

# Circuitos afectivos del SIDA

*Xabier Lizarraga*

*“Si alguien busca algo y, por ejemplo, hurga la tierra en un lugar determinado, muestra con ello que cree que lo que busca está en ese lugar”  
Ludwig Wittgenstein*

## RESUMEN

En el presente trabajo se pretende articular dos perspectivas para abordar al SIDA como fenómeno, una de ellas de carácter práctico, con aplicación terapéutica: las fases psicoafectivas por las que atraviesa un impactado por el SIDA y, la otra, de índole más antropológica: las cualidades comportamentales —hedonismos y desmesuras— que le son inherentes en tanto pandemia.

Para lo primero, se recurre a la tabla elaborada por el Dr. Luis Guillermo Juárez y el autor, a partir del trabajo directo con seropositivos asintomáticos para VIH, enfermos ya diagnosticados e individuos de sus núcleos socioafectivos (1983-1990). Para lo segundo, se analiza el fenómeno SIDA a partir del modelo teórico-metodológico de la antropología del comportamiento. Tras dicha articulación, se concluye que el VIH no es el único ni el más peligroso de los agentes responsables de la pandemia, y mucho menos la causa de las magnitudes que ha alcanzado, por lo que su tratamiento debe ser transdisciplinario y no enfocado únicamente desde la perspectiva biológica.

**Palabras clave:** SIDA, antropología del comportamiento

*Fecha de recepción:* enero de 1998  
*Fecha de aprobación:* abril de 1998

## ABSTRACT

To deal with AIDS, this paper articulates two perspectives. The first is a practical one, with therapeutic applications: The psycho-affective phases that patients witted AIDS go through. The other one has an anthropological view: The behaviors —hedonism and immoderation— that are inherent to this pandemic disease. To deal with the first perspective the table elaborated by Dr. Luis Guillermo Juárez and the autor is used.

The table was drawn from direct work with HIV positive asynthomatic people, and patients already diagnosed with AIDS and their close kin and pears. For the second perspective using the theoretical and methodological model of anthropology of behavior, AIDS as phenomenon is analyzed. It is concluded that the HIV virus is not the only and not the more dangerous responsible of the pandemia. Nor it can be blamed for the magnitude of the disease. Hence, its deep undestanding has to be transdisciplinary, not focussing AIDS only as a biological phenomena.

**Key Words:** AIDS, anthropology of behavior

Dirección de Antropología Física, Instituto Nacional de Antropología e Historia

Envuelto por sus creaciones (léase: semantizaciones y extensiones comportamentales) y por las influencias de sus dinámicos entornos ecológicos, el primate humano ha desmesurado los efectos de un padecimiento que hoy —sin mucho tino— llamamos SIDA.<sup>1</sup> Una vez desmesurado, a través de normatizaciones, conceptualizaciones y reacciones psicoafectivas deriva, por un lado, en estados de ánimo y, por otro, en políticas sociales, económicas, administrativas, etcétera. Todo lo cual, a su vez, deviene en regulaciones más o menos severas que trastornan las relaciones interpersonales y situacionales. Por consiguiente, se intenta vencer (controlar) al SIDA, con más ilusión que esperanza y con más ansiedad que método, aferrándonos a programas rígidos, más que ideando estrategias que nos permitan aprovechar incluso los azares. De hecho, pensamos en la viruela y otras afecciones, y deseamos convertir algo que aún no acabamos de comprender, en un trauma digerible (incluso asimilable) por la historia.

Sin embargo, el rompecabezas del SIDA no sólo tiene su propia historia —sólo en parte viral—, también es parte de una historia más amplia y general, en tanto que emergencia del mismo devenir humano... el SIDA es, antes que cualquier otra cosa, un fenómeno (del griego *phainein*, aparecer) que mueve a innumerables significaciones, semantizaciones y, por lo mismo, a dinámicas emocionales. Vencer al SIDA implica, por tanto, adecuarnos al *alea* y vencernos a nosotros mismos (vía el razonamiento y no la racionalización).<sup>2</sup> Al hablar de desmesura, no obstante, no intento (y mucho menos deseo) decir que el SIDA sea un destino ni que debamos asumirlo como una fatalidad buscada o como castigo impuesto por un Dios resentido ante la insolencia (soberbia luciferina) del ser humano. Pero sí es —como los mismos dioses a los que acudimos impelidos por la desesperación— una producción derivada (directa e indirectamente) de nuestros miedos, de nuestra gregaridad, de nuestra excitabilidad y nuestra curiosidad. En tanto que la existencia del SIDA, como padecimiento, como pandemia y como fenómeno amenazante deviene en comportamientos, tanto sociales como individuales, no escapa a los imperativos comportamentales: agresividad, territorialidad, sexualidad e inquisitividad.

Si bien en un principio pudo ser un fenómeno restringido (incluso geográficamente) y por lo mismo lejano y externo a la mayoría de nosotros, hoy el SIDA es parte de nosotros mismos —de todos nosotros aunque lo lleguemos a pensar e incluso sentir ajeno y distante—. Nos envuelve a través de las dinámicas que imprimimos a nuestro vivir y al vivir de otros (vía los afectos y las regulaciones sociales). Es parte de nosotros porque atraviesa y sacude la vida cotidiana: se ha incrustado activamente en las instituciones sociales. Es decir, que no sólo nos rodea, sino que nos envuelve: matiza las relaciones interpersonales (condicionando los vínculos)... produce dolores, tristezas, desconfianzas, resentimientos, temores y no pocos despidos laborales y razzias callejeras (hoy, en México, eufemísticamente llamadas operativos), porque ha impregnado las políticas administrativas de los Estados, tanto como las vivencias y los dogmas morales y religiosos (Juan Pablo II y Pro Vida son buenos ejemplos de cómo el SIDA ha penetrado hasta la médula de las emociones y las pasiones, por demás, siempre irracionales).

