositivos a no ser marginados. Agrava el conflicto el que estos últimos no son responsables de ser portadores del virus. Aunque se han comunicado varios casos de transmisión horizontal en niños que convivían juntos (35-37), debe subrayarse que, como ya se ha dicho, el virus se transmite de forma casi exclusiva por vía sexual y sanguínea, de forma que el riesgo de infección en la convivencia familiar o escolar en los niños es casi nulo (38,39). Las caricias, besos, golpes, etc. no constituyen una fuente de contagio a menos que existan heridas abiertas. Por ello, parece aconsejable que los educadores supervisen con especial atención, pero no impidan, la escolarización normal de los niños VIH positivos.

Conclusiones.

Las estrategias para la prevención de la infección por VIH se sitúan en los tres niveles clásicos de prevención: primaria, secun-

daria y terciaria. La primera es la dirigida a sujetos que no presentan conductas de alto riesgo. El medio más idóneo es una educación que promueva estilos de vida sanos, que favorezca el autocontrol y un adecuado desarrollo afectivo-sexual dentro de un ambiente facilitador (medios de comunicación, escuela, familia, grupos, etc). La prevención secundaria es aquella cuyo grupo diana se compone de personas que están en posible situación de riesgo (adolescentes, grupos minoritarios, ámbitos sociales determinados, etc). Las medidas irán encaminadas no sólo a informar sino a formar actitudes vitales, a desarrollar habilidades sociales, a proporcionar formas alternativas de tiempo libre, grupos naturales de ayuda (familia, amigos), etc.

Por último, la terciaria tiene como objeto mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y sus familiares. Se precisa para ello, tratamiento médico y atención psicológica. Algunas estrategias son específicas de esta etapa (intervención en crisis, psicoterapia, ayuda farmacológica y clínica), pero otras muchas coincidirán con el tipo de prevención anterior. En ocasiones, se requerirán también medidas paliativas (programas de metadona, distribución de jeringuillas o preservativos, etc). Y siempre, una preparación para afrontar la muerte con dignidad.

Parte de la prevención en este nivel es evitar el contagio. Lo cual exige dar a conocer la infección a las posibles parejas y las posibilidades reales de contraer la enfermedad.

Como muchos autores han indicado, la mayoría de los programas de prevención han fracasado por limitarse a una sola estrategia y por no diferenciar entre niveles o grupos sociales a los que se dirige (21,40-42), así

como por presentar una dimensión demasiado individualista del problema sin tener en cuenta el entramado social en el que el sujeto se desenvuelve: aspiraciones, valores, necesidades, motivos, relaciones interpersonales, etc. El pandeterminismo o la limitación reduccionista del hombre ha producido programas donde la libertad de elegir y la capacidad de superación, tan propiamente humanas, no han sido en absoluto consideradas.

