

SIDA: el nuevo rostro de Gorgo*

CÉSAR CARRILLO TRUEBA**

*A mi madre,
en sus 25 años de médico hematóloga*

*"del SIDA, lo más contagioso es el miedo"
Rosa Ma. Roiffel*

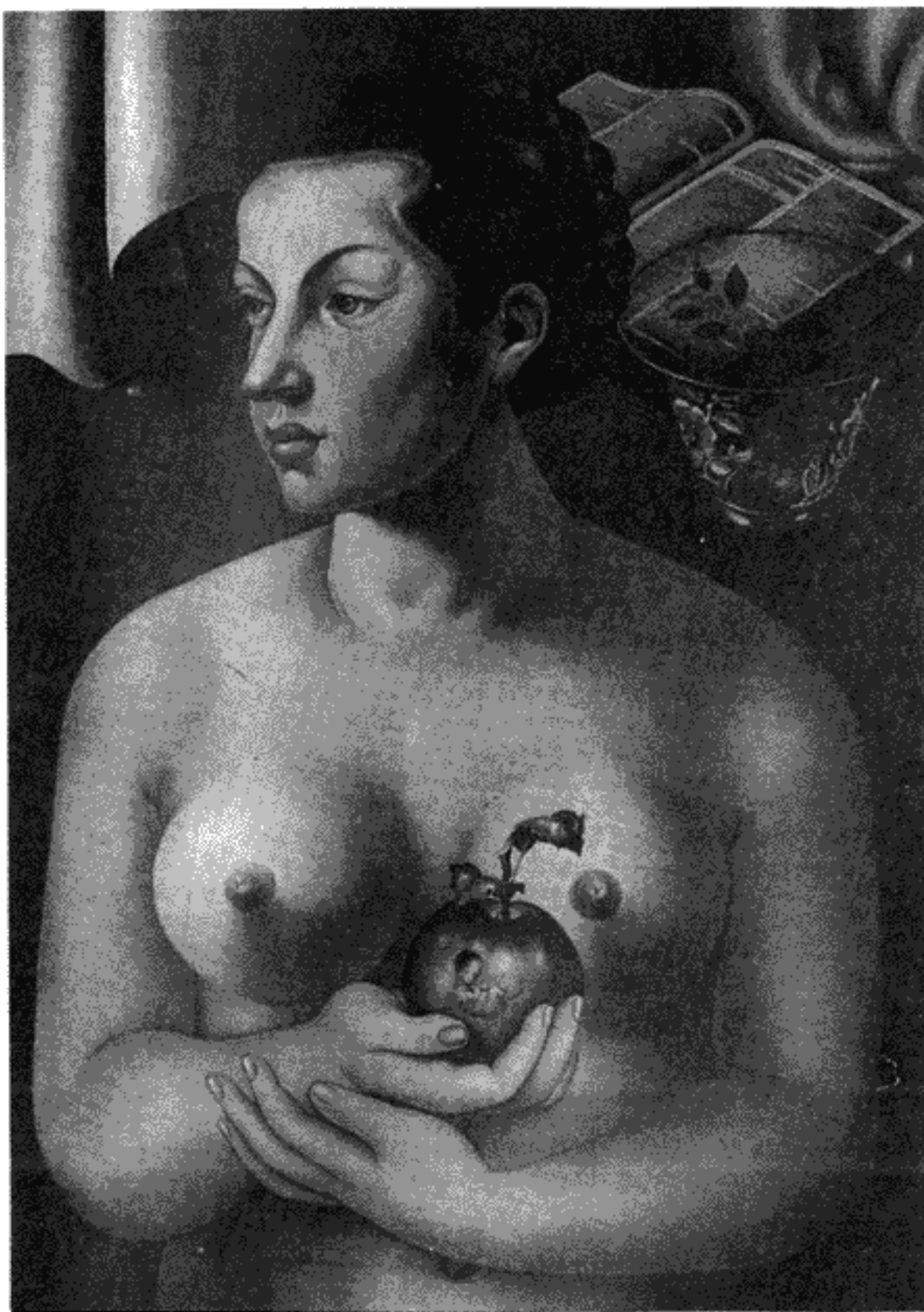
“

El pálido temor se apoderó de mí, —dice Odiseo al llegar al país de los muertos—, temiendo que la ilustre Perséfone me enviase del Hades la cabeza de Gorgo, horrendo monstruo”. ¿Qué es lo que hace que el legendario héroe de la Odisea de Homero se retire en tal sobresalto? Es Gorgo, habitante del Tártaro, quien junto con el can Cerbero guarda la entrada de este reino. También llamada Gorgona, Gorgo impide la entrada de los vivos al país de los muertos, mientras que Cerbero no deja a éstos abandonar el Hades.

Ya en su ocaso, nuestro siglo ha visto resurgir el rostro de Gorgo: aterrador, espeluznante, horrendo, enloquecedor, apocalíptico. Al igual que entre los griegos no se le quiere mirar de frente; su mirada congela y petrifica: tiene *la muerte en los ojos*.

Formada por sodomitas, drogadictos, monos verdes, promiscuos cogelones, prostitutas y africanos degenerados, la máscara de Gorgo nos acecha. Entre puerulencias, cuerpos apretujados —más hueso que carne en muchos—, miasmas, llagas, podredumbre y corrupción, se dibujan cuatro letras en su frente: SIDA.

Peste, castigo divino, estigma, las metáforas son numerosas. Tener SIDA puede significar perder el empleo, ser expul-



* Resumen de un trabajo que el autor prepara para próxima publicación

** Estudiante de Biología, Facultad de Ciencias, UNAM.



sado de la escuela, arrojado de la vivienda, abandonado, segregado, despreciado, y hasta no hace mucho, no tener derecho a sepultura. Los prejuicios siempre andan a la caza de nuevos objetos, sangre fresca para poder vivir. Así vuelven a tomar fuerza viejos adjetivos, actitudes ya consideradas como parte de la historia de la intolerancia. El sexo nuevamente en el banquillo de los acusados.

ENFERMEDAD Y SOCIEDAD

La forma en que es vista una enfermedad, así como las reacciones y actitudes ante ella, dependen de una serie de factores de índole social, histórico; de la mentalidad que predomina, ideologías y prejuicios incluidos. Analizando esta cuestión, en su obra *Civilización y enfermedad*, el Dr. Henry Sigerist toma como ejemplo a los *kubus* de Sumatra, quienes consideran a la enfermedad como resultado de la acción malévolamente de algún espíritu o demonio, o del efecto de un embrujo. Por ello, al enfermo se le trata en forma especial, ya que es una víctima inocente.

Aparentemente proviene del antiguo Oriente la idea de que el enfermo no es ajeno a su enfermedad, es decir, que no es una simple víctima, sino que con ella el enfermo expía algún pecado, el sufrimiento que padece es un castigo. Esta concepción ya se encuentra entre los babilonios, y en el Antiguo Testamento es claro, como lo explica el Dr. Sigerist: "Dios, se nos dice, ha revelado su ley: todos los que la sigan con piedad vivirán felices, pero quienes la violen, serán castigados. La enfermedad y el sufrimiento vienen como castigo de los pecados del individuo, de sus padres o aun de su clan".

