



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

La prevención del SIDA

Un reto para la conducta del hombre contemporáneo

Aquilino Polaino Lorente

La Historia de la Medicina ofrece diferentes modelos de prevención de las enfermedades, siempre inscritas en el transcurso histórico y sujetas a continuas modificaciones. La prevención del SIDA se plantea en este sentido, en términos totalmente novedosos. No se trata sólo de recurrir al aislamiento o a la vacuna. Es preciso analizar qué comportamientos humanos —inofensivos en otras circunstancias— son los transmisores directos de la enfermedad. La prevención mediante la mejora de los hábitos, antes de que el agente patógeno haya aparecido, hace de esta enfermedad objeto no sólo de la medicina, sino de la antropología, de la ética y de la psicología de las conductas.

Anadie se le oculta que la prevención de una enfermedad es siempre más eficaz y más económica que su tratamiento. Pero la prevención no es algo automático o mecánico que, en todas las enfermedades, pueda alcanzarse sin que medie el concurso de la libertad humana.

Por ser el SIDA una enfermedad infecciosa, parece lógico considerar que aquí también serán eficaces las estrategias preventivas que, de acuerdo con los modelos tradicionales, se han empleado con eficacia en la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. Según este modelo, una vez que se ha detectado cuál es la causa de la enfermedad (en este caso, un virus) y sus manifestaciones patológicas (síntomas psíquicos y somáticos), la suerte está echada y no cabe sino optar por un concreto modo de proceder preventivo.

Ciertamente, el modo en que se ha luchado contra estas enfermedades (la tuberculosis, la viruela, etc.), una vez que se conocía cuál era el agente infeccioso y la vía de transmisión, consistía en poner en mar-

cha las siguientes estrategias: aislamiento de las personas sanas para que no se contagiaran (estrategias evitativas); administración de la vacuna específica de forma sistemática y casi automática a las personas a las que se trataba de prevenir del riesgo de enfermedad (estrategias sistemáticas, mecánicas y escasamente participativas); y diagnóstico y tratamiento precoces de las personas en las que se detectaba la aparición de la enfermedad (estrategias de detección y tratamiento).

Los modelos tradicionales, como el anterior, se atenían sobre todo al futuro de la enfermedad, es decir, al período en el que podrían aparecer o no esas manifestaciones patológicas en otras personas, en función de la menor o mayor eficacia generadora por las estrategias preventivas empleadas.

La exigencia de un nuevo modelo preventivo

La mayoría de estas estrategias resultan insuficientes, sin embargo,

en la lucha preventiva contra el SIDA. En primer lugar, porque, lamentablemente, no disponemos por el momento de ninguna vacuna con la que hacer frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Y, en segundo lugar, porque en la medida que conocemos mejor el modo en que se transmite el virus causante de la infección, hay que concluir que el contagio de la enfermedad no depende tanto de factores ambientales (impredicibles e incontrolables), como de comportamientos personales que por ser libres y voluntarios, sí que pueden ser objeto de predicción y autocontrol por parte de la persona.

Esto quiere decir que la lucha preventiva contra el SIDA, a pesar de ser también una enfermedad infecto-contagiosa, responde a un modelo completamente diferente de los modelos preventivos tradicionales y, por consiguiente, reclama otras formas de intervención diversas de aquéllas.

Al no disponerse de una vacuna que nos garantice la prevención de la enfermedad y su erradicación en un breve período de tiempo, es necesario estudiar cómo disminuir las posibilidades de contagio para que la enfermedad no continúe creciendo de forma incontrolable.

Ésta es quizá la razón por la que se ha investigado, pormenorizada y exhaustivamente, hasta el punto de conocerse bastante bien casi desde su inicio cuáles son los principales mecanismos de contagio (el contacto homosexual y heterosexual, la drogadicción parenteral, las transfusiones de sangre, los trasplantes, los accidentes, la transmisión materno-fetal, el contacto familiar y profesional, etc.).

El mismo empeño se puso para conocer con todo detalle cómo actúa



el virus dentro del organismo y cómo evoluciona la enfermedad. Consecuencias de este esfuerzo son el conocimiento de los marcadores biológicos y clínicos de que hoy disponemos para el diagnóstico precoz de la enfermedad, así como de los dispositivos inmunológicos y de las pertinentes pruebas de laboratorio que contribuyen con eficacia al diagnóstico precoz y a predecir la evolución de la enfermedad.