A partir de la identificación del SIDA como padecimiento degenerativo, progresivo, mortal y todavía incurable (asociado a transfusiones sanguíneas, a la utilización de agujas<sup>2</sup> y otros instrumentos punzocortantes, a embarazos, lactancias y todo tipo de relaciones sexo-eróticas), se revitalizan las opiniones y las actitudes estigmatizantes, las disfunciones sexuales, las extorsiones económicas y emocionales, los sentimientos de culpa y de vergüenza, así como numerosos negocios millonarios y algunos fraudes científicos (v.g. el caso Robert Gallo) y en sus procesos y permea nuestra experiencia, dando a sobrevivir a los... Como todo aquello que matiza y texturiza nuestra adaptabilidad a un entorno ecológico complejo, el SIDA adquiere significados y pesos agregados (a modo de un IVA vivencial), convirtiéndose, aunque no sea siempre a nivel consciente, en parte (una extensión) de nosotros mismos. Al igual que el aire que respiramos (contaminado o no) o que las leyes de un Código Penal (vindicables o no) el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es, hoy por hoy, un factor desencadenante de variopintas reacciones, reflejos, respuestas, actividades y conductas. Si deseáramos darle rostro con el fin de reconocerlo, éste tendría que ser plural y, por lo mismo, inabarcable; tendríamos que dibujarle y sombrearle rasgos de azar, rictus de dolor, gestos de resignación, muecas de amenaza, tintes de censura, temblores de resentimiento, giros de arrepentimiento, suspiros de compromiso, sonrisas de ironía y destellos de catástrofe.

<sup>1</sup> De hecho podríamos decir que todo individuo que ha padecido importantes experiencias traumáticas, estresantes —dirían algunos— (v.g. cirugías o estados patológicos más o menos severos). Hemos derivado en SIDA, manifestando cuadros de síntomas y signos de algún nivel de inmunodeficiencia, sin duda adquirida en tanto que no congénita.

<sup>2</sup> Sean o no para aplicarse drogas recreativas.

En ese sentido, el padecimiento inmunológico como tal puede que sea viral en un X porcentaje, pero el SIDA, en tanto que fenómeno experiencial, es un producto humano.

### La desmesura

El SIDA, a más de quince años de su explosión como epidemia —y posteriormente, a base de irresponsabilidad, convertida en pandemia—, es una evidencia más de que, por efecto del doble proceso de hominización y humanización (es decir, tanto por evolución como por los devenires y los derroteros sociohistóricos) el animal humano tiende a la desmesura. Sin temor a equivocarnos podemos afirmar que, de entre todos los animales, el primate *sapiens* es el único que recrea y termina por fabricarse sus padecimientos (de la índole que éstos sean) o, cuando menos, genera muchos de los signos y síntomas que éstos muestran y producen, desmesurando sus reacciones y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

El SIDA, como tantas otras cosas, debe concebirse, analizarse y tratarse como un evento que desborda cualquier límite disciplinario, porque involucra lo orgánico y lo social, lo político y lo afectivo, los límites de un ayer, un hoy o un mañana ubicable en la agenda personal o en un cronograma institucional. Implica al conjunto de la especie, a sus construcciones y a sus ordenamientos sociales, al ser y al estar complejos. En su calidad de fenómeno plural, incluso más allá de la actividad inmunitaria, el SIDA desordena (es decir: modifica, altera y desequilibra) la interacción entre los individuos y su entorno ecológico (léase: aquellos componentes físico-bióticos, biosociales y socioculturales impregnados de psiquismo, que rodean, estimulan e interactúan con el individuo). Sin embargo, no sólo se ve alterada y texturizada a consecuencia del SIDA la articulación y las interacciones entre endogenia (léase: individuo-especie o grupo-sociedad-especie) y exogenia (entorno ecológico), también se generan nuevas dinámicas y relaciones entre los componentes del entorno y al interior del individuo permeado por el SIDA, acelerándose, disminuyendo y modificándose la interrelación entre los componentes mismos de la endogenia: componentes bioestructurales, biofuncionales, biorrelacionales, bioexperienciales y bioexpresionales.

Por consiguiente, tanto el individuo recibe estímulos diversos (frecuentemente confrontados) del entorno (vía opiniones, actitudes, normatizaciones, estrategias sociales, etc.) como el mismo entorno recibe estímulos del individuo (vía su comportamiento). El SIDA no debe, por lo mismo, ser estudiado y tratado sólo como pandemia viral, como problema de salud pública o económico, sino también como emergencia de una desmesura social, cultural y política, necesariamente

psicoafectiva, que deviene en la potencialización temporal y espacial de los mecanismos comportamentales que permiten una adaptación, un balanceo, ante la pérdida del equilibrio tanto del entorno como del individuo.

### La adaptación

Uno de los principales obstáculos para comprender lo que nos rodea (incluido el SIDA) y comprendernos a nosotros mismos es ese no querer aceptar que también el entorno ecológico se adecua, modifica y finalmente se adapta a los cambios y a las transformaciones derivadas del comportamiento de las especies. La adaptación, en tanto que “encaje”, implica que las interioridades embonan funcionalmente en la exterioridad y que ésta embone retroactivamente con cada interioridad que la constituye.