Los griegos dividían la sociedad en hombres sanos y enfermos. Ser sano era sinónimo de equilibrio, armonía, nobleza y perfección, mientras que estar enfermo era prácticamente casi

no alcanzar la categoría de humano, era pertenecer a una especie de una versión helénica del mundo "bizarro" de Superman. Si la enfermedad era susceptible de cura, se hacía todo por la reintegración del enfermo, de no ser así, el desprecio y la segregación acompañarían al enfermo hasta la muerte.

El cristianismo se promueve en gran medida como la "religión de curar". A los enfermos se les promete curación total y de ello dan cuenta los Evangelios. Basta con que Cristo pase la mano sobre los enfermos para que su mal desaparezca. Los ciegos recuperan la vista, levanta paralíticos y hasta revive muertos. Esta nueva religión ve a la enfermedad como un sufrimiento, y como todo sufrimiento, ésta eleva el espíritu. Por ello, la actitud cristiana en un principio era la de compasión, cuidado y reconfortación de los sufrientes.

Sin embargo, como ya es sabido, al llegar al poder, al convertirse en oficial o institucional, hombres e ideas se transforman. El cristianismo no fue la excepción. "Cuando el cristianismo fue admitido oficialmente como religión del estado romano, por necesidad tuvo que transigir y adoptó la herencia cultural del pasado. Los cristianos ejercieron la medicina y trataron a sus pacientes aplicando las doctrinas de los médicos paganos" (Sigerist).

Así, de ser casi excomulgado, *post-mortem*, Galeno pasó a ser la máxima autoridad. Tanto el saber como las prácticas de los antiguos fueron retomadas. No sólo de milagros se cura el hombre. Inevitablemente, las concepciones de los griegos acerca de la enfermedad iban en el paquete. Hay quienes explican de esta manera el hecho de que durante la Edad Media las epidemias se concibieran como castigo divino. Mas no hay que olvidar que la Iglesia ya detentaba el poder y atacaba todo culto pagano en su afán por controlar acciones y pensamientos humanos. Normar y atemorizar le eran indispensables. Las epidemias caían como anillo al dedo.

No obstante, no todas las enfermedades reciben el mismo tratamiento. La delimitación de diferentes tipos de enfermedades y sus múltiples manifestaciones siempre ha llevado a una cierta jerarquización o valorización social de ellas. Por ejemplo, las enfermedades cutáneas casi siempre han sido consideradas repugnantes, aun cuando no sean tan terribles como otros padecimientos poco visibles; entre éstas se encuentra la lepra. En el otro extremo se encuentra la tuberculosis, enfermedad que durante los siglos XVIII y XIX llegó a ser asociada al genio creador. En cuanto a las enfermedades venéreas, la reacción ante ellas ha variado con la actitud e ideas que prevalecen acerca del sexo.

El caso de la sífilis es ilustrativo. Considerada como cualquier otra epidemia antes de ser establecida su transmisión por vía sexual, su padecimiento no era nada denigrante. Al ser determinada en el siglo XVI su forma de contagio, la sífilis se verá ligada a la moral de la época por el resto de sus días. En este plano, el Renacimiento que la vio nacer como mal venéreo, fue bastante tolerante y permisivo. Burdeles y relaciones extramaritales no eran estigmatizados y el hecho de tener sífilis no traía mayores consecuencias que tener que soportar las curas con mercurio (de ahí el dicho: "una noche con Venus, toda una vida con Mercurio) y al final: la muerte.

La sociedad cortesana integrará dentro de sus "relaciones peligrosas" a la sífilis. Ésta jamás se convirtió en un obstáculo a sus diversiones. Más bien, el abuelo del condón, fabricado con tripa de borrego, recorrerá las alcobas brindando cierta protección. Lamentablemente nada es eterno, la burguesía as-

cedente, acompañada de su inseparable rémora, la pequeña burguesía, actualmente clase media, se opondrá a tal desenfreño. Sobre cimientos calvinistas levantarán ese edificio de moralidad que en Inglaterra va a constituir en el siglo XIX "lo victoriano". Y desde su recién adquirida altura, apuntará con el índice a todos los libertinos, a quienes mantienen relaciones extramaritales, aquellos que desperdician su energía en actividades no productivas, en lugar de entonar el himno al trabajo. La idea del sexo indisolublemente ligado a la procreación ocupa la escena.

La Iglesia no se queda atrás, "en 1826, el Papa León XII censuró el uso del preservativo porque contravenía las intenciones de la Divina Providencia, esto es, castigar a los pecadores en el miembro con el cual habían pecado" (Sigerist). La imaginación del clero siempre ha sido reducida, mientras que sus condenas se piensan universales.

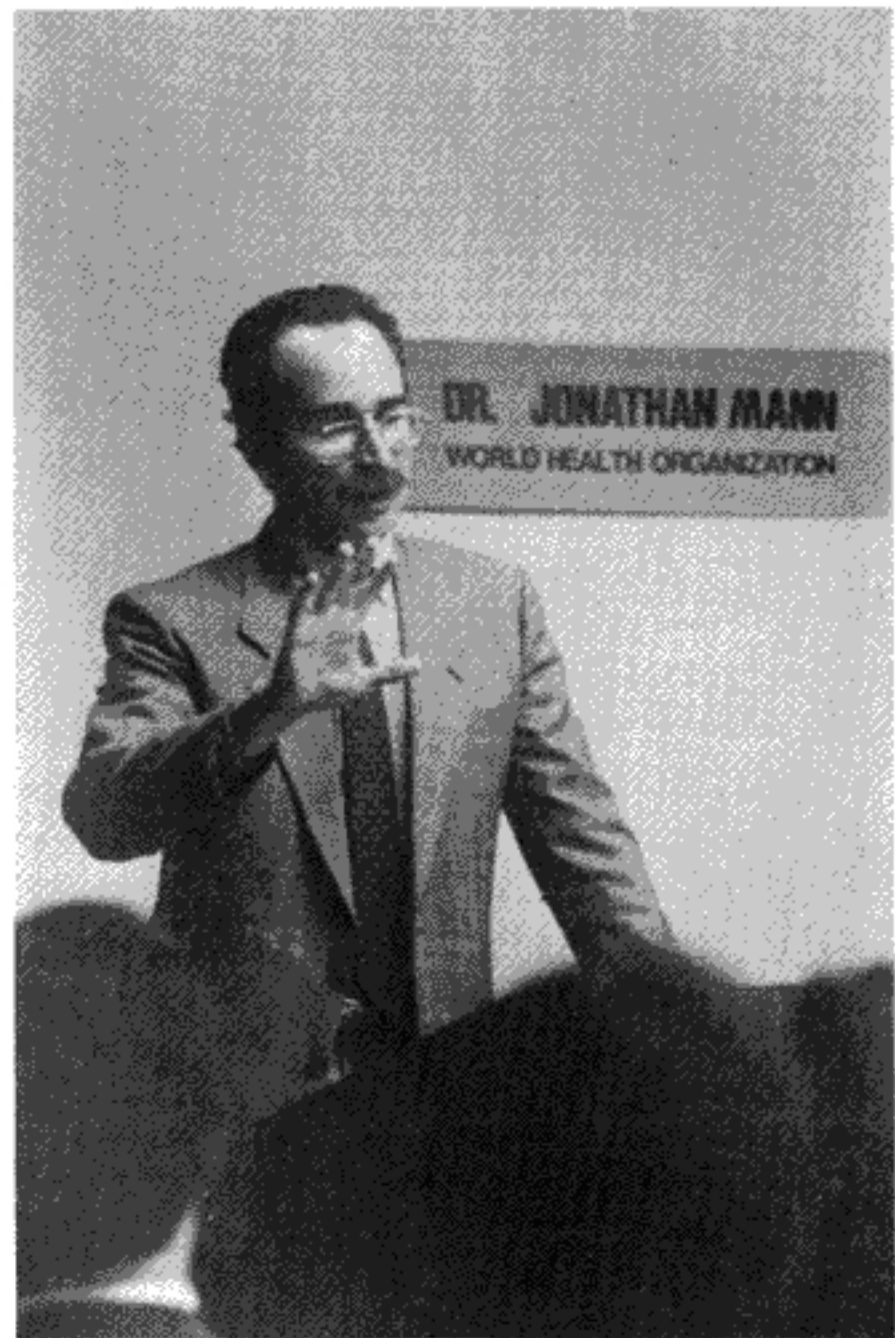
La idea de las enfermedades venéreas como castigo de Dios no ha perdido actualidad; tampoco las conclusiones del Dr. Sigerist, a pesar de que datan de 1943: "Donde imperaba tal criterio, el enfermo venéreo estaba colocado en una situación especial respecto de la sociedad, lo que hacía en extremo difícil el tratamiento de estas enfermedades. La tradición puritana es muy fuerte en los países donde impera la clase media y, como sabemos, en América (EE.UU.) este criterio prevalece hasta la fecha. Como resultado, la incidencia de enfermedades venéreas es mayor que en los países donde impera un criterio nuevo y más sano". Es más que claro, la persistencia de tal prejuicio sólo impide y obstaculiza el control de este tipo de enfermedades, como ocurre en este momento con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

