

VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Aspectos de la dimensión subjetiva en VIH/SIDA.

Silvia Schupack.

Cita:

Silvia Schupack (2007). *Aspectos de la dimensión subjetiva en VIH/SIDA. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/80>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TITULO: ASPECTOS DE LA DIMENSIÓN SUBJETIVA EN VIH/SIDA

AUTOR:Lic. Silvia Schupack - T.E.: 4957 6799 - 15 5951 967

silviaschupack@yahoo.com.ar

Centro de Salud Mental N° 3 Dr. A Ameghino GCBA
UBACYT D022

I -INTRODUCCIÓN:

Nos enfrentamos a una pandemia en expansión, con alrededor de 40.000.000 de infectados y con pronósticos alarmantes para una gran parte de la población mundial. El número de personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina es de aproximadamente 120.000 personas, las cuales se estima que en general se infectaron siendo adolescentes o adultos jóvenes, debido a que el VIH/SIDA es una enfermedad que presenta un largo período asintomático y la edad de mayor diagnóstico es entre 25 y 34 años. (Boletín Sida en la Argentina) El VIH es una afección que se transmite a través de los fluidos de la vida (sangre –fluidos sexuales- leche materna) y que por ser su principal modo de transmisor las relaciones sexuales pone en juego la relación sexualidad y muerte, afectando los aspectos más íntimos de los sujetos.

II- LAS REPRESENTACIONES SOCIALES E INDIVIDUALES

Tanto en el plano individual como social un “no querer saber nada de eso” atraviesa la trama de las representaciones acerca del Sida

A pesar de que las infecciones no han disminuido, en el plano de las representaciones sociales, se habría instalado una especie de idea de que “ El sida ya fue “, ha contribuido a ello el avance de las terapéuticas y la cronicación de la enfermedad, con la consiguiente disminución de las muertes,

Incluida la de personajes famosos como en el inicio de la epidemia. Esta situación, ha generado una especie de invisibilidad del sida, un silencio solo interrumpido por algún descubrimiento o por los actos celebrados el Día Internacional del Sida parece cubrirlo. Esto habría tenido como efecto la idea de que el Sida “ya no sería tan grave”, con la consiguiente disminución de los cuidados y el aumento de las conductas de riesgo.

Sebastián Blanchard, Presidente de MAG (Movimiento de afirmación de Gays y Lesbianas) refiere que los jóvenes que acuden a su institución nacieron con el discurso de la prevención, pero no hablan del SIDA y menos de los tratamientos, rara vez hacen preguntas ligadas a la prevención, vienen a hablar de su malestar. No se aborda de entrada el tema del SIDA pero no parecen estar hartos de la prevención, más bien son inconscientes de las realidades del SIDA. Ven menos gente alrededor de ellos. Por otra parte agrega que no se escucha prácticamente hablar a seropositivos de los efectos secundarios del tratamiento.” Asistimos así a un aumento de las practicas de riesgo denominada relapse y el surgimiento de practicas aun más riesgosas como el barebacking, que consiste en la decisión de una sector de la comunidad gay de no usar preservativo, (Schupack et al.)

Si bien en los primeros años de la epidemia circulo el discurso acerca del “sexo seguro” (“safe-sex”) lo que aparece hoy es un discurso ya sea de la negación, de la desmentida, de la desestimación, del rechazo. En un reportaje un joven francés, comenta: “yo no sé por que a veces acepto el non -capote (sin preservativo) frecuente los back-rooms. Cuando estoy en ese mundo de culo vivo el momento presente. Me hago un test cada 6 meses sino no pienso en el Sida”. (Schupack et al.)

Ante el impacto de la enfermedad cada sujeto articulará la presencia del virus con su historia singular y con los recursos psíquicos que posee y le dará una significación propia.

Frente al conocimiento de la seropositividad el médico no tiene opciones, debe comunicar al paciente el resultado de sus análisis, ya que el diagnóstico de la infección tiene consecuencias directas sobre las prácticas sexuales, en la relación del sujeto con el otro y afecta su vida cotidiana. La articulación sexualidad -muerte pone al sujeto frente a lo mas intimo de su ser y modifica su relación con la temporalidad.