El SIDA, por ende, se ha convertido en pandemia al encajar, como padecimiento, en un medio capaz no sólo de contenerlo sino también de fortalecerlo, vía interacciones; muchas de las cuales son constituyentes del entorno una vez que son producidas y dispersadas en él por los individuos-especie y los mismos grupos-especie que se ven amenazados por la aparición de un virus al parecer letal.

Hoy por hoy, sin embargo, no nos queda más remedio que reconocer que el VIH no es ni el único ni el más peligroso de los agentes desencadenadores del síndrome. El SIDA, vuelto problema humano por la misma forma en que lo percibimos, concebimos, analizamos y tratamos, se magnifica y diversifica sus efectos y significados.

Al colisionar los mecanismos adaptativos de un orden social hegemónico (lleno de matices) con las posibilidades adaptativas de los individuos, que se ven violentados por vivencias displacenteras, los efectos más orgánicos de la acción de un retrovirus (el VIH) sobre el aparato inmunitario y las fuerzas adaptativas, tanto de los individuos como de los grupos sociales, se ven involucradas en algo más que deterioros; devienen en vivencias. Vivencias producidas no únicamente por los trastornos biofuncionales causados por un agente patógeno, sino también por ese flujo de reacciones y expectativas, tanto del individuo afectado como de los que lo rodean (como parte del entorno), y que —propositivamente o no— atentan fuertemente contra la tendencia evolutiva del primate humano (y de cualquier otro animal) hacia el hedonismo.

Parece evidente, por tanto, que necesitamos desaprender aquellas ortodoxias académicas que tienden a reducir una pandemia a un modelo causa-efecto. Este modelo resulta inútil en la medida que todo efecto es, por lo menos

potencialmente, también causa, estímulo o caldo de cultivo, así como toda causa es una emergencia calificable de efecto. De hecho, nuestro comportamiento no responde a ese modelo lineal y rígido del estímulo-respuesta que resulta tan aparentemente operativo para algunos estudiosos: somos más complejos que el principio de Arquímedes. El papel que desempeña algo, como causa o como efecto, no depende sólo de su estructura o de sus componentes, sino que, en gran medida, está determinado por el hecho mismo de darse, por el momento en que se produce y por la intensidad de su resonancia, en una compleja red de coordenadas de tiempo, espacio y magnitud. La variable tiempo que, en el caso humano, debe contemplar el evolutivo, el histórico y el biográfico, es un factor importante (junto a las variables espacio y magnitud), que no sólo matiza sino que da profundidad (y prolonga la resonancia de) a un evento.

En consecuencia, no debe sorprendernos que el VIH — suponiendo que sí es el agente primario y/o desencadenante del SIDA— sea mucho menos responsable que nosotros mismos de las magnitudes alcanzadas por el padecimiento. El VIH es, todo lo más, un estímulo viral que se efectiviza y potencializa a través de las relaciones que mantiene el huésped (el animal humano) con su entorno ecológico (su contexto). Por consiguiente, el huésped y el entorno de éste deben ser contemplados y evaluados en sus interacciones ante la presencia del presupuesto agente patógeno. Los múltiples efectos que se dan, tanto en el interior del individuo afectado (seropositivo y/o ya diagnosticado) como en el exterior del mismo, deben ser estudiados, analizados y tratados teniendo como un eje básico las vivencias de los más directa y dramáticamente afectados: los impactados por el SIDA (léase: seropositivos asintomáticos y sintomáticos e individuos comprometidos afectivamente con éstos).

### Los significados

No nos queda más que reconocer que ninguna estrategia que intentemos, sea profiláctica o terapéutica, tendrá la efectividad deseada si dejamos de lado las semánticas vivenciales de quienes más directamente se ven impactados (afectados), no ya por el virus en sí, sino por el SIDA como epifenómeno que permea al sistema socioafectivo en que se dan y expresan el padecimiento y los afectados. Las vivencias son, finalmente, un flujo de semantizaciones resultante de una polimórfica interacción de los componentes, tanto de la endogenia como de la exogenia, en una temporalidad y una espacialidad de magnitudes diversas.

Los seres humanos, a diferencia de otros animales, consumimos más significados emocionales que nutrientes. Tan importantes como el agua, el aire, los aminoácidos, las

grasas y los azúcares, para el animal *sapiens* (al igual que para otras especies de gran complejidad evolutiva) lo son las emociones. El sistema límbico y las áreas de asociación del neocórtex juegan un papel protagónico en la interrelación entre la endogenia y la exogenia, así como en la forma en que se experimentan internamente (se viven) los eventos que nos afectan. El mismo sistema nervioso se ve modificado por nuestras experiencias (incluso emocionales) a lo largo de nuestro devenir ontogenético; en función de ellas se establecen, amplían, complejizan, reducen y cortan vías (trayectorias) nerviosas, hasta configurar redes individuales (únicas) de sinapsis... filigránicos laberintos de responsividad que dan cuerpo a reacciones y sentimientos que hacen posible la emergencia de disposiciones anímicas.

Dada nuestra complejidad evolutiva y la acumulación de complejidades a través de la historia y de nuestra propia biografía, los animales humanos somos capaces de crear y de semantizar percepciones y sensaciones que, desbordando el momento de una acción o actividad y de un evento cualquiera, se proyectan más allá del individuo generando sentimientos y pasiones que nos conectan con los otros y con el paisaje emocional que constituye el escenario de nuestro drama (en el sentido griego y teatral); es decir, con las actitudes y las expresiones afectivas de todos cuanto nos rodean.