La lucha contra el SIDA se presenta así como un proceso preventivo que exige un modo innovador de hacer frente a esta particular enfermedad infecto-contagiosa. En este nuevo modo ganan en consideración los factores personales de comportamiento (el estilo de vida personal, los hábitos de conducta, los valores por los que se opte, etc.), frente a los meramente biológicos, ambientales y tradicionales, con ser éstos muy importantes.

Actitudes, creencias y comportamientos

Hoy sabemos que en la lucha contra el SIDA ocupan un puesto preeminente las actitudes de las perso-

nas, sus convicciones, el modo en que a través del aprendizaje social se modela la conducta sexual personal, así como los valores y creencias por las que se opta. Entre estas últimas merece destacarse el *modelo de autocontrolabilidad* que cada persona tiene.

En efecto, hay personas que están en la creencia de que no pueden controlar su comportamiento sexual, por lo que han de seguir las inciertas vicisitudes de una ciega y extraña «necesidad», que posiblemente le arrastre a contagiarse con el virus del SIDA. En este punto es donde han de concentrarse las estrategias preventivas que se diseñen: en modificar esas actitudes, creencias y comportamientos de las que en definitiva depende la exposición o no al agente infeccioso y una mayor o menor vulnerabilidad frente a la transmisión de la enfermedad.

Una vez individuados cuáles son los factores que predisponen, facilitan y refuerzan las conductas más intensamente vinculadas con la transmisión del virus, parece lógico que la prevención se oriente fundamentalmente a disminuir o modificar el modo en que esas conductas se pro-

ducen, de manera que se disminuya la probabilidad de contagio.

En la actualidad sabemos que las actitudes constituyen un buen predictor de cuál será el modo en que una persona se comportará en el futuro. Pero junto a las actitudes importa también mucho conocer el modo en que la persona percibe el coste/beneficio de un determinado comportamiento. De aquí que, para la prevención del SIDA, sea muy importante conocer cuáles son las actitudes de las personas respecto al consumo de drogas, al comportamiento sexual, etc., así como cuál es el balance percibido del coste/beneficio de esos comportamientos.

A estos dos factores habría que añadir un tercero: la *creencia* que esa persona tenga acerca de la mayor o menor autocontrolabilidad de aquellas conductas que directamente están implicadas y que facilitan la transmisión de la enfermedad.

Ahora bien, las percepciones, actitudes y creencias en el autocontrol dependen también del marco axiológico, de los valores, que son los que, en última instancia, orientan al estilo de conducta y la vida toda de cada persona (cfr. a este respecto Rosentonstock, 1974; Fishbein y Ajzen, 1975; Antonovski, 1984; Muhlenkamp y col., 1983; Brown y col., 1985).

El hecho de que unas personas se comporten de forma más sana que otras parece depender también de otros muchos factores, como los soportes sociales de que disponga, el valor que conceda a la salud, el estilo de comportamiento de las personas de la misma edad con las que se relaciona, etc.

Los resultados de otras muchas investigaciones sugieren que las prácticas de salud y los hábitos de comportamiento sano de que las per-

sonas disponen dependen en gran medida de los factores que acabamos de considerar.

¿Virus o hábitos de comportamiento?

Ciertamente, si el SIDA está presente en nuestra sociedad es porque hay un virus que causa esta enfermedad. Pero no es menos cierto que el virus causa la enfermedad cuando alguien voluntaria o involuntariamente, mediante su comportamiento, facilita su contagio y transmisión. Esto quiere decir que en la mayor parte de los enfermos el contagio se ha producido como consecuencia de un determinado comportamiento, fundamentalmente el consumo de drogas por vía parenteral y el establecimiento de relaciones sexuales.

Habida cuenta de la actual ineficacia en la lucha contra el virus —por no disponer de la necesaria y anhelada vacuna y por la ausencia de fármacos que sean eficaces—, es lógico que la mayoría de los programas preventivos insistan en otras estrategias y medidas referentes al comportamiento. Esto quiere decir que la prevención del SIDA se lleva a cabo hoy a través de estrategias que, fundamentalmente, han de incidir sobre la conducta humana.

Es lógico que sea así, puesto que, tal y como se ha manifestado, es el procedimiento más directo y eficaz para atajar el problema.—Pero, precisamente por eso, las consecuencias podrían ser también funestas si no se acertase a modificar los hábitos de comportamiento que están implicados en el contagio y facilitación de la transmisión del SIDA.