A CADA ÉPOCA SU CASTIGO

"El SIDA es el juicio de Dios a una sociedad que no vive según sus reglas", sentenció el predicador estadounidense, Jerry Falwell. Por su parte, los conservadores Jesse Helms (bastante conocido por su amor a México) y Norman Podhoretz lo pintan como "una visitación dirigida en especial (y bien merecido lo tienen) a los homosexuales occidentales". Mientras que el neofascista francés J.M. Le Pen ha solicitado "el test obligatorio y la cuarentena de quienquiera que sea portador del virus". El régimen racista de Sudáfrica no se podía quedar atrás en esta cruzada, así, "al evocar la incidencia de la enfermedad entre los mineros procedentes de países negros vecinos", el ministro de Asuntos Extranjeros, declaró: "Los terroristas nos llegan ahora con un arma mucho más terrible que el marxismo: el SIDA" (citas tomadas del excelente libro de Susan Sontag, *El SIDA y sus metáforas*).

Las propuestas de esta corriente de pensamiento no han sido en vano. Por ejemplo, en Alemania Federal, "el gobierno del estado de Baviera ha declarado oficialmente al SIDA como epidemia, lo cual faculta a las autoridades para aplicar exámenes obligatorios a homosexuales, drogadictos, prisiones, prostitutas, residentes extranjeros de fuera de la Comunidad Económica Europea y a todos los solicitantes de empleos en el gobierno" (*Newsweek*, 13 de abril de 1987).

Analizando la metáfora de la peste para el SIDA, la escritora Susan Sontag concluye: "Tan idóneo parece el SIDA como acicate de los miedos creadores de consenso, cultivados durante varias generaciones, tales como el miedo a la 'subversión' —y miedos más recientes, como el miedo a la polución incontrolable y a la imparable migración del Tercer Mundo— que parecería inevitable que el SIDA sea considerado en esta sociedad



Doctor Jonathan Mann.

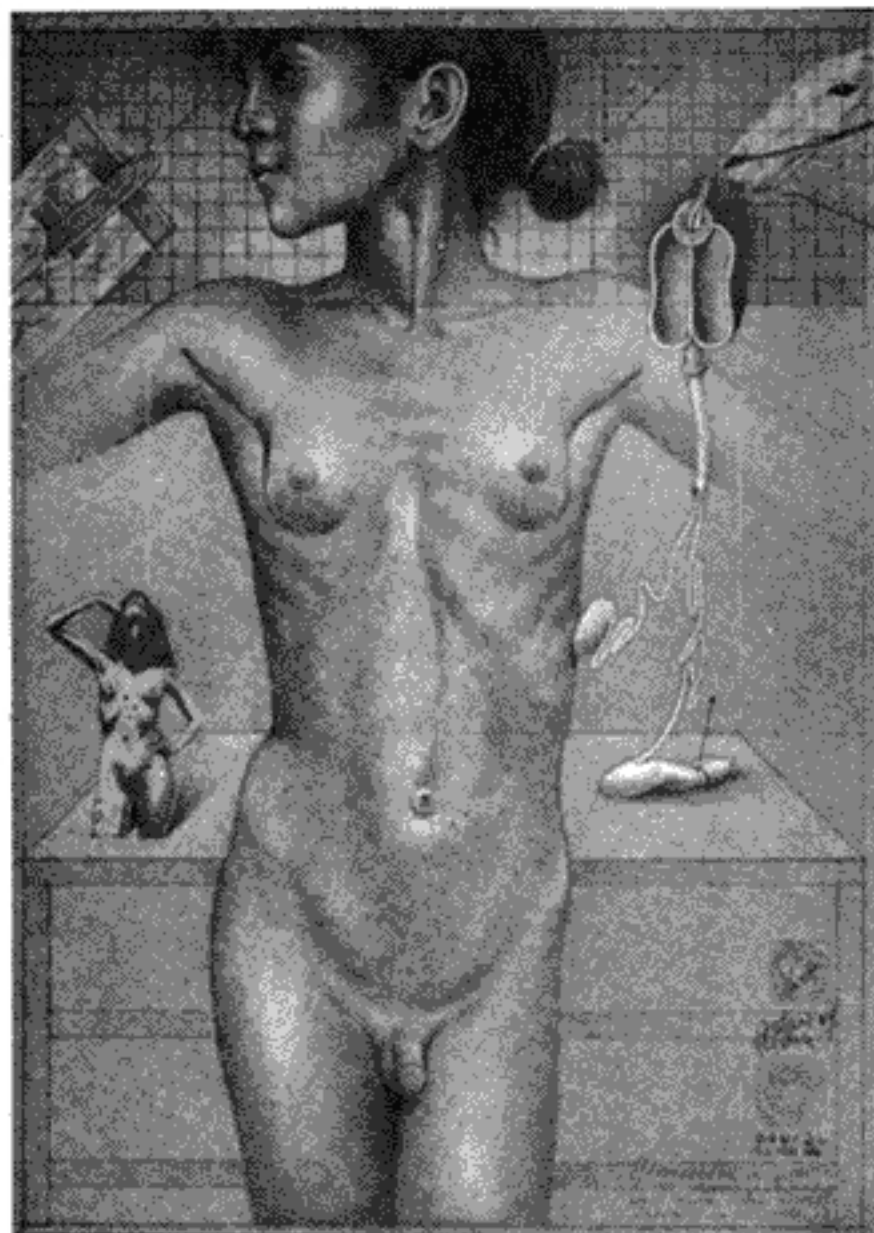
como una amenaza total a la civilización. Y el elevar la estatura metafórica de la enfermedad manteniendo vivo el miedo de su fácil transmisión a su difusión inminente, no rebaja su carácter principal de ser consecuencia de actos ilícitos (o del subdesarrollo económico y cultural). Castigo por un comportamiento desviacionista y amenaza a los inocentes —ambas ideas difícilmente son contradictorias. Esa es la extraordinaria potencia y eficacia de la metáfora de la peste: permite ver una enfermedad a la vez como algo en lo que incurren los vulnerables 'otros' y como (potencialmente) la enfermedad de todos".