Querámoslo o no reconocer la dinámica de flujos y reflujos psicoafectivos (opiniones, prejuicios, miradas, etcétera) imprime su huella en nuestra biología y en sus procesos y permea nuestra experiencial manera de sobrevivir a los estímulos, sean nocivos (displacenteros) o nutricios (placenteros).

Es en ese sentido, que el SIDA no se vive circunscrito sólo a malestares físicos más o menos constantes y delimitados (discretos), más o menos singularizados, pese a su posible diversidad, y que no mueven a tantas semantizaciones afectivas, morales o ideológicas. El SIDA, por la forma en que lo hemos abordado e incluso normatizado, se vive como sentencia de muerte, como castigo moral o divino... como estigma, encarnado.

Al igual que otros padecimientos (trastornos de la salud), que se tamizan y semantizan social y culturalmente (v.g. el cáncer, la lepra, la parálisis cerebral y la sífilis), el SIDA se carga de historia y de metáforas (como atinadamente apuntara Susan Sontag en 1989).

Con base en lo anterior, resulta evidente que la receptividad a campañas, a terapias y a estrategias profilácticas depende no sólo de las verdades y bondades que contengan,

sino de las afinidades y de los vínculos que puedan darse entre el emisor, el mensaje (o terapia) y el estado anímico del receptor. Resulta imprescindible observar, analizar y comprender las diferentes fases psicoafectivas por las que pasa un individuo impactado por el SIDA, sea un enfermo, un seropositivo asintomático o cualquier persona que viva penetrada por él (léase: parientes, amantes, amigos, compañeros de estudio, trabajo o esparcimiento; activistas, médicos, enfermeras, sacerdotes, etcétera).

Es vital (y urgente) que el SIDA sea visto y tratado como evento desordenador (a todos los niveles de la vida cotidiana, privada y pública) y que, vía la comunicación y el establecimiento de redes comprometidas afectivamente, cada uno establezca un compromiso consigo mismo y con el otro.

### El proceso afectivo

Ya desde 1969 Elizabeth Kübler-Ross había anticipado, a partir del estudio de pacientes con cáncer, la necesidad de abordar y tratar a un enfermo terminal tomando en cuenta los cambios emocionales que experimenta y propuso un modelo de cinco fases por las que, a su juicio, pasa un individuo afectado por un padecimiento mortal y semantizado social y psicológicamente, a saber:

- 1) Negación
- 2) Ira
- 3) Pacto o Negociación
- 4) Depresión y pena y
- 5) Aceptación

Un modelo práctico, que finalmente alcanzó reconocimiento y cierta popularidad, independientemente de que la mayoría de las veces sólo se menciona a nivel de academia.

El modelo propuesto por Kübler-Ross significó, no obstante, una nueva perspectiva que permitía elaborar estrategias distintas, a partir de conocer cuáles pueden ser las reacciones psicoafectivas del individuo enfrentado y confrontado con un padecimiento cargado de significados médicos, sociopolíticos, sexuales y morales. Su utilización permitiría tomar en cuenta las posibles reacciones comportamentales de los individuos —en este caso— ante el SIDA.

Resulta evidente, aunque tantos se nieguen a aceptarlo, que ninguna terapia física o psíquica, ninguna campaña preventiva o de concientización, así como ninguna medida política o religiosa puede acceder a permear el ánimo de un individuo cuando tal terapia, campaña o medida presupone que, a quienes dirigen sus esfuerzos, responderán a

razonamientos que se piensan lógicos (desde una perspectiva lógica tradicional), dado que ellos razonan (desde otra óptica) y racionalizan. Un enfermo, cualquiera que sea el padecimiento que viva, nunca responde con disciplina religiosa o militar (valga la metáfora) a las expectativas frías y pretendidamente objetivas de un discurso netamente pragmático.

No es de extrañar, por tanto, que en la semantización psicoafectiva del SIDA (como de cualquier otro evento que sacuda los cimientos de un orden social hegemónico) la razón, el juicio y el sentido común se diluyan. Los razonamientos y las lógicas del orden imperante carecen de sentido cuando los sentimientos y las pasiones van más allá de las expectativas y de las normatizaciones (incluso, normalizaciones) de un sistema que busca más la permanencia que la transformación. Toda política (administrativa, terapéutica, académica o moral) está condenada a fracasar si pretende influir en los individuos como si éstos fueran esponjas bajo un chorro de agua, siguiendo un programa de acción inflexible, más que una estrategia. En pocas palabras, para que redunden en resultados deseables, las acciones contra el SIDA no deben perder de vista dos vías paralelas y articuladas, las sensaciones y las percepciones (en el sentido en que las maneja Humphrey), dado que los individuos (y los grupos) solemos responder egocéntricamente (sensitivamente) a las nociones que configuran un contexto semantizable (perceptivamente).