Por el momento, parece necesario que consideremos, con toda brevedad, a qué nos referimos cuando ha-

blamos de hábitos de comportamiento. El Diccionario de la Lengua Española define el término hábito como la «costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie» o como la «facilidad que se adquiere con larga y constante práctica en un mismo ejercicio».

En realidad, la mayoría de nuestros comportamientos responden y son consecuencia de los hábitos que los soportan. Los hábitos tienen la ventaja de que facilitan y a su modo optimizan nuestra conducta, sin necesidad de hacer tan costoso ese comportamiento. El hábito aparece como una posesión permanente, como «una cierta cualidad, por sí misma estable y difícil de remover, que tiene por fin asistir a la operación de una facultad y facilitar tal operación» (Tomás de Aquino).

El hábito no es la conducta realizada por el sujeto, sino la facilidad para conducirse así. El hábito no es innato, sino adquirido, y adquirido tras la «larga y constante práctica en un mismo ejercicio», cuya realización tal vez supuso, inicialmente, un gran esfuerzo. Es decir, el hábito se adquiere mediante un esforzado entrenamiento.

Pero los hábitos conllevan dos notas un tanto contrapuestas: de una parte, el hacer más fácil la determinación voluntaria a obrar de esa manera —y, por consiguiente, un menor coste en la libre decisión—; y, de otra, por esa misma facilidad que de él resulta para obrar de esa manera, una cierta dependencia de ese modo de comportamiento habitual. De aquí que los hábitos de comportamiento

El contagio del SIDA no depende tanto de factores ambientales como de comportamientos personales libres y voluntarios.



tengan un poderoso alcance antropológico —aquí reside su grandeza y su limitación—, puesto que asentados como cualidades en la vida de una determinada persona, acaban por configurarla y domeñarla imponiéndole su propio estilo. Y es que «el hábito —como escribió Hume—, en tanto que costumbre, es el gran guía de la vida humana» (*Enquiry*, secc. V, I).

Los hábitos, desde la perspectiva psicológica, dicen referencia al proceso de habituación estudiado por los psicólogos desde Maine de Biran a los conductistas (Pavlov, 1960; Skinner, 1979; Thorndike, 1965) y a las actuales cognitivistas (Bandura y col., 1963). Con la adquisición de hábitos se incrementa la probabilidad de responder al medio, repitiendo una misma conducta.

Esto quiere decir que, por la habituación, se facilita la capacidad de responder a los estímulos de una forma muy concreta. En esto consis-

te, según la mayoría de los psicólogos contemporáneos, el proceso de aprendizaje: en la formación de estos hábitos. Sin hábitos de comportamiento no habría aprendizaje.

Ahora bien, si los hábitos de comportamiento que se han aprendido son, en cierto modo, los responsables de la transmisión de la enfermedad, lo que habrá que hacer para prevenir el SIDA es modificar esos hábitos de comportamiento, es decir, modificar los aprendizajes a cuyo través se formaron esos hábitos. A este fin parecen encaminarse también las estrategias que se han puesto en marcha para la prevención del SIDA.

En lo referente a los hábitos coinciden hoy psicólogos y filósofos. Y es que, como escribió Zubiri (1963), el hábito es un modo de habérselas con las cosas y consigo mismo, «el fundamento de posibilidad de toda suscitación y de toda respuesta» de un ser viviente.

Grupos de riesgo frente a conductas de riesgo

Se ha repetido hasta la saciedad que el SIDA es la enfermedad de las haches (homosexualidad, heroínómanos, haitianos, hemofílicos, etc.), en tanto que cada uno de estos grupos singularizan poblaciones en las que es mucho más frecuente la transmisión de la enfermedad. Este hecho es innegable y los estudios epidemiológicos, al ponerlo de manifiesto, han contribuido a orientar más eficazmente las campañas preventivas.

La denominación y la identificación de los «grupos de riesgo» es una consecuencia, en este punto, del trabajo epidemiológico. Con esta denominación se designan aquellos grupos de personas en los que la incidencia de la enfermedad es mucho mayor, como consecuencia de estar presentes en ellos ciertos factores que facilitan el contagio. Esto supuso un importante avance en la lucha contra la enfermedad. Pero no siempre esta denominación constituye, por sí sola, una ventaja en la lucha contra el SIDA, pues también pueden cobijarse y anidar bajo ella actitudes nada favorables a la lucha contra el SIDA.