Afortunadamente ésta no es la única concepción existente. La misma historia muestra que "pestes" y demás "castigos divinos" se pueden combatir si se les ve como problemas de salud pública. Como lo señala el gran Stephen Jay Gould: el SIDA tiene una causa natural. "No hay ningún mensaje en su extensión. La ciencia nos ha enseñado que el SIDA actúa de acuerdo a un mecanismo que nosotros podemos descubrir".

LA BÚSQUEDA DE UN MECANISMO

La historia de la caracterización del SIDA y del descubrimiento del virus que lo provoca, pertenece ya al dominio público, o más bien, de cierto público. Una historia que parece legendaria a pesar de no ocupar más de una década.

Fue en California, el verano de 1981, en una clínica de Los Ángeles, en donde el equipo dirigido por el Dr. Gottlieb, inmunólogo de la Universidad de California, reporta el caso de



cinco hombres de aproximadamente 30 años, que presentaban una neumonía ocasionada por un protozoo que sólo afecta a pacientes cuyo sistema inmunológico responde en forma deficiente: *Pneumocystis carinii*. Ninguno de los cinco había tenido algún padecimiento previo o trasplante que explicase la depresión de su sistema inmunológico. Nada en común que diera cuenta de la neumonía. Nada, salvo que... los cinco eran homosexuales. La lógica es implacable. Así, los reportes se referirían a la probabilidad de un padecimiento pulmonar propio de los homosexuales.

Un par de semanas después, en la ciudad de Nueva York, se reportaba el caso de un hombre de cerca de 30 años afectado en la piel por un cáncer poco frecuente en Europa y EE.UU. y que, cuando se presenta, ataca a personas de edad ya avanzada: el Sarcoma de Kaposi. Este padecimiento, un tanto común en África y en el Mediterráneo, llega también a presentarse en otras latitudes en personas cuyo sistema inmunológico se encuentra deprimido. Esto último se observa en este paciente neoyorkino, pero sin encontrar causa a ello, aunque... también es homosexual.

En las semanas que siguen, de Los Ángeles, San Francisco y Nueva York se reportan más casos de hombres cuya edad oscila alrededor de los 30, son homosexuales y presentan neumonía por *Pneumocystis carinii* asociada a Sarcoma de Kaposi. Su sistema inmunológico es deficiente, por lo que son presas de múltiples infecciones oportunistas: meningitis, encefalitis, infecciones intestinales, de la piel, etcétera.

Este cuadro hizo pensar que se trataba de una nueva inmunodeficiencia de causa totalmente desconocida. Esta inmunodeficiencia, a diferencia de la que padecen algunos niños al

nacer (por carecer de la fuente y manantial de todas las defensas: la médula ósea), es adquirida, es decir, se presenta a cierta edad por razones ignoradas. Lo único que unía a la gran mayoría de los pacientes era su homosexualidad (masculina).

A principios de 1982 se reportan pacientes con el mismo cuadro, pero a diferencia de los anteriores, su rasgo común es el empleo de drogas intravenosas. Durante los meses que siguen, la afluencia de hemofílicos, un mayor porcentaje de hombres heterosexuales, mujeres y algunos niños, hijos de éstas, ponía en evidencia que los mecanismos de transmisión eran más variados, que no sólo el contacto homosexual era el medio. Esto llevó a cambiar el nombre de GRID (del inglés, Gay Related Immunodeficiency), por el de un término más amplio: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas, no se trata de una sola enfermedad; por simplificación se le llama enfermedad. En el caso del SIDA, fue establecido que las infecciones oportunistas ya mencionadas y el Sarcoma de Kaposi constituyen el síndrome. Sin embargo, se observó la aparición de una serie de síntomas entre personas ligadas o pertenecientes a los grupos en que más aparecía el síndrome (homosexuales, bisexuales, etc.): fiebres crónicas, inflamación de ganglios linfáticos (linfadenopatía), fuertes diarreas, pérdida excesiva de peso, sudores. A este conjunto de síntomas se le bautizó como Complejo Relacionado con el SIDA, ARC (del inglés, AIDS Related Complex.) En aquel entonces se pensaba que este complejo podía constituir no solamente un preámbulo al SIDA, sino un síndrome aparte, quizá una forma benigna de infección. Actualmente, este complejo se considera como una respuesta al virus que provoca el SIDA, sin que exista una definición oficial.

Para fines de 1982 ya se había determinado que el SIDA era una enfermedad infecciosa que se transmite por vía sexual o transfusión sanguínea (sangre infectada, esto es, uso de agujas infectadas incluido). "No obstante el agente que lo produce es desconocido. Una de las pistas dice L. Montaigner, era la existencia de casos raros, pero indiscutibles, de transmisión en hemofílicos tratados con plasma sanguíneo procedente de bancos de sangre. Éstos habían sido preparados con filtros que eliminan bacterias y hongos contaminantes. El agente del SIDA no podía ser más que un agente no retenido por los filtros (filtrable), por lo tanto, un virus". La existencia de virus entre los pacientes con SIDA no era novedad. Se habían observado infecciones causadas por citomegalovirus, herpes, hepatitis B y Epstein Barr, pero ninguno proporcionaba una explicación a la enfermedad.

En un principio se pensó que el responsable era un virus que produce cierto tipo de leucemia y que en gatos y ratones provoca una depresión del sistema inmunológico: el HTLV (Human T Leukemia Virus). Se trata de un retrovirus que provoca una forma de leucemia un tanto rara (detectada en algunas regiones del Japón, las Antillas y el sur de los EE.UU.), en la cual se presenta una proliferación de células T en el adulto. Ésta era la hipótesis de los médicos estadounidenses, Robert Gallo y Max Essex.

Por otro lado, el Dr. Luc Montaigner y un equipo de científicos del Instituto Pasteur de París, intentaron aislar el virus mas no en pacientes en un estado ya avanzado de la enfermedad sino cuando sólo se manifiestan signos precursores y las células T4 son abundantes. Mediante un cultivo de linfocitos procedentes de una biopsia de un ganglio de un enfermo que presentaba una intensa linfadenopatía (ganglios persis-

tentemente inflamados), los investigadores franceses lograron aislar el virus a principios de 1983. La sorpresa fue que éste no se parecía al HTLV por lo que el Dr. Montaigner se preguntaba si el causante del SIDA "¿... era el HTLV o uno cercano a éste?"

Para responder a esta interrogante, se emplearon anticuerpos que reconocían a las proteínas del HTLV. Éstas fueron enviadas desde EE.UU. por el Dr. Gallo. El resultado fue negativo, los anticuerpos no reaccionaban ante las proteínas del virus aislado. Los resultados de este experimento fueron publicados en la revista *Science* en mayo de 1983. Por supuesto que éstos no permitían concluir que el virus aislado era el agente causal del Complejo Relacionado con el SIDA o del SIDA, pero lo que sí era seguro es que se trataba de un nuevo virus y con eso bastaba para no desechar la hipótesis.

La investigación mantuvo su línea y se aislaron nuevos ejemplares del mismo virus. Se observó su morfología al microscopio electrónico y se encontró que difería radicalmente de la del HTLV. Finalmente se detectaron anticuerpos en pacientes con linfadenopatía, lo cual no era sencillo con pacientes que ya se encontraban en una fase avanzada de la enfermedad. Por esta razón, el equipo francés bautizó al nuevo virus como Virus Asociado a la Linfadenopatía, LAV (del inglés Lymphadenopathy Associated Virus).