La sexualidad es siempre traumática e incluye un conjunto de creencias, temores, fantasías, deseos, rechazos, etc. Esta enfermedad presenta una diferencia con cualquier otra de pronóstico fatal ya que el período asintomático de la enfermedad se caracteriza por su imprevisibilidad La incertidumbre acerca del futuro afecta indefectiblemente a los portadores.

El poder estar infectado sin presentar sintomatología produciría dos tiempos en la evolución de la enfermedad. El primero correspondería al periodo anterior a la aparición de la sintomatología somática, una fase inaparente de la enfermedad que un paciente describiría como “estar enfermo sin estarlo y al mismo tiempo se puede transmitir”. El segundo, a la aparición de una sintomatología clínicamente observable, cualquiera sea esta, o bien, a la iniciación del tratamiento antiviral o en circunstancias en que un acontecimiento traumático, un rechazo amoroso, o una situación de discriminación laboral o social pone en juego su condición de seropositivo. (Kornblit et al).

III - LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH

El sida irrumpe en la vida de un sujeto como acontecimiento produciendo efectos durables, permanentes El acontecimiento produce huellas de afecto en lo que Freud llama el trauma. El acontecimiento fundador de la huella de afecto es aquel que mantiene en el cuerpo, en la psique un exceso de excitación que no se deja absorber. Si se habla de acontecimiento no se recrean situaciones pasadas sino mas bien se descubren nuevas modalidades subjetivas que posibilitan una nueva forma de hacer. Hay un desmantelamiento de los soportes necesarios para la perdurabilidad de la vida psíquica.

Mas allá de las particularidades con que cada uno es afectado por la seropositividad, las manifestaciones psicológicas principales van desde de la negación hasta la angustia, incluso hasta la depresión grave y el suicidio. Se han identificado cuatro fases: sentimiento de estupor frente al diagnóstica, negación, cuestionamiento (¿por qué a mí?) y enfrentamiento con la enfermedad(Kornblit)

Frente a la angustia se ponen en juego mecanismos de defensa que permitirán aliviarla y se desplegara una fantasmática particular, en tanto que para cada uno de nosotros funciona a modo de una frase o axioma, una idea a través de la cual leemos e interpretamos gran parte de las cosas que nos ocurren. O se elaborara una construcción mítica que permitirá explicar el origen de la

enfermedad.

La seropositividad, así como lo que esto implica, es un elemento del saber que va a repercutir en cada uno según sus propias coordenadas subjetivas, que constituiría una Verdad singular para ese sujeto, esta Verdad del sujeto afecta de manera distinta a cada uno de los interesados. La información dada por el médico toma sentidos diferentes para cada uno según sus disposiciones subjetivas.

Frente a la comunicación del diagnóstico en términos del saber médico, vemos surgir dos modalidades del saber: un Saber Subjetivo o Verdad del sujeto, es decir, la manera singular en que el sujeto aprehende su realidad, lo que retiene o rechaza de ella, como la articula con su historia personal para interpretarla y hacerla así manejable para sí mismo. Un saber que tiene que ver con la información recibida, pero que va a repercutir en cada uno según sus propias coordenadas subjetivas. Así, este término Verdad se opone al Saber en tanto Información, y va a tomar un sentido diferente para cada uno. La Información funcionara para unos como un límite y allí el conocimiento científico podrá intervenir explicando, aclarando, despejando mitos y creencias erróneas. Otros la negarán, la ignorarán o desestimarán. Es por estas transformaciones que hablamos de "subjetivación de la enfermedad", de la forma en que cada uno hace suyo lo que le ocurre en la vida y pone en juego sus modalidades de saber.

Para algunos, el mecanismo privilegiado será la "negación de la enfermedad". Aquí el saber en tanto información puede ser rechazado, negado, renegado, ignorado por el sujeto.