### Un modelo para un proceso

Para 1989, después de seis años de trabajar con afectados, de estudiar el fenómeno SIDA desde diversas perspectivas y de intentar aplicar esos conocimientos tanto a campañas de prevención y a estrategias de concientización como al tratamiento psicofísico de numerosos afectados y a la capacitación de voluntarios, el Dr. Luis Guillermo Juárez y yo presentamos un continuo en el que se contempla el devenir psicoafectivo de los impactados por SIDA. Utilizando como base la propuesta de Elizabeth Kübler-Ross, nuestro continuo psicoafectivo contempla siete fases, a saber:

- 1) Negación
- 2) Estructuración
- 3) Deterioro de la autoestima y de la autoimagen
- 4) Autodestructividad
- 5) Vengatividad
- 6) Pacto o negociación y
- 7) Aceptación

Asimismo, en nuestro modelo consideramos dos condiciones emocionales básicas del individuo, que responden evolutiva e históricamente a las tendencias hacia

el hedonismo y la desmesura inherentes a *Homo sapiens*:

1. La percepción y significación del peso del evento (PSPE) y

2. La capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad (RAR).

Por PSPE debemos entender toda la carga emocional que resulta del conocimiento del evento (SIDA en este caso), sea por la condición serológica (seropositividad), por el diagnóstico médico de enfermedades asociadas (oportunistas), por el temor a infectarse o a saberse infectado, o bien, por el conocimiento de que algún individuo cercano se encuentre afectado. Esta condición está determinada, más que por el virus o el SIDA en sí mismo, por los significados sociales que adquiere, las expectativas que se crean y la repercusión de todo ello en la calidad de vida. Cabe apuntar aquí que el PSPE se ve incrementado por la irresponsabilidad de todos aquellos que generamos un flujo de rumores catastróficos, una batería de censuras y sentencias, una replicación de mitos y prejuicios, una secuencia de erradas sinonimias (v.g. SIDA=homosexualidad=drogadicción=vicio=castigo divino), así como por los que, en algún momento, hipnotizados por nuestras propias ignorancias y miedos, establecemos distancias y alejamientos entre nosotros y los individuos afectados y/o el fenómeno SIDA en general (tal como ocurriera, sobre todo al principio, entre hombres y mujeres heterosexuales). En ese sentido, el PSP determina aproximaciones y distanciamientos a la realidad patológica y a las semánticas sociales y personales que la misma adquiere en la dinámica y la lógica de vivirse afectado.

El RAR, por su parte, se refiere a qué tan asumido tiene el individuo su miedo al SIDA, su status serológico o bien, las repercusiones que todo ello lleva implícito, así como el nivel de aceptación que le permita al individuo adaptarse y responder de forma adecuada. Tanto el reconocimiento como la aceptación (que implica un cierto grado de adaptación emocional) son procesos que se gestan a partir de ir resemantizando, desde una perspectiva personal, el evento que conflictúa. No podemos dejar de reconocer que aquello que socialmente está avalado, sancionado positivamente por el orden hegemónico, no requiere de tan complejos procesos de reconocimiento y aceptación, ya que el mismo aval social permea e incluso llega a improntar al individuo durante su proceso de socialización. Ante los eventos conflictivos es necesario que se den adecuaciones (innovaciones).

En consecuencia, el RAR determina a su vez otras aproximaciones y distanciamientos de la realidad patológica y de las semánticas, permeadas por las adecuaciones (en última instancia, adaptaciones) del afectado en relación a lo que afecta.

El modelo teórico propuesto nos sirve para hacer evidente que, en las diversas fases, se da una relación inversa (y necesariamente dialógica) entre PSPE y RAR: a mayor percepción y significación del peso del evento, menor capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad y viceversa. Por consiguiente, toda acción o propuesta social que realmente pretenda disminuir los efectos del SIDA deberá enfocarse a la elaboración de estrategias con miras a incrementar el RAR (en vías de satisfacer la tendencia hedónica) y a reducir (medurar) el peso de aquellos significados agregados al SIDA, que dañen las vivencias, íntimas y sociales, del individuo (léase: sidaización de la homosexualidad, culpabilización, vergüenza, discriminación, amenaza, intolerancia, rechazo, etcétera). Asimismo, en cada fase, la diversidad de reacciones, respuestas, actividades y conductas se dan por efecto de una constante retroalimentación entre dos substratos de responsividad, uno inconsciente y otro consciente (vía movimientos endógenos de carácter centrípeto-estructuradores, movimientos exógenos de tipo centrífugo-desordenadores-estimuladores y movimientos exo-endógenos y endo-exógeno tipo boomerang-realimentadores y de bucle-retroactuantes).

### Las fases del proceso

Es evidente que todo proceso que da lugar a un fenómeno se caracteriza por emergencias, sea de rasgos, cualidades o significados. En el caso concreto del proceso que ahora nos ocupa, las fases concebidas en el modelo deben asumirse como emergencias de tipo "evolutivo", aunque no responden totalmente a tal concepto, dado que, como se verá, la sucesión-progresión de las mismas puede, en un momento dado, "involucionar" (si así se quiere llamarlo). En el devinir de las fases (si progresan en una sola dirección) se produce una tendencia hacia el autocontrol (la medida) al incrementar paulatinamente el peso de las acciones y conductas del substrato consciente, en detrimento de las inconscientes, en un balanceo (que no equilibrio, entre la tendencia al hedonismo y la tendencia a la desmesura).

1) Negación: el individuo minimiza o "anula" el conflicto, principalmente a través de mecanismos de defensa inconscientes, cerrándose y cegándose mental y emocionalmente (perceptiva y sensitivamente) al evento, por lo que sus reacciones y respuestas se caracterizan por una muy reducida capacidad de reconocimiento y aceptación del mismo.