Para 1984 el virus tiene diferentes nombres, pero logra consenso. El Dr. Gallo y su equipo lo llaman HTLV III; en San Francisco, el Dr. Levy le asigna el nombre de Virus Asociado al SIDA, ARV (del inglés AIDS Related Virus), los médicos del Instituto Pasteur no cejan: es el LAV. Dos meses después, para acabar con los pleitos, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus (que seguro tiene su sede en Ginebra u otra ciudad de Suiza) determinó que para denominar al agente responsable del SIDA se debe emplear el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH, con sus respectivas traducciones. Una vez identificado el agente causal, la cuestión del cómo es y el cómo actúa se planteaban con ansia en las neuronas de los científicos y en los bolsillos de los magnates de la industria farmacéutica y sus filiales biotecnológicas.

MISTERIOS DE UN VIRUS...

Identificado y en vías de ser comprendida en su totalidad la forma en que actúa, el origen del VIH sigue siendo un misterio.

"La historia completa del SIDA probablemente permanecerá como un misterio..." ha afirmado Jonathan Mann. Al igual que con la sífilis, nubarrones de prejuicios e ideología ensombrecerán las investigaciones al respecto. La asepsia en la investigación científica no ha alcanzado aún la esfera neuronal. Basta con ver cómo son acogidas explicaciones que con un poco de rigor, no serían expuestas con tal seguridad y triunfalismo.

Si en un principio se pensó que la causa de la aparición del SIDA eran las relaciones de tipo homosexual, o los *poppers* (drogas que aumentan la sensación durante el orgasmo, empleadas por muchos homosexuales en EE.UU.), al ser detectados —entre 1982 y 1983— varios pacientes de origen africano y haitiano que no practicaban la homosexualidad ni usaban drogas intravenosas, se pensó que tal vez ahí estaba la clave del origen. Las especulaciones se multiplicaron tomando todos los lugares comunes del imaginario colonialista. Desde la hipótesis del mono verde, hasta la sexualidad que por siglos se ha atribuido a estos grupos que andan desnudos y no se casan por la iglesia.

Una de las evidencias que se puso en alto es la existencia de

anticuerpos al virus (VIH) en sangre almacenada por años. Pero, como lo explica J. Mann, "esta sero-arqueología no tuvo éxito por muchas razones": pruebas poco fiables en un principio, sangre vieja, descongelación y recongelación de las muestras, altas cantidades de anticuerpos en las muestras debido al número de enfermedades a que encuentra expuesta la población africana; todo ello daba por resultado una gran cantidad de "falsos positivos", de los que se desprendían excesivas estimaciones de la extensión de la enfermedad en ese continente.

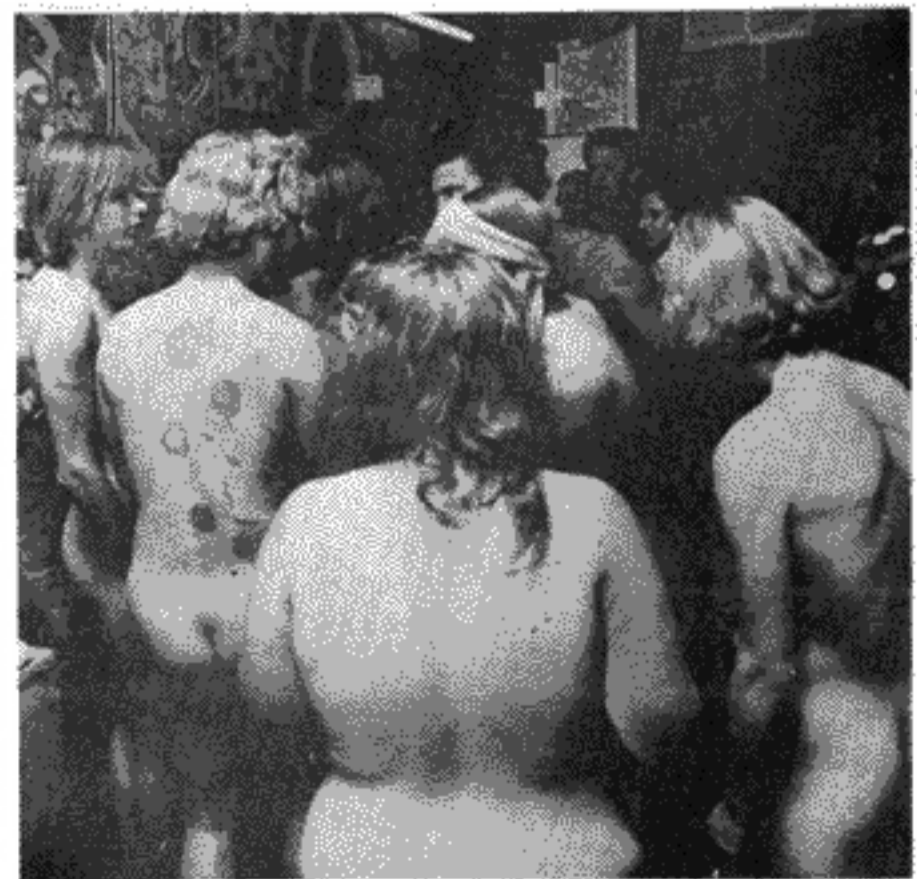
La "pista africana" se siguió con tal interés que se realizaron investigaciones que permitieron conocer el patrón de distribución, distinto al de EE.UU.; y comprender mejor algunos mecanismos de la enfermedad. Sin embargo, parte por los prejuicios parte por lo desconocido aún de la enfermedad, se llevaron a tal exceso las estimaciones que, por ejemplo, se llegó a decir que el lugar de origen del virus era Zaire, aseveración por demás apresurada y que tuvo la virtud de colocar a los gobiernos africanos en una actitud de poca cooperación cuando ésta había sido de total colaboración.

Finalmente los resultados de investigaciones más profundas, tanto en África como en resto del mundo, rompieron de tajo con la idea de un origen africano o haitiano: el SIDA se inicia en África a fines de la década de los 70 y principio de la de los 80. Esto es, al mismo tiempo que en Haití y EE.UU. ¿Pasó de EE.UU. a África vía Haití, o de África a EE.UU. por medio de los haitianos? Tal vez nunca se llegue a saber.

Actualmente, el problema del origen se ha relegado al dominio de lo biológico, del estudio de virus y retrovirus, así como de su evolución. En cuanto a su dispersión, el VIH ha llegado prácticamente al mundo entero sin respetar sexo, edad, ni religión. Es esto lo que constituye su realidad.

...Y REALIDADES DEL VIRUS

Según el boletín semanal de la Organización Mundial de la Salud, con fecha del 2 de marzo de 1990, desde la aparición de la enfermedad hasta ahora, se han reportado 222 740 personas con SIDA en el mundo entero; 31 581 provienen de Europa



ELISA, vida mía

Tomar la decisión cuesta. Ya pensar que uno puede estar entre los infectados, "esos"; dudar, sentir la necesidad de estar seguro, es haber recorrido el camino que lleva a tener la cabeza fuera del agujero, a separarse de quienes, a manera del avestruz, creen que pueden ignorar el mundo y sustraerse a él cerrando los ojos. Revisar nuestra historia personal, aceptar la posibilidad y salir en su búsqueda.