La negación implica un modo de dar cuenta, de hablar de algo reprimido pero sin el levantamiento de la represión, es señal de un proceso inconciente. La renegación se pone en funcionamiento frente a situaciones muy temidas, por un lado repudia esta realidad temida tratando de ignorarla y por otro refuerza esta ignorancia, negando que la misma tenga lugar (Ulloa.). Es la negación de una contradicción inconciliable, intenta reconstruir una teoría que explique esa contradicción, este mecanismo sin embargo no impide la producción de la angustia. Quizás por eso surgen los mitos individuales.

El mito apunta a la relación del hombre con los temas de la vida y de la muerte. Es una tentativa de articular la solución de un problema, de una contradicción. Se presenta como un relato, un discurso en desarrollo, algo que se dice, y muestra una cierta constancia (Lacan)

El paciente intenta integrar la transmisión del virus a su historia personal, fundamentalmente trata de dar un sentido al descubrimiento de su seropositividad. Para ello reconstruye su historia, algunos buscan encontrar el momento y la circunstancia la infección, se trata de subjetivizar esto que ha hecho irrupción desde afuera en la historia del sujeto, de simbolizarlo, un intento de implicarse o por el contrario de negar esta implicación. Me pregunto si se tratara para algunos de desresponsabilizarse de la infección en tanto sujeto frente a la omnipotencia del Otro. Para otros ¿un castigo?

Una paciente dice "Me infectaron en el hospital, yo no estaba enferma antes de los estudios, y es más ahora creo que tampoco estoy enferma, creo que los médicos se equivocan". Otra paciente afirma haberse infectado en la cárcel, por una intervención odontológica, le pregunto porque piensa esto dice que antes que a ella atendieron a una travesti enferma de Sida, le pregunto como sabe que esta persona tenía Sida y me responde que por la medicación que le daban. El esposo de otra paciente dice "Para mí es todo negativo, ella no tiene nada".

Otro paciente dice haberse infectado por su estilo de vida. "Estoy pagando la vida que hice," aquí el sida representaría el castigo.

A veces se instala la sospecha pero seguida del silencio. Una paciente se presenta luego de un fallido intento de suicidio mostrando su desolación. Durante 7 años "sospeché" estar infectada y eso la aterraba, pero no hizo ninguna consulta hasta que una enfermedad respiratoria la lleva a una internación. En relación al origen de su infección, ha tenido muy pocas relaciones sexuales, sostiene haberse infectado en ocasión de tener una relación con alguien que conocía muy poco, con poco convencimiento de lo que hacía, que la casa de esa persona estaba muy sucia y que al irse pensó: "Me contagie el sida". Es notable la relación con la suciedad, la idea de "suciedad" parecería estar asociada a la imagen de sordidez del encuentro,

Para Freud, allí donde aparece un error yace detrás una represión, o mejor dicho una insinceridad, una desfiguración de la verdad, basada en último término, en un material reprimido. (Freud)

Se presenta un hombre en una guardia acompañado por su mujer. Se expresa en tono casi inaudible. Dice saber que está infectado desde hace 2 años: "La única que lo sabe es mi mujer, tengo vergüenza de decírselo a mis hijos. Desde entonces no puedo trabajar, no puedo hacer nada". No puede decir si su mujer está infectada o no. Sorprende saber que su esposa no se había hecho aun el test. Concorre solo a un par de entrevistas

Un paciente relata que él y su esposa son seropositivos, no saben desde cuando y tiene dos hijos pequeños a quienes nunca hicieron testear.. ¿Se trata del deseo de no saber, ante la angustia y el dolor que provocaría el enterarse de la posible seropositividad de los hijos? La angustia tiene la particularidad de poder ser aliviada, en tanto lo que se conoce como dolor psíquico, es un dolor percibido como infernal, no tanto por la intensidad, que puede ser variable, sino por parecer sin salida.(Ulloa) La tendencia más frecuente ante el dolor es la huida.

