VIH-sida ¿dónde estamos? - Mediterráneo - 04/12/2016

La ventana de la UJI

VIH-sida, ¿dónde estamos?

CRISTINA
Giménez García*

A lo largo de las últimas décadas, hemos comprobado la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva integral. Es decir, de incluir en cada intervención una mirada interdisciplinar que nos permita comprehender la experiencia de la enfermedad en toda su complejidad, así como el esfuerzo constante que supone cuidar y mejorar la calidad de vida de las personas que acuden a los servicios sanitarios. Más allá de mantener el equilibro de parámetros químicos y biológicos, los seres humanos necesitamos potenciar nuestro bienestar psicológico y social para disfrutar de la salud.

Seguramente, la epidemia del VIH-sida, ha sido uno de los exponentes más claros de esta necesidad y, en consecuencia, de la importancia de abogar por una intervención multidisciplinar. Desde sus inicios, según ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida), 35 millones de personas han fallecido por el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y, en la actualidad, aproximadamente 36,7 millones viven con la enfermedad.

Detrás de estas grandes cifras, se invisibilizan historias de personas adultas e infantes que (en la mayoría de los casos) han sufrido además del deterioro físico, la merma de su bienestar psicológico y el rechazo social. Más si cabe cuando las personas se identifican con colectivos socialmente vulnerados y, el estigma que ya padecían, se suma al de ser una persona portadora del VIH; multiplicando el impacto que supone el ser mujer, transexual, trabajador comercial del sexo o padecer problemas de salud mental. Una discriminación que, además, no solo reperpecute en estas personas, sino también en las de su entorno: padres, madres, hermanos, amigas... que ven su círculo social reducido (a veces extinguido) al compartir que alguien cercano/a tiene el VIH-sida. Hoy en día, seguramente, la discriminación y el rechazo son dos de los grandes retos que todavía quedan pendientes.

Y si bien es cierto que el tratamiento farmacológico ha conseguido mejorar la calidad y la expectativa de vida de las personas afectadas, según Naciones Unidas, un 54% de las personas diagnosticadas en el mundo, todavía no puede acceder a un tratamiento eficaz. Pero ¿qué pasa cuando hay acceso a tratamientos? Los últimos datos epidemiológicos nos dicen que no siempre se utiliza y que, en muchos de los casos, simplemente es porque las personas infectadas desconocían su estado serológico. De hecho, según el Sistema Español de Vigilancia Epidemiológica (2016), alrededor de un 40% de las personas diagnosticadas no sospechaban que podían ser portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana y, en consecuencia, no habían acudido a servicios sanitarios para recibir una atención adecuada. De todas formas, el ser consciente de esta situación y el recibir asistencia farmacológica (en caso de que sea necesario) no exime del sufrimiento emocional y la discriminación social.

Y ¿dónde está el origen del problema? La pregunta es tan compleja como relevante. Entre las causas de la epidemia oscilan variables que van desde el nivel biológico hasta el ámbito estructural, pasando por otros de orden psicosocial como el desconocimiento, la baja percepción de riesgo, la carencia de habilidades sociales, la presión social o la dificultad para manejar métodos preventivos. Así que más allá de los clásicos «colectivos de riesgo», la práctica nos demuestra que el perfil de las personas infectadas no entiende de géneros, orientaciones sexuales, edades o niveles profesionales y sí diferencia según la conducta realizada. Si bien, a nivel estatal, en los años 80 encontrábamos una mayor prevalencia en el intercambio de material inyectable, nos damos cuenta de cómo en las nuevas infecciones, tanto en hombres como en mujeres, las conductas sexuales de riesgo son las más frecuentes. En dichas conductas sí parecen mediar algunos factores psicológicos y sociales que podrían predisponer a las personas a exponerse al riesgo. Por ejemplo, una elevada búsqueda de sensaciones, un bajo control de los impulsos, el estado de ánimo deprimido, una baja autoestima, una mayor apertura a la experiencia o una elevada compulsividad sexual, estarían entre ellos.

¿Y qué podemos hacer? si bien es cierto que el avance de las terapias antirretrovirales facilitará la mejora de las condiciones de vida de las personas afectadas, parece más prioritario (si cabe) destinar esfuerzos al abordaje de aquellos aspectos psicosociales que perpetuan la situación epidemia. Por un lado, aquellos aspectos que puedan mejorar las condiciones sociosanitarias de la población como el acceso a la educación o unos servicios de detección adecuados. Por otro lado, aquellos aspectos que precipitan las conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre la población y que si bien no son tan visibles como otros, resultan fundamentales. Por supuesto, también será necesario destinar esfuerzos a la promoción de la solidaridad con las personas afectadas y a la prevención del estigma social que sufren. Un esfuerzo que resulta tan necesario como complejo y que, además, necesita tener en cuenta los nuevos escenarios. Escenarios teñidos de tecnología que a través de redes sociales, aplicaciones y actividades sexuales online pueden favorecer la aparición de nuevos modelos de riesgo. Estos modelos nos recuerdan que todavía nos queda un buen camino por recorrer para ganar la batalla a la epidemia. ≡

Será necesario destinar esfuerzos a la solidaridad y a la prevención del estigma que sufren las personas afectadas

***Coordinadora UJI Hàbitat Saludable**