Una vez que la determinación está ahí, informarse acerca de los lugares a dónde se puede acudir es cualquier cosa. Llego a las oficinas del CONASIDA en el sur de la ciudad, una pequeña calle cerrada por los rumbos de Copilco.

—Buenos días ¿aquí se puede uno hacer la prueba del SIDA?

Salgo con una cita y hasta carnet.



Me recibe la psicóloga. Los por qué aparecen y hay que responder. A fin de cuentas todo es confidencial. Se puede dar un seudónimo o ser manejado por un número de clave. Prefiero mi nombre. Obviamente la solicitud de la prueba debe ser justificada: la época en que nos metíamos en las venas cuanto madre, los tiempos de desamor en que las relaciones ocasionales se multiplicaban en búsqueda del desafío y desdeñábamos el uso del condón; aquella gonorrea que ignoramos tanto tiempo, en fin. Resuena en mi interior una canción de Enrique Ballesté: *esto de jugar a la vida es algo que a veces duele...*

Hablo, voy precisando detalles. Tengo la impresión de que cualquiera que fuese la historia que se contara, la mirada de la psicóloga se mantendría siempre tan cálida como impasible.

Paso al laboratorio. "Mire —me dice la enfermera— la aguja con que lo voy a picar tiene un sello". Lo rompe ante mis ojos. Cierre con fuerza su mano... ya, ya pasó." Claro, para ella es sólo un piquete más. "Ésta es su sangre —afirma tubo de ensaye en mano—, y le vamos a poner este número de clave. Fíjese que es el mis-

mo que está aquí en la lista con su nombre en el mismo renglón. Firme aquí enseguidita."

Este énfasis de maestra de inglés en señalar y designar cada cosa parece ser con el afán de evitar cualquier confusión o malentendido.

—¿Cuándo estarán los resultados?

—Cuenta tres semanas.

—¿Tanto?!

Nuevamente la paciencia se hace presente. Me explica que se efectúan las pruebas ELISA I y ELISA II; de ser negativos ambos resultados, ahí queda. Estas pruebas no llevan mucho tiempo, pero en caso de que sean positivas, se aplica la Western Blot que es más segura, pero requiere de más tiempo; para evitar que el lapso de tiempo lleve implícito el resultado se cita a todos por igual. "Es fundamental que los resultados sean entregados por psicólogos o médicos. —me había dicho la psicóloga—, cosa que no se hace en la mayoría de los laboratorios y clínicas privadas donde se da el resultado y se deja a la persona a la deriva."

Salgo con una posible cita, un piquete en el brazo y tres semanas por delante.



—Buenos días, vengo a recoger los resultados de una prueba.

—¿Tiene cita?

—No.

—A ver, espérese tantito.

Siento las miradas de quienes se encuentran en ese momento ahí, clavadas en mí. Le doy mi carnet. Los resultados ya están. La enfermera revuelve papeles. Parece que no me encuentra. Alguien pasa. Ella le grita: "¡es de los tuyos!"

—¿De los míos? Ah, que lo pasen con el doctor.

¿De los suyos? Por mi mente pasan nuevamente todas las posibilidades sopesadas y enumeradas a lo largo de tres semanas. ¿Cuáles serán los suyos?

El doctor me recibe muy amablemente. Faltan datos para los registros epidemiológicos. "Conocer mejor para prevenir mejor" o algo así entiendo entre vacíos neuronales, nerviosismo y una creciente dificultad para seguir sentado allí. Respondo a todo lo que pregunta. Que si me han aplicado alguna transfusión, qué drogas me meto, mi sexualidad, posibles síntomas, etc. Mis respuestas son escuetas: sí, no, a veces. Me canso de tratar de decifrar, de encontrar algún signo, algún indicio, una señal. Me impaciento.

—Bueno, veamos los resultados.

Busca en un cajón. Folders, hojas, más folders, más hojas. Tiempo suficiente para volver otra vez hacia atrás, la cuenta regresiva: pero, cómo, no creí, quizá en aquella ocasión o con tal ... pero si casi estaba seguro, casi, por algo vine... a lo mejor, no tengo ninguno de los síntomas que se presentan..., tal vez fue reciente, en las últimas ocasiones...

Finalmente da con la hoja adecuada... "Sus resultados son negativos. Se hicieron las pruebas ELISA I y II. Ambas fueron negativas. No tiene de que preocuparse. Cuidese.

Salgo a la calle; un día soleado de primavera. El calor sofocante se disuelve con el viento que sopla. Refresca. Me viene a la cabeza una película de Saura: *Elisa vida mía...*

Clave C705



(14.17%), 588 de Asia (0.22%), 147 159 (66.06%) de América, 41 518 de África (18.63%) y 1 894 de Oceanía (0.84%).

En África, los países con mayor número de casos son Uganda (7 375), Kenya (6 004), Tanzania (5 627) y Zaire (4 636). En Asia, Japón (182) e Israel (101) se encuentran a la cabeza. En Oceanía, por población simplemente, Australia tiene casi la totalidad de los casos. En Europa, Francia tiene el mayor número (8 883); le siguen Italia (5 307), España (4 633), Alemania Federal (4 433) y la Gran Bretaña (2 830). En el continente americano, los EE.UU. han reportado la mayor parte (121 645), lo que equivale a más del 50% de los casos en el mundo, le siguen Brasil (9 555), luego México (3 994), Canadá (3 509) y Haití (2 331). En casi todos los países la mayor concentración de enfermos se encuentra en las ciudades (en Francia, París; en los EE.UU., Los Ángeles, San Francisco y Nueva York, por ejemplo).

LA MANERA EN QUE EL VIH SE HA DIFUNDIDO POR EL MUNDO ES DIVERSA

En un artículo acerca de la distribución del SIDA en el mundo, el Dr. Valdespino y sus colaboradores (1989) definen cuatro diferentes patrones de transmisión que comprenden diversas regiones del planeta:

a) *Algunas regiones de África y del Caribe.* La transmisión ocurre esencialmente por contacto heterosexual. Hay regiones de África en donde hasta un 70% de mujeres que se dedican a la prostitución están infectadas. La transmisión por transfusión sanguínea es muy elevada debido a la falta de asepsia y de recursos. La transmisión por vía perinatal es considerable, en algunas zonas hasta el 15% de las mujeres en edad reproductiva son seropositivas. La proporción de hombres y mujeres es casi de 1 a 1. La mortalidad por SIDA se estima alrededor de un adulto al año por cada mil. Como es sabido, las condiciones de vida son tan precarias en ciertas regiones, que la gente muere principalmente por diarreas, desnutrición y paludismo, por lo que el SIDA es como una lluvia sobre mojado.

b) *Europa Occidental y EE.UU.* La forma de contagio más importante es el contacto homosexual masculino (63%). Le sigue la transmisión por agujas infectadas entre personas que usan drogas intravenosas (19%). La transmisión por transfusión sanguínea y hemoderivados es muy baja, así como la perinatal. En cuanto al sexo, la proporción es de 10 hombres por una mujer. El SIDA es un factor de mortalidad considerable en ciudades como San Francisco y Nueva York.

c) *Asia y Oceanía.* Presentan pocos casos circunscritos a hombres homosexuales, prostitutas y usuarios de drogas intravenosas. No se han reportado casos por transfusión sanguínea y la transmisión por vía perinatal es prácticamente inexistente.

d) *América Latina (sin el Caribe).* La proporción en cuanto al sexo es de 14 a 20 hombres por una mujer. Existe un índice elevado de transmisión por transfusión sanguínea y hemoderivados. El contagio por contacto heterosexual es considerable, aunque la transmisión por contacto homosexual es la más elevada en los casos hasta ahora reportados. La infección por agujas en usuarios de drogas intravenosas es mínima.