Con el fin de evitarse sensaciones displacenteras y evadir su percepción de los innumerables significados psicosocio-culturales que se le han dado, el individuo se imagina

distanciado física y afectivamente de la amenaza. En esta fase, el seropositivo o el ya diagnosticado de SIDA puede expresar opiniones, tales como: Yo no tengo eso... No estoy enfermo, es sólo un malestar sin importancia... Debe ser fatiga, estrés, la contaminación... Por su parte, los individuos impactados por un pariente, amigo o amante enfermo suelen exteriorizar sus deseos a modo de realidades: No es SIDA... De seguro que es una de esas gripes raras... Es sólo una infección por algo que comió... etcétera. En el concierto social se suele manifestar la ansiedad que provoca el evento, a través de declaraciones del tipo de: El SIDA no existe, es un invento político... El SIDA no es un problema de salud pública (dicho en su momento por el Dr. Kumate, siendo Secretario de Salud)... A nosotros no nos va a dar, eso sólo les puede pasar a los promiscuos, a los drogadictos y a los homosexuales... etcétera.

2) Estructuración: incremento del RAR, que deviene en un aumento de reacciones, respuestas y conductas del substrato consciente permeadas de angustia, pero que tienden hacia la consecución de un equilibrio conciliatorio entre sensación y percepción. Se inicia, por tanto, un proceso hacia una homeostasis psicoafectiva entre la inconformidad que produce el evento y la realidad inevitable del mismo.

El individuo ya se reconoce (percibe) afectado (traspasado por la enfermedad) y ello le provoca conflictos (sensaciones) que amplían la distancia entre él y su entorno ecológico. Suelen darse, consecuentemente, retraimientos, silencios y abandonos. Los seropositivos o ya diagnosticados suelen expresar: ¿Por qué yo...? No es justo... No me quiero morir... ¿Qué hice yo para merecer esto...? Quienes forman parte de los núcleos afectivos de un enfermo o seropositivo para VIH también se preguntan: ¿Por qué él (o ella)...? Es muy joven para morir... ¿Quién podía imaginarlo...? No entiendo, si no es un vicioso... etcétera. Haciendo suyas las mitologías que el entorno social difunde: ¿Quién iba a pensar que era homosexual...? ¿Desde cuándo utilizará drogas...?

Socialmente, en esta fase, el orden hegemónico opta por el silencio o prepara medidas de control con miras al aislamiento (idea programas que difícilmente redundan en resultados positivos en la medida en que, como tales, son cerrados y rígidos).

3) Deterioro de la autoestima y de la autoimagen: El conflicto generado y madurado en las fases anteriores se concentra en el individuo, al tiempo que se incrementa el RAR; se produce una focalización y centralización sensitiva del evento en el Yo frente al espejo de la otredad (percepción), que deriva en desmesuradas conductas de autocrítica.

Son frecuentes las comparaciones que el individuo hace entre sí y otras personas, así como comparaciones del yo en el ayer (generalmente mejorado) y el Yo en el hoy (sobredevaluado). El sujeto puede manifestar: Estoy sucio... No soy atractivo... Nadie va a querer ni tiene por qué acercarse... Soy un estorbo... No valgo para nada... Por su parte, los miembros de sus núcleos afectivos más próximos, tienden a culpabilizarse a sí mismos y a devaluarse, con expresiones tales como: Mi compañía no le es buena... Soy un inútil, no sé qué hacer... Tal vez fue por mi culpa... En el entorno social sobrevuelan ideas como: Todo esto es producto de la decadencia social... Los seres humanos somos un asco... Hemos perdido el rumbo... Todo esto nos lo hemos buscado... Hemos sido ciegos e indiferentes a los valores morales... etcétera. Por lo que se comienzan a gestar arrepentimientos, que se consolidan (invertidos pero igualmente desmesurados, en busca de un bienestar) en la siguiente fase.

4) Autodestructividad: En esta fase se agudizan las vivencias de angustia (sensitivas) y devaluatorias (perceptivas), de depresión e ira hacia uno mismo, incrementando y complejizando aún más el conflicto. El individuo impactado, más que buscar soluciones o alternativas de vida, pretende castigarse o aniquilarse, para perdonarse (un hedonismo invertido —¿de tintes masoquistas?— por efecto de las contradicciones —y una dialógica— entre sensaciones y percepciones en el devenir de la experiencia cotidiana).

Las expresiones más frecuentes en esta fase son: Déjenme solo... Quítenme los medicamentos... Esto no es vivir, preferiría estar muerto... Por lo mismo, pueden presentarse conductas tales como el alcoholismo, la drogadicción, el rechazo de los alimentos y los intentos de suicidio. Asimismo, en virtud de una introyección de la culpa (hacer sensible la percepción), el individuo expresa: Me lo merezco... Esto me pasa por la vida que he llevado... Dios me castigó... etcétera. Sus allegados pueden sentirse obligados a la penitencia social, condenándose a dedicar sus vidas al cuidado del enfermo, sin darse tiempo para sí mismos; tienden a castigarse y se concentran en una constante culpabilización: He sido una mala madre (o padre, hermano, etcétera)... ¿Por qué no me dio a mí en vez de a él (o ella)... ¿Qué derecho tengo yo a disfrutar de la vida...? etcétera. En el seno social se producen levantamientos civiles de tonalidades apocalípticas, más apasionados (desmesurados) que pensados.

5) Vengatividad: en esta fase las reacciones y conductas, tanto inconscientes como conscientes, dan un giro de 360 grados respecto a la fase anterior (como en un espejo), derivando las conductas agresivas hacia los demás. En el plano

perceptivo emerge la culpabilización de los otros (homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos o bien una pareja anterior, un médico que lo trató anteriormente, etcétera), así como (en el sensitivo) rabia, lo que deviene en mixturas sensibles-perceptivas: sentimientos revanchistas, fortalecidas por ideologías que sustentan la noción de víctimas inocentes (v.g. hemofílicos, transfundidos en general y recién nacidos). Son frecuentes, por ende, las manipulaciones y chantajes afectivos, así como actividades francamente antisociales, dado que se busca disminuir el conflicto involucrando a otros en la propia tragedia (mejorar lo sentido a través de revertir lo percibido).