Una paciente seropositiva a quien su padre la abandonó antes de nacer, se reencuentra con él ya adolescente. Éste muere de Sida pocos años después. Su madre murió de leucemia cuando ella era chica, La paciente atribuye estas muertes y su enfermedad a una posible "deficiencia inmunológica de su familia, algo en la sangre", dice que es "muy casual", estableciendo una relación que si bien sirve a los efectos de proporcionarle una particular genealogía, le da una familia que no tuvo, desconoce todo saber científico sobre las diferencias en el origen de ambas afecciones. La negación funcionaría como un mecanismo al servicio de su inclusión en la constelación parental.. También dice "los dos tenían la complicación de las defensas". Y agrega: "Tenía la sensación de estar indefensa, yo materialicé algo, una enfermedad que tiene tanto que ver con lo que yo sentía cuando era chica". (Schupack)

Un joven francés en una entrevista sostiene: "El sida es como el cáncer, te lo agarras o no te lo agarras". Si el SIDA es como el cáncer, que normalmente no se lo tiene pero se lo puede agarrar, lo ubica en relación al accidente ó al azar. Este mecanismo desmiente la particularidad del VIH, su carácter de infección transmisible, pero sirve a los efectos de combatir la angustia. Nos encontramos frente a un Saber-Información que es rápidamente desmentido por un hacer que lo contradice (Schupack et al.)

Así vemos como los sujetos desarrollan diferentes estrategia frente a la afección corporal. La apatía o el abandono de la lucha contra la enfermedad pueden llegar hasta las ideas de suicidio o incluso a la realización del mismo(Silvestre)

IV- CONCLUSIONES

Como sujetos de nuestra época infectados o no por el HIV estaremos afectados por los discursos circulantes sobre el SIDA y por nuestras propias representaciones acerca del mismo. La estigmatización que ha caracterizado esta enfermedad desde su origen hasta la actualidad, no ha disminuido a pesar de los nuevos modos de presentación, si en su origen fue la Peste Rosa, enfermedad de hombres que tiene sexo con hombres, luego asociada a los grupos de riesgo, encontramos que hoy la principal causa de infección son las relaciones heterosexuales, junto a casi la igual cantidad de infecciones en hombres y mujeres y la desgarradora relación con la pobreza. Para Hervé Guibert, escritor francés muerto por Sida: “ El Sida no es realmente una enfermedad. Pensar que lo es simplifica la cosa, el Sida es en realidad un estado de debilidad: de abandono que abre la jaula de la fiera que todos llevamos dentro, a la que estoy obligado ahora a dar plenos poderes para que me devore, a la que permito hacer sobre mi cuerpo vivo, lo que se disponía a hacer sobre mi cadáver para desintegrarlo.” (Guibert)

BIBLIOGRAFIA

BOLETÍN SOBRE VIH/SIDA . Ministerio de Salud y Medio ambiente.2005-CD Libro interactivo www.sasnac.org.ar

ENQUETE PRESS GAY 2000: <http://sida.tetu.com> - Archives 04 / 2002
FREUD, S.: “Psicopatología de la vida cotidiana”, Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, Volumen 1

GUIBERT, HÈRVE. “Al amigo que no me salvó la vida” Ed. Tusquets, 1991.

KORNBLIT, A. L.; JIMENEZ, L.; MENDEZ DIZ, A. M., PETRACCI, M. VUJOSEVICH, J. Y el Sida esta entre nosotros. Bs. As. Corregidor, 1997

LACAN, J. Le séminaire .Livre VI Le Transfert Édition du Seuil. Mars 1991.

LÓPEZ, L.,SUÁREZ.,L., SCHUPACK .S., WAINER.C.: HIV: Incidencia en lo Psíquico-
Publicación del Comité de Docencia e Investigación del C.S.M. No. 3 “Arturo Ameghino”.
G.C.B.A. 1997.

SCHUPACK, S, SUAREZ, L “ Vih/sida: practicas sexuales no protegidas.” “Temas de enfermedad por hiv/sida”

SCHUPACK, S.: Aspectos Psicológicos en VIH-Sida. Curso virtual de especialización en enfermedad por VIH/Sida , Facultad de Medicina. UBA

SILVESTRE, Danielle -Insomnios cotidianos. El Sida una ruptura para el sujeto Confluencias.
volumen II - Numero 1- 1989

ULLOA, Fernando. PSIDA. Un enfoque integral. Prologo. PAIDOS. Buenos Aires, Barcelona, Méjico. 1