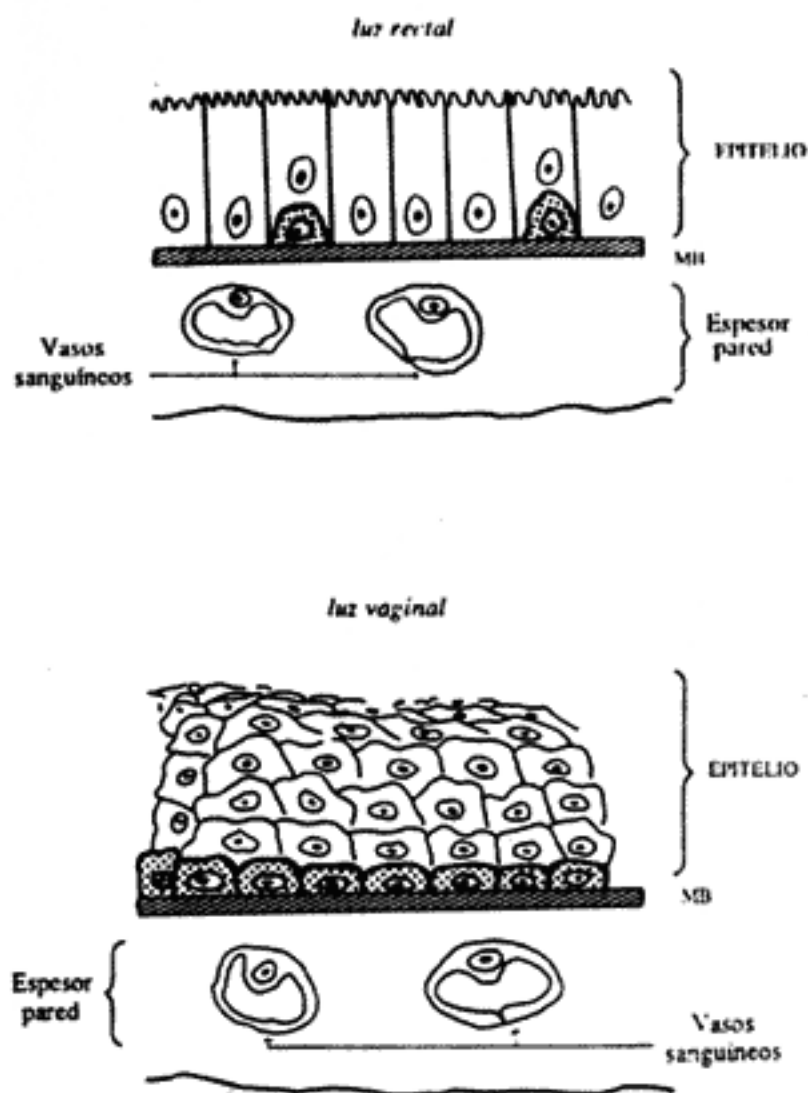
México, que se encuentra dentro de este patrón de transmi-



sión, ocupa el tercer lugar en el continente americano y el número 11 a nivel mundial. Los primeros casos se presentaron en 1983 y eran todos hombres homosexuales (17 en total). A la fecha se han reportado 3 944 casos de SIDA. La proporción de hombres y mujeres ha cambiado con el tiempo, incrementándose el número de mujeres. En 1984 se reportó el primer caso femenino y en 1985 la proporción era de 16 hombres por una mujer (de 112 casos acumulados). Actualmente ésta es de 7 hombres por cada mujer. Se piensa que el porcentaje de mujeres seguirá aumentando, por lo que habrá una expansión del SIDA entre la población heterosexual, así como muy probablemente en niños —hijos de mujeres infectadas. El paso hacia la población heterosexual se explicaría en nuestro país, por algunos, debido a la existencia de una gran cantidad de hombres bisexuales —hasta la fecha oculta por el machismo—, es decir, que el virus habría pasado de la comunidad homosexual a la heterosexual a través de los bisexuales. Esta hipótesis aún se explora, ya que el contagio en mujeres se ha reportado considerablemente por contacto heterosexual y en menor medida, por transfusión sanguínea.

En México, la edad de los pacientes oscila entre los 25 y los 44 años en su mayoría (65%). Se reporta un 13.6% de los 45 a los 64 años y otro 13.6% en jóvenes menores de 25 años. Un 4.3% en niños, y el resto en adultos de más de 65 años. En cuanto a su ocupación, desempeñan labores de servicios públicos o personales, meseros, estilistas, aeromozos, entre otros (17%); son empleados administrativos (15.6%); profesionistas (8.5%); trabajadores de la educación (7.9%); estudiantes (6.2%); comerciantes y vendedores (5.8%); obreros industriales (6.6%); amas de casa (5.6%); trabajadores de la salud (5.1%); artistas y deportistas (4.3%) y campesinos (2.4%). Esta distribución ya habla de la geografía: la mayoría de los casos se concentran en las zonas urbanas de los diferentes estados del país.

El patrón general de transmisión en nuestro país coloca a la vía sexual como la más importante: 2 672 casos (81%), de los cuales 2 553 son de hombres (88.9%) y 119 mujeres (11.1%). De estos 2 672 casos de transmisión por vía sexual, 1 345 se infectaron por contacto homosexual (40% del total documentado), 765 por prácticas bisexuales (23%) y 562 por contacto heterosexual



Características de los epitelios rectal y vaginal.

(17.1%). El contagio por transfusión sanguínea alcanza el 14.8%, mientras que el número de casos por uso de drogas intravenosas es de sólo 17 (0.5%). En niños la infección ocurrió esencialmente por transfusión sanguínea (43.4%) y hemoderivados (21% son hemofílicos) y el resto por vía perinatal (30.2%).

Los resultados del estudio epidemiológico muestran una tendencia en los últimos dos años a una especie de desaceleración en el crecimiento, es decir que la tasa de crecimiento de la epidemia se ha amortiguado. No obstante, en lo que va del año se han reportado (hasta marzo) 432 casos nuevos, lo que equivale a un promedio de 7.3% personas añadidas a la lista de enfermos de SIDA día con día.

En cuanto a la mortalidad, de los 3 944 casos registrados hasta la fecha, se han reportado 2 080 personas aún vivas (52.7%) y 1 586 fallecidas (40.2%). Se ignora la suerte de 278 enfermos (7%).

LOS CAMINOS DEL VIH

Las formas de transmisión del virus que causa el SIDA se encuentran bien establecidas: por medio de sangre (transfusión sanguínea, de hemoderivados, agujas infectadas que contienen un poco de sangre), por fluidos seminales (contacto sexual entre homosexuales y heterosexuales) y por vía perinatal (de la madre infectada al hijo). No se transmite al tocar a una persona con SIDA, acariciarla, besarla, usar los mismos cubiertos y trastes, vivir y respirar el mismo aire que ella.