Referencias Bibliográficas

1. Kirby M. Human rights and the HIV paradox. *Lancet* 1966; 348-. 1217-18.
2. Stryker J, Coates T, DeCarlo P. Prevention of HIV infection. Looking back, looking ahead. *JAMA* 1995; 273: 1143-48.
3. European Study Group. Risk factors to male to female transmission of HIV. *Br Med J* 1989; 298: 411-5.
4. Tor J, Muga R, Ginesta C. Transmisión heterosexual del VIH en parejas estables de ADVP. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 712-4.
5. Johnson A, Petherick A, Davidson S. Transmission of HIV to heterosexual partners of infected men and women. *AIDS* 1989; 3: 367-72.
6. Vallés J, Gutiérrez A, Gómez B. Formas infrecuentes de transmisión del VIH-L. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 157.
7. Plummer F, Simonsen J, Cameron D. Cofactors in male-female sexual transmission of HIV-1. *J Infect Dis* 1991; 163-. 233-9.
8. Goedert J, Eyster M, Biggar R. Heterosexual transmission of HIV: association with severe depletion of T-helper lymphocytes in men with hemophilia. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1987; 3: 355-60.
9. Nelson K, David M, Celentano D. Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *New Engl J Med* 1996; 335: 297-303.
10. Bayer R. AIDS prevention-Sexual ethics and responsibility. *New Engl J Med* 1996-, 334: 1540-42.
11. Gotzche P, Hording M. Condoms to prevent HIV transmission do not imply truly safe sex. *Scand J Infect Dis* 1988, 20: 233-4.
12. Weller S. A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1635-44.
13. McKeganey N. Prostitution and HIV: what do we know and where might research be targeted in the future? *AIDS* 1994; 8: 1.215-6.
14. Wigersma L, Oud R. Safety and acceptability of condoms for use by homosexual men as a prophylactic against transmission of HIV during anogenital intercourse. *Br Med J* 1987; 295: 94.
15. Murray A, Greenhouse P, Nelson W. Coincident acquisition of *Neisseria gonorrhoeae* and HIV from fellatio. *Lancet* 1991; 338: 830.
16. Keet I, Van Lent N, Sandfort T, Coutinho R, Van Griensven G. Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men. *AIDS* 1992- 6: 223-6.
17. Quinn T. Population migration and the spread of types 1 and 2 human immunodeficiency viruses. *Proc Nati Acad Sci USA* 1994; 91: 2407-14.
18. Frerichs R. Personal screening for HIV in developing countries. *Lancet* 1994; 343-. 960-2.
19. Blower S, McLean A. Prophylactic vaccines, risk behavior change, and the possibility of eradicating HIV in San Francisco. *Science* 1994; 265: 1451-4.
20. Guinan M. HIV, heterosexual transmission, and women. *JAMA* 1992; 268: 520-1.
21. Choi K, Coates T. Prevention of HIV infection. *AIDS* 1994; 8: 1371-1389.
22. Genius S. Adolescent sexual involvement: time for primary prevention. *Lancet* 1995; 345: 240-41.
23. Des Jarlais D, Friedman S, Sotharan J, et al. Continuity and change within an HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *JAMA* 1994; 271-121-7.

24. Robertson J, Skidmore C, Roberts J. Infection in intravenous drug users: a follow-up study indicating changes in risk-taking behaviour. *Br J Addict* 1988; 83: 387-91.
25. Fischer J, Fischer W, Williams S. Empirical tests of an Information-Motivation Behavioral Skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychol* 1994; 13: 238-250.
26. Adib S, Joseph J, Ostrow D, Tal M, Schwartz S. Relapse in sexual behavior among homosexual men: a 2-year follow-up from the Chicago MACS/CCS. *AIDS* 1991; 5: 757-60.
27. The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1994; 343: 1464-7.
28. CDC. Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *MMWR* 1994; 43: 285-7.
29. Boyer P, Dilion M, Navaie M, et al. Factors predictive of maternal-fetal transmission of HIV-L: preliminary analysis of zidovudine given during pregnancy and/or delivery. *JAMA* 1994; 271: 1925-30.
30. Wilfert C. Mandatory screening of pregnant women for the HIV. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 664-6.
31. Ryder RW. Difficulties associated with providing an HIV-free blood supply in tropical Africa. *AIDS* 1992; 6: 1395-6.
32. Friedland G, Kahl P, Saitzman B. Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact. *AIDS* 1990; 4: 639-44.
33. Gershon R, Vlahov D, Nelson K. The risk of transmission of HIV-1 through nonpercutaneous, non-sexual modes: a review. *AIDS* 1990; 4: 645-50.
34. CDC. HIV transmission in household settings-United States. *MMWR* 1994; 43: 347-8.
35. CDC. HIV infection in two brothers receiving intravenous therapy for hemophilia. *MMWR* 1992; 41: 228-31.
36. Fitzgibbon J, Gaur S, Frenkel L, et al. Transmission from one child to another of HIV type 1 with a zidovudine-resistance mutation. *N Engl J Med* 1993; 329: 1835-41.
37. Dunn D, Newell M. Transmission of HIV-1 from one child to another. *N Engl J Med* 1994; 330: 1313-4.
38. Simonds R, Rogers M. HIV prevention-bringing the message home. *N Engl J Med* 1993; 329: 1883-5.
39. Simonds R, Channock S. Medical issues relating to caring for HIV-infected children in and out of the home. *Pediatr Infect Dis* 1993; 12: 845-52.
40. Flora J, Thoresen C. Reducing the risk of AIDS in adolescents. *Amer Psychol* 1988; 43: 965-970.
41. Lifson A. Preventing AIDS: have we lost our way?. *Lancet* 1995; 346: 262.
42. Cooksey E, Rindfuss R, Guilkey D. The initiation of adolescent sexual and contraceptive behavior during changing times. *J Health and Soc Behav* 1996; 37: 59-74.