En efecto, si se vincula el SIDA solamente a los grupos de riesgo (principalmente, homosexuales y drogadictos), muy probablemente habrá emergido y estará dispuesto un «chivo emisario» en el que se verterá y adensará cierta culpabilidad elitista y sesgada, mientras que, injustamente, se deja fuera de foco a otros grupos de población que, obviamente,

El hábito es un modo de habérselas con las cosas y consigo mismo (Xavier Zubiri).

también se contagian y contribuyen a extender la enfermedad.

En la actualidad, el SIDA se da tanto entre homosexuales como entre personas que tienen relaciones heterosexuales promiscuas (aunque más frecuentemente en los primeros), por lo que es forzoso ampliar el hasta ahora restringido concepto de «grupo de riesgo», tal y como este concepto se ha venido empleando. De aquí que insistamos en la relatividad del riesgo de los inicialmente denominados «grupos de riesgo».

De otra parte, más eficaz que hablar de grupos de riesgo sería referirse —tal y como lo aconsejan los expertos— a las *conductas de riesgo*. En realidad, no podría ser de otra manera, ya que el grupo se compone con las personas que enferman y éstas contraen la enfermedad en función de cuál haya sido su comportamiento; y no al revés. El grupo surge del comportamiento más que el comportamiento del grupo (aunque en algunos casos esto último puede también acontecer, como consecuencia de una exposición más intensa y frecuente de la persona a ciertos modelos de aprendizaje, costumbres, presión social, etc.).

Por eso precisamente, para erradicar el SIDA o disminuir el número de contagios y de enfermos, la clave está en modificar el comportamiento y no tanto en marginar —injusta y estúpidamente— a los grupos en los que es mayor la probabilidad y el riesgo de que aparezca la enfermedad. Con la marginación injusta de estos grupos nadie debiera alimentar la esperanza de erradicar la enfermedad o de disminuir el número de las personas que se contagian y la padecen.

Mientras que persistan las conductas de riesgo se habrá asegurado la posibilidad del contagio. Conduc-

tas como la drogadicción, la homosexualidad, la promiscuidad heterosexual, etc., son las que directamente incrementan el riesgo del SIDA. La solución está en tratar de modificar esas conductas más que en ensañarse con las personas en que aquéllas se dan.

La patología no calculada de una campaña preventiva: jeringuillas y preservativos

De octubre a diciembre de 1990 los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales promovieron en España una campaña de prevención del SIDA. Para ello se recomendó en *spots* publicitarios el uso de preservativos, con el eslogan: «Pón-telo, pónselo». Las letras de las canciones que para tal efecto publicitario se diseñaron prometían, tras el uso de preservativos, la total seguridad de evitar la enfermedad.

De este modo se presentaba, en definitiva, un único procedimiento —el uso de preservativos— para luchar contra la transmisión sexual del virus del SIDA. Para hacer frente a la transmisión del virus entre los drogadictos por vía parenteral, se estudió también la posibilidad de repartir jeringuillas gratuitamente. Se pensó que de esta manera, con jeringuillas y preservativos, podría resolverse, o al menos paliarse, el problema del SIDA.

Sin embargo, la campaña no pudo ser más ineficaz en sus resultados, puesto que el SIDA, también en España, no ha hecho sino aumentar. En

efecto, al 1 de julio de 1991, había en España 9.112 pacientes de SIDA, lo que suponía la multiplicación de los casos detectados un año antes. Las previsiones oficiales para el año 2000, según las estimaciones de Nájera, presidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SESIDA), a finales de abril de 1992, señalan que serán portadores del virus entre 70.000 y 100.000 personas. No parece que el uso de jeringuillas y preservativos haya sido todo lo útil y eficaz que se prometía al principio de esta campaña preventiva.

Algunas consecuencias implícitas de un hábito

Al proporcionar los preservativos —estrategia aconsejada por ciertas campañas gubernamentales— y animar a los usuarios a emplearlos, no sólo se les está proporcionando una barrera de caucho que, supuestamente, impide el contagio del SIDA, sino que se está modificando —en un sentido activo y positivo— el comportamiento del ciudadano y, a través de esta práctica, imponiéndosele una determinada dirección a su manera de conducirse personalmente, lo que es mucho más grave.

Al suministrar el preservativo se está estimulando una cierta conducta que, con la repetición de actos (con el consumo de más preservativos), acabará por configurar y modular una determinada facilidad para las relaciones sexuales (implantación y emergencia de un nuevo hábito de comportamiento). En la persona en que arraigue el nuevo hábito, cambiará también su sistema perceptivo y, por consiguiente, cualquier estímulo erótico tendrá más capacidad de suscitar en él una respuesta se-

Es más eficaz referirse a las conductas de riesgo que a los grupos de riesgo.

xual, haciéndole más dependiente —y, por tanto, menos libre— respecto del flujo estimular ambiental.

De otro lado, su organismo también se habituara a ese tipo de respuestas (sexuales), frustrándose con mayor frecuencia e intensidad cuando, por las razones que sea, no pueda satisfacer la facilidad para obrar de esa manera que ahora le reclama —con una mayor exigencia que antes— el nuevo hábito. Estas y otras modificaciones son las que resultan en el comportamiento de quienes, acaso de forma bienintencionada, usan el preservativo.

Por consiguiente, en tanto que el uso de tal preservativo genera un hábito de comportamiento y, a través de éste, una mayor facilidad para obrar así con mayor frecuencia, habrá que concluir que propiciar su uso multiplica la probabilidad de que en el futuro los usuarios establezcan más relaciones sexuales (es decir, mayor número de contactos potencialmente contagiosos).

El preservativo que no preserva

Analícemos ahora la eficacia preventiva del preservativo en sí mismo considerado. Parece estar demostrado que entre el 15 y el 20 por ciento de los preservativos hoy utilizados fallan, lo que significa que uno de cada cinco o seis contactos sexuales en los cuales se han empleado el preservativo constituye una fuente muy segura de contagio. Puede concluirse,

La campaña del preservativo no previene de nada, y no es, por consiguiente, tal campaña.

pues, que el uso del preservativo, en tanto que barrera, disminuye el contagio del SIDA, pero en tanto que promueve las relaciones sexuales y el hábito de comportarse así, incrementa el contagio del SIDA.

De aquí que campañas preventivas como las referidas líneas atrás no sólo no consigan disminuir el contagio de SIDA, sino aumentarlo y extender más aún la enfermedad. Una campaña preventiva así diseñada no previene de nada y no es, por consiguiente tal campaña.

Disponemos de muchos datos, acaso demasiados, no sólo en España sino en todos los países de la comunidad internacional que demuestran que los preservativos no preservan de forma absoluta. Veamos algunos de los resultados comunicados por los expertos de Estados Unidos, Francia e Inglaterra.

Numerosos usuarios en Estados Unidos, según recientes investigaciones (Hu y col., 1989; Marín, 1990; Flaskerud y col., 1992), se muestran escépticos respecto de la capacidad que tiene el preservativo de prevenir la transmisión del virus y por eso no lo emplean.

Según otra reciente investigación del *Research International* para la Agencia Francesa de lucha contra el SIDA (1992), realizada en 697 personas de más de dieciocho años, de los cuales 654 llevaban una vida sexual activa, 505 jamás utilizaron preservativos.

El retrato robot de las personas que lo emplean es el siguiente: hombres jóvenes (33 por ciento de ellos entre dieciocho y veinticuatro años),

célibes (52 por ciento) que cohabitan con otras personas en una gran ciudad (38 por ciento). Más del 56 por ciento de ellos han cohabitado con diferentes personas, frente a sólo el 23 por ciento de la media de la población francesa.

En síntesis, las tres cuartas partes de los franceses que llevan una vida sexual activa rehúsan utilizar el preservativo, a pesar de las campañas publicitarias de tipo preventivo.

Parece que las razones que suelen ofrecer varían mucho en función de cuál sea su edad. Así, el rechazo del uso de preservativos entre los jóvenes de dieciocho y veinticuatro años lo atribuyen a que genera una considerable «pérdida de sensualidad» y también a que su mismo aspecto resulta desagradable; los que no lo utilizan, entre los veinticinco y treinta y cuatro años de edad, lo atribuye a que su uso se limita a sólo las relaciones ocasionales, circunstancia que es condenada por el orden moral; y entre los que se oponen a su uso, de treinta y cinco y cincuenta y cinco años, lo atribuyen a que su empleo es idéntico a «los paraísos perdidos».

Entre la minoría de los que sí lo emplean se puede afirmar que no reina ni la satisfacción ni la tranquilidad absoluta: el 43 por ciento se inquieta por el riesgo de que el látex se desgare; el 26 por ciento se queja de «contactos desagradables»; el 21 por ciento de que no se repliega y el 19 por ciento manifiesta de forma negativa la dificultad para colocarlo en su lugar; un 25 por ciento considera que su precio es prohibitivo.

Existen medidas preventivas: dejar de consumir droga, el control de las transfusiones de sangre, o la abstinencia sexual.

La drogadicción, la homosexualidad, la promiscuidad heterosexual, etc., son conductas que incrementan el riesgo del SIDA.

A pesar de todas estas quejas, la razón atribuida por el 88 por ciento de los que lo usan es el temor al SIDA y también el temor a otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, herpes, etc.). La mayor parte de estos usuarios manifiestan tener una conducta sexual próxima a la promiscuidad.

Según parece, tanto en Francia como en Estados Unidos, las campañas en favor del empleo de preservativos han generado un efecto de rechazo, especialmente entre las personas más jóvenes (cfr. «Europe Today», 1992, 102).

Algo parecido acontece en el Reino Unido. En una reciente investigación llevada a cabo por Sheeran y cols. (1992) sobre las actitudes de los estudiantes respecto de la utilización de preservativos con relación al SIDA, se obtuvieron las siguientes conclusiones: el uso de preservativos es más ofensivo para la mujer que para el hombre. Este dato coincide por los obtenidos por Sherr (1987), quien encontró que las mujeres estudiadas se quejaban porque el uso de preservativo lo consideraban como algo que interfería en su intimidad.

La investigación de las actitudes resulta en este ámbito crucial, puesto que es un buen predictor de cuáles son las intenciones de la persona respecto de su posterior conducta sexual. Así, por ejemplo, uno de cada tres estudiantes manifiesta que llevar preservativos es percibido generalmente como un indicador de deseo de establecer relaciones sexuales casuales.

En el caso de la mujer, la posesión de un preservativo tiene el significado de querer crear una cierta oportunidad para el comercio sexual. En cambio, su ausencia debe entenderse como la negación a tener relaciones sexuales. Sin embargo, son

también muchos los jóvenes que establecen esas relaciones sexuales sin emplear ninguna forma de contracepción (Morrison, 1985; Spears y col., 1990).

Los datos anteriores manifiestan de una vez por todas la poca credibilidad social que tiene el empleo de preservativos como medida preventiva frente a la transmisión sexual del SIDA.

La recomendación de otros procedimientos preventivos más eficaces

Afortunadamente, no todos los procedimientos de prevención que hoy pueden aconsejarse quedan reducidos a sólo el empleo del preservativo. Éste es el caso de otras medi-

das preventivas como establecer relaciones sexuales sólo con una y la misma persona, dejar de consumir drogas, la evitación de transfusiones de sangre infectada, la prevención de embarazos en la mujer con SIDA, la abstinencia sexual, el celibato, la fidelidad conyugal, etc. No promover ninguno de los procedimientos aludidos podría constituir un fragante delito de «mala práctica» sanitaria y política en el diseño de las campañas preventivas contra el SIDA.

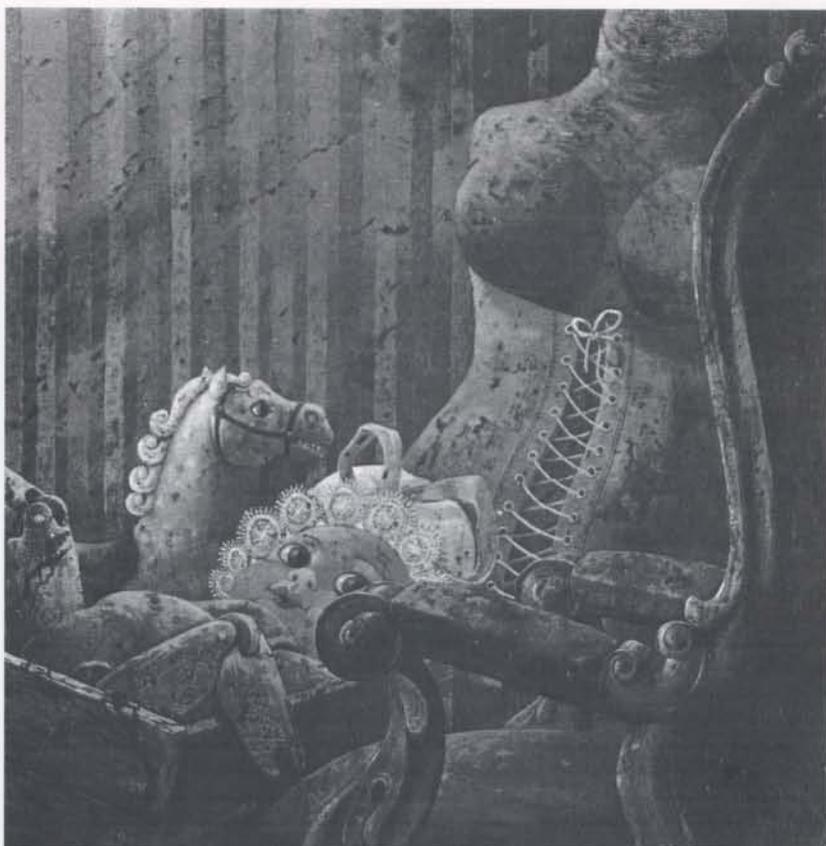
Por eso nada extraña que algunos expertos suizos (Scheriner y April, 1990) hayan manifestado lo que sigue: «el preservativo ha sido recomendado en varios países como la protección más importante contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque no hay pruebas rigurosas de que sea



eficaz contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (...) Para impedir una infección mortal como el SIDA, es obligatorio emplear modos seguros de protección. Los estudios más recientes sobre la prevención del SIDA demuestran que la suposición de que los preservativos ofrecen una protección fiable contra el VIH es una peligrosa ilusión» (pp. 972-978). El énfasis de estos investigadores recae en la ausencia de proporcionalidad existente entre el posible fallo de esa medida preventiva (15-20 por ciento) y la gravedad de la enfermedad que se adquiere (mortal). En un caso de peligrosidad como el SIDA, no se concibe que una medida preventiva pueda fallar, ni siquiera aunque sea una de cada 5 ó 6 veces.

En este mismo sentido se han pronunciado otros investigadores. Éste es el caso de lo manifestado ya en 1987 por los expertos del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, quienes en su informe semanal acerca de la morbilidad y mortalidad, se manifestaban como sigue: «el uso apropiado del preservativo *puede reducir, pero no eliminar*, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Los individuos que pueden haberse contagiado con el VIH, o que ya estén contagiados, deberían ser conscientes de que el uso del preservativo *no puede eliminar por completo* el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros» (pp. 7-9; el subrayado es nuestro). Es decir, se insiste aquí también en que «reducir» no significa «eliminar» el riesgo de enfermedad. Resulta, pues, que el riesgo de contagio no puede extinguirse por completo con sólo esa medida.

Hasta aquí tenemos dos hechos tozudos: a) que el empleo del preservativo aumenta la frecuencia y el número de relaciones homosexuales y



heterosexuales, contribuyendo así a implantar un hábito de comportamiento que forzosamente acrece extraordinariamente el futuro riesgo de contagio, y b) que, a pesar de estas campañas preventivas en favor del empleo de preservativos, su efecto incide, por diversas actitudes y razones que ya hemos observado, sólo en determinados sectores de la población y con unos resultados ambiguos, imprecisos y, en algunos casos, expresamente contrapreventivos.

De aquí, el imperativo ético de no silenciar, sino de promocionar, la información acerca de otros procedimientos y estrategias de prevención que son mucho más eficaces. No resulta extraño que el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta

aconseje lo que sigue: «la abstinencia y la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada son las únicas estrategias preventivas totalmente eficaces» (cfr. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987).

Por otra parte, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas viene recomendando desde 1988 lo que sigue: «Los esfuerzos en la prevención primaria deberían incluir la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión del VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas» (cfr. *The Journal of Infectious Diseases*, 1988). Nada de particular tiene que el grupo de expertos americanos en la lucha contra el SIDA sostuvieran

ya en 1989 y en una de las revistas científicas hoy más prestigiosas (cfr. *Lancet*), lo que sigue: «en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única cura (...). Los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos (...). Pero los contactos heterosexuales y homosexuales y el abuso de las drogas intravenosas siguen catalizando la expansión de la epidemia (...) *El cambio de conducta es la forma segura de protección*, pero parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo» (el subrayado es mío).

Sobre las anteriores coincidencias

La OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección.

se ha vertebrado al fin la estrategia resolutoria final adoptada por la OMS y hecha pública contra el SIDA, el 23 de enero de 1992. En efecto, Nerson, director del programa contra el SIDA, manifiesta la necesidad de revisar las estrategias preventivas empleadas hasta ahora, dada la progresión y extensión de la enfermedad y el número de personas infectadas por el virus. Por eso, la resolución del Consejo Ejecutivo de la

OMS (EB 89. R 19) del 28 de enero de 1992, afirma lo que sigue: «la OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección». Y en el párrafo 17 de otro documento (EB 89. INF. DOC. II) de 20 de enero de 1992 se proclama que «sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles».

He aquí un reto para el comportamiento del hombre contemporáneo si de verdad quiere decidirse a luchar contra el SIDA. □

Ilustraciones: Enrique González.

BIBLIOGRAFÍA

- Antonovski, A., *The sense of coherence as a determinant of health*, Ben Gurion University of the Negev, Beer-Sheva (Israel), 1984.
- Bandura, A., y Walters, R. H., *Social learning and personality development*, Holt, 1963.
- Brown, N. J., y col., The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity, *Western J. Nursing Research*, 5, 155-163, 1985.
- Europe Today*, 102, pp. 1-2, 1992.
- Fishbein, M., y Ajzen, I., *Beliefs, attitudes, intention and behavior: an introduction to theory and research*, Adison-Wesley, Reading, Mass, 1975.
- Flaskerud, J. H., y Ruiz Cavillo, E., *Beliefs about AIDS, Health, and Illness among Low Income Latin Women*, en prensa, 1992.
- Hu, D. J., y col., Communicating AIDS information to Hispanics: The importance of language and media preference, *American Journal of Preventive Medicine*, 5, 196-200, 1989.
- Lancet*, 1:1.111, 1989.
- Marin B. V., y Marin, G., Effects of acculturation on knowledge of AIDS and HIV among Hispanics, *Hispanic Journal Behavioral Sciences*, 12, 110-121, 1990.
- Condoms for prevention of sexually transmitted diseases, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Condoms for prevention of sexually transmitted diseases, 1987.
- Morrison, D. M., Adolescent contraceptive behaviour: A review, *Psychological Bulletin*, 98, 538-568, 1985.
- Muhlenkamp, A., y col., *Social support and positive health practices among the elderly*, comunicación a la «16th Annual Communicating Nursing Research Conference», Portland, Oregón, mayo, 1983, «Abstract in communication nursing research», vol. 16, Western Interstates Commission for Higher Education, Boulder, Col., 1983.
- Pavlov, I., *Conditioned reflexes*, Londres: Oxford University Press. Reimpreso en 1960, Nueva York y Londres: Dover, 1927.
- Polaino-Lorente, A., *Educación para la salud*, Ed. Herder, Barcelona, 1987.
- Rosenstock, I. M., Historical origins of the Health-Belief Model, *Health Education Monographs*, 2, 409-419, 1974.
- Scheriner, W. S., y April, K., Zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Infektionen, *Schweizerisches medizinisches Wochenschrift*, 120, 972-978, 1990.
- Sherr, L., The use of condoms in the light of the AIDS issue. Paper presented at the British Psychological Society London Conference, December, 1987.
- Sheeran, P., y col., The structure of students's post-AIDS attitudes to condoms: age, sex and experience of use. (Pro manuscrito), 1992.
- Skinner, B., *The behavior of organisms*, Nueva York y Londres: Applenton-Century-Crofts. (Trad. esp.: *La conducta de los organismos*, Barcelona, Fontanella, 1979), 1938.
- Spears, R., y col.: Social judgements of sex and blame in the context of AIDS: Gender and linguistic frame. Manuscript in submission, 1990.
- The Journal of Infectious Diseases*, vol. 158, n. 2, VIII, p. 275, 1988.
- Thorndike, E., *Animal Intelligence*, Nueva York: Macmillan. Reimpreso en 1965, Nueva York y Londres: Hafner, 1911.
- Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, II a, q. XLIX, a II, ad III.
- Zubiri, X., «El hombre, realidad personal», *Revista de Occidente*, año I, 2.ª época, n.º 1, p. 10, 1963.