El hecho de que el virus sólo se transmita en forma directa, es decir, por el paso de células que contienen al virus sin entrar en contacto con el ambiente, se debe a que éste es muy lábil, es decir, frágil, poco resistente a las condiciones ambientales. Los cambios de temperatura, pH o el contacto con desinfectantes como el alcohol lo inactivan. Por ello, la manera en que es más factible que se transmita es por el paso de células infectadas de una persona a otra.

Sin embargo, no todos los fluidos corporales contienen el mismo número de células, por lo que la concentración de partículas virales dependerá de la cantidad de éstas. Así, el semen y la sangre contienen la concentración más elevada de virus, y en consecuencia, son fluidos que lo transmiten mucho mejor, sus más eficientes vehículos. Le siguen las secreciones vaginales, con una concentración intermedia. En saliva, lágrimas y orina se ha encontrado el virus en cantidades muy pequeñas. Esto explica también por qué el darle la mano a un enfermo de SIDA no se considera una forma de transmisión, así como por qué la vía sexual es la más importante. El análisis de las diferentes formas de transmisión aclara las cosas.

La transmisión sexual

Coito rectal. La penetración del pene en el recto del compañero o compañera, constituye la forma de relación sexual más eficaz en la transmisión del virus, tanto en hombres como en mujeres. La hipótesis más aceptada para explicar este hecho es la que se basa en la naturaleza del epitelio rectal. Se trata de un epitelio conformado por una sola capa de células cilíndricas, que recubre una zona con mucha irrigación sanguínea, rodeada de tejido linfóide (con muchas células del sistema inmunológico) (ver figura). Durante el coito rectal el epitelio sufre heridas, por lo que al depositarse el semen en ellas, el VIH pasa directamente al torrente sanguíneo, así como a las células que poseen el receptor CD4. Asimismo, si el penetrador tiene pequeñas lesiones —muchas veces imperceptibles— al entrar en contacto con la sangre rectal, el virus entra a través de las heridas directamente al torrente circulatorio.

Coito vaginal. Este tipo de contacto parece ser menos propicio a la transmisión del VIH. La causa es otra vez de orden epitelial. La vagina se encuentra cubierta por un epitelio que posee varias capas de células aplanadas, lo cual le confiere una mayor resistencia a la fricción que se produce durante el coito. Se piensa que durante la menstruación las condiciones pueden ser más favorables para la transmisión del virus. Esto se debe quizá a: i) los cambios hormonales a los que está expuesta la mucosa vaginal; ii) por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio; iii) por la presencia de sangre, que —ya se vio— es uno de los fluidos corporales con mayor número de partículas virales" (Rico, B. 1989). Aunque hasta la fecha, esto no ha sido demostrado.

Una última consideración es que, aparentemente, en esta forma de relación sexual la mujer tiene más riesgo de ser infectada por el hombre que lo inverso. Se piensa que ello se debe a que el semen posee una mayor concentración de partículas virales. Aunque se han registrado casos de hemofílicos que durante largos periodos de estar infectados y tener una vida sexual activa no han transmitido el virus a sus propias mujeres, por lo que es algo aún no bien establecido.

Sexo oral. La transmisión del VIH por medio de las distintas modalidades de sexo oral, que ya recibieron sus respectivos nombres técnicos: boca-pene = *fellatio*; boca-vagina = *cunnilingus*; boca - ano = *anilingus*, no ha sido demostrada. La ma-



nera en que se supone podría ocurrir el contagio, es por el depósito de semen o de secreciones vaginales en heridas imperceptibles en la mucosa bucal. El caso inverso, es decir el paso del virus por medio de la saliva a la mucosa anal o vaginal, o vía pequeñas heridas en el pene, se considera casi imposible debido a la baja concentración de partículas virales en la saliva.

El problema en la determinación precisa de la transmisión a través del sexo oral, es que éste siempre es parte o culmina con el coito. Los casos de relaciones homosexuales entre mujeres, que sería una forma de acercarse a esta forma de transmisión, no reportan contagios por esta vía. Siempre se han producido por otras distintas (transfusiones, drogas intravenosas, etc.).

La transmisión sanguínea

Ésta se produce por el paso de células de la sangre directamente al torrente circulatorio. Debido a la gran concentración de partículas virales en las células sanguíneas, esta vía es de las más eficientes.

El contagio por sangre puede ser por la transfusión de sangre contaminada y sus derivados (esto es, productos elaborados a partir de la sangre, como el llamado factor VIII que se les aplica a los hemofílicos). El uso de agujas y jeringas no esterilizadas (como el compartir éstas al inyectarse drogas intravenosas, el picar con la misma aguja a varios pacientes —práctica no tan rara hasta hace poco tiempo en muchos países del Ter-

cer Mundo—, etc.). Y lo que se ha denominado punción ocupacional, esto es, la picadura accidental al ocuparse de los enfermos; que por cierto resulta tener una muy baja posibilidad de infección (se calcula en un 0.7%, mientras que por transfusión es del 70%).

La transmisión perinatal

Los mecanismos de contagio por esta vía son, en primer lugar, *in utero*, es decir, cuando el feto se encuentra en gestación en el vientre materno. Se ha aislado el virus en placenta y líquido amniótico y se han registrado tejidos infectados en un feto de quince semanas. La segunda forma tiene lugar durante el parto, al entrar en contacto la sangre materna con la del niño. Aunque hay quienes dudan de este mecanismo y piensan que la infección ocurre antes del parto, lo cual no es fácil de refutar. Por último, en 1985 se estableció la transmisión postnatal, después del parto, por medio de la leche materna. El VIH ha sido aislado en este fluido. No obstante, se piensa que el riesgo de contagio durante la lactancia es muy bajo. Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz a niños sanos, y madres sanas, pero seropositivas, que paren niños infectados. En realidad se desconocen aún muchos aspectos de esta vía de transmisión, y su crecimiento, un tanto acelerado es preocupante.

Es importante subrayar y repetir que éstas son las únicas vías de transmisión del virus, y que esta afirmación no es gratuita. Los resultados obtenidos por medio de una gran cantidad de estudios e investigaciones, tanto de laboratorio como siguiendo la vida cotidiana de enfermos de SIDA y de quienes les rodean, han permitido llegar a esta conclusión. Estos estudios son parte esencial para combatir la sicosis que se ha desatado por el miedo a contagiarse a través del simple contacto corporal, la cercanía, el uso de los mismos baños, etc. Este temor se ha introducido en el mismo lenguaje acuñando metáforas y denominaciones poco afortunadas para designar a los enfermos de SIDA. Un ejemplo más de cómo el lenguaje se desarrolla incluyendo y reflejando prejuicio, concepciones y actitudes de orden social.

Citando a Susan Sontag: "...Por el momento, buena parte de la experiencia individual y de las medidas sociales dependen de la lucha por la apropiación retórica de la enfermedad: cómo poseerla, asimilada en la discusión y el estereotipo. Siempre vale la pena cuestionar el viejísimo proceso aparentemente inexorable, por el cual las enfermedades adquieren significados (reemplazando a los miedos más arraigados) e infligen estigmas, un proceso que por cierto parece menos creíble en el mundo moderno, entre las personas que quieren ser modernas —y que ahora mismo es un proceso vigilado. El esfuerzo por zafar a esta enfermedad que tanta culpa y vergüenza despierta, de estos significados, de estas metáforas, es particularmente liberador, aun consolador. Pero no se ahuyenta a las metáforas con sólo abstenerse de usarlas. Hay que ponerlas en evidencia, criticarlas, castigarlas, desgastarlas."□