Son características de esta fase expresiones tristemente famosas como: Bienvenido al club del SIDA... Antes de morir me llevo por delante a cuantos pueda... Asimismo, entre los que rodean al individuo más directamente afectado, se producen reacciones del tipo de: Yo qué culpa tengo... Si no quieres hacer caso a lo que te dijo el doctor, muérete... y conductas de castigo, tales como aislar al individuo, condicionarle las muestras de afecto y recalcar los sacrificios que se hacen por él. Por su parte, el grupo social se concentra en legislar y promover prohibiciones y sanciones (v.g. el Artículo 199 bis. del Código Penal), avalando (por lo menos tácitamente) la discriminación y el escarnio tras la imposición de pruebas de ELISA para VIH.

No es raro, sin embargo, que las reacciones psicoafectivas y las conductas de los individuos entren en contradicción y se imbrinquen o alternen con las propias de la fase de autodestructividad. Un ejemplo de ello son las dogmáticas e intransigentes posturas de grupos como Pro Vida en relación al uso del condón y a las manifestaciones de lucha por los derechos humanos. En nombre de una moral que pretenden universalizar, condenan las medidas más elementales de salvaguarda de la salud. En esta fase, más que en cualquier otra, la intolerancia y la sanción son una constante.

6) Pacto o negociación: En esta fase el conflicto sensible encuentra una solución parcial, a nivel tanto consciente como inconsciente, a través del principio de resignación. Se tiende a minimizar los rechazos hacia uno mismo y hacia los demás, sustituyendo la culpa y la vergüenza por el empeño y la disciplina, teñidos de esperanza.

Es una fase de encuentros y reencuentros, de reorientación y reconsideración que permite la comunicación, los retornos a la espiritualidad y cierto nivel de alianzas, no siempre reflexivas ni necesariamente acertadas. De hecho, no es infrecuente que se busque un balance con la naturaleza (v.g. inquietudes ecologistas y dietas vegetarianas), que se intenten desintoxicaciones e incluso, entre homosexuales y

bisexuales, que se trate de reorientar o cuando menos reprimir las preferencias sexo-eróticas (v.g. asociaciones de Homosexuales Anónimos y expectativas matrimoniales). Todo ello puede derivar en nuevos brotes de conductas propias de las tres fases anteriores (deterioro de la autoestima y la autoimagen, autodestructividad y vengatividad).

Son frecuentes expresiones del tipo de: Dios me va a ayudar... Si obedezco a los médicos saldré de ésta... Seguro que la medicina alternativa puede ayudarme... Tanto los seropositivos y los enfermos como los individuos de su entorno afectivo más próximo se aferran a toda alternativa posible (v.g. agua de Tlacote, uña de gato, aerobics, meditación trascendental, dianética, penitencias y mandas), siendo susceptibles tanto a disciplinas terapéuticas serias como a charlatanerías (que con frecuencia, unas y otras, devienen en una magnificación de los sufrimientos físicos)

7) Aceptación: En esta fase el conflicto psicosocial (sensitivo-perceptivo) se reduce considerablemente al conseguirse una reconciliación consigo mismo y con el entorno. El RAR alcanza su máximo nivel, permitiéndose el individuo incluso el humor negro hacia sí mismo, en torno al padecimiento y a la sociedad en general. En ella predominan, por tanto, aquellas conductas que emergen del substrato consciente de responsividad, permitiendo reelaborar escalas de valoración y resemantizaciones propias. Una consecuencia de ello es la posibilidad de que el individuo se libere (y libere a otros) de culpas y vergüenzas e incluso se comprometa no sólo con su propia condición, sino con el padecimiento como problema social.

Una expresión clara de esta fase, tanto entre individuos seropositivos (asintomáticos y ya diagnosticados) como entre sus allegados y sectores sociales sensibilizados, es: No hay que morir de SIDA, sino vivir a pesar del SIDA.

Cada una de estas fases, hasta donde hemos podido detectar, no tiene una duración promedio; por lo mismo, en algunos casos se pasa de una a otra en muy poco tiempo y en otros se prolonga enormemente (con riesgo de enquistamiento). Dado que todos somos diferencialmente susceptibles a ciertos estímulos (tanto sensitivos como perceptivos), la variación observada en el paso de una fase a otra responde a particularidades individuales, tanto como a los muy diversos tipos de estimulación recibida del entorno ecológico y/o del interior. Casi podríamos asegurar que, en muchos casos, la velocidad de tránsito entre las fases depende de los signos y síntomas asociados al evento, que el individuo experimente (sean reales o imaginados).

Cabe apuntar que, si bien existe una tendencia hacia un recorrido por cada una de las fases, este proceso puede interrumpirse y, en muchos casos, darse retrocesos. Un nuevo síntoma o signo, una nueva situación psicosocial, así como cambios hormonales pueden significar una vuelta a fases anteriores y a un incremento en la magnitud de las respuestas, tanto inconscientes como conscientes. Según hemos podido observar, estos retornos pueden ser fugaces, pero con frecuencia se significan como señales de posibles enquistamientos emocionales que pueden, en el caso de los seronegativos asintomáticos, acelerar el proceso patológico, y en el caso de los ya diagnosticados, agravar la condición del enfermo.

#### A modo de conclusión

Este modelo, que indudablemente sólo sirve de referencia, no puede aclararnos qué es lo que debe hacerse en cada una de las fases, pero sí puede servirnos de guía para analizar cuáles pueden ser los estímulos responsables de los efectos más nocivos, así como para idear estrategias de comunicación que realmente nos permitan establecer un contacto efectivo (en tanto que afectivo, sensible) con el individuo impactado (o como lo llaman algunos, con el angustiado sano); sea que estemos inmersos en acciones terapéuticas, en actividades de educación y concientización o dedicados a servir de apoyo afectivo (e incluso sólo abocados a labores académicas de investigación).

En otras palabras, si somos conscientes de en qué fase puede estar un individuo (y en qué fase nos encontramos nosotros mismos) será más factible que no agregaremos pesos innecesarios al evento y encontremos vías más idóneas para

apartarnos (cuando no somos necesarios) o involucrarnos en el combate al SIDA: más que preocuparnos por el SIDA, debemos ocuparnos de él.

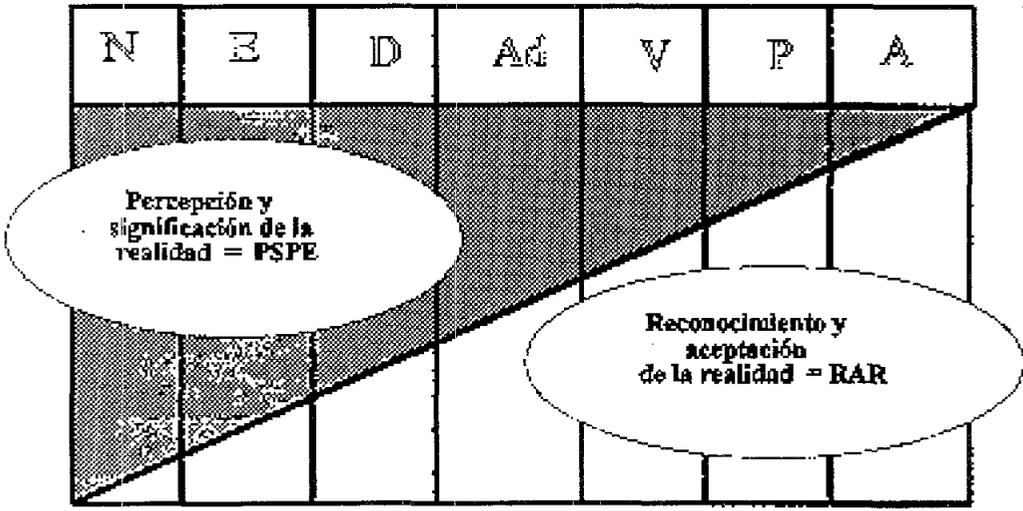
No nos queda más que reconocer que el VIH no es ni el único ni el más peligroso de los agentes responsable de la pandemia del SIDA, y mucho menos es la causa de las magnitudes que ésta alcanza. Sin solemnidades ni pretenciosas sapiencias incuestionables, debemos reconocer que el SIDA lo hemos magnificado (desmesurado) nosotros sin llegar a comprenderlo. Nosotros somos los que generamos sus alcances y no queremos aceptar que nuestro comportamiento, en relación al SIDA, depende de un proceso que no nos es fácil de asimilar y mucho menos de controlar.

De hecho podríamos decir que todo individuo que ha padecido importantes experiencias traumáticas, estresantes —dirían algunos— (v.g. cirugías o estados patológicos más o menos severos) hemos derivado en SIDA, manifestado cuadros de síntomas y signos de algún nivel de inmunodeficiencia, sin duda adquirida en tanto que no congénita.

Desde la antropología del comportamiento los imperativos comportamentales son la manifestación de requerimientos de expresión comportamental que, en otros animales, se resuelven a través de los instintos y en otras especies, como *Homo sapiens*, mediante acciones y conductas impulsivas o reflexivas, que incluso pueden suponer represiones: acciones y conductas que se derivan de un estado de saturación estimulativa (endo-exógena). Los imperativos comportamentales, en primera instancia, garantizan la sobrevivencia de la especie y los imperativos fisiológicos más directamente la sobrevivencia de los individuos.

## Bibliografía

- HUMPHREY, Nicholas (1995). *Una historia de la mente, la evolución y el nacimiento de la conciencia*, Barcelona, Gedisal editores.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1971). *Questions and answers on death and dying*, Nueva York, Mc.Millan.
- LIZARRAGA, X. y L.G. Juárez (1990). "Continuo psicoafectivo en torno al SIDA: un modelo" en *Algunos pretextos, textos y sub-textos ante el SIDA*, México, ENAH-INAH, Colección Cuicuilco.
- LIZARRAGA, Xabier (1990). "El SIDA: enfermedad de culpables" en: *Los Universitarios*, México, UNAM, núm. 15, 3a. época.
- (1995) "El placer hizo al hombre y el displacer a la humanidad" en: *Ludus Vitalis, Revista de Filosofía de las Ciencias de la Vida*, México, vol III, núm. 4.
- (1996). "El SIDA encarnado o los contornos del orden decente" en *Salud problema*, Nueva época, México, UAM-Xochimilco, núm. 1.
- MORIN, Edgar (1996). *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa editores.
- SONTAG, Susan (1989). *AIDS and its metaphores*, Nueva York, Farrar-Straus & Giroux.



N=negación / E=estructuración / D=deterioro de la propia imagen y de la autoestima / Ad=autodestrucción / V=vengatividad / P=pacto o negociación / A=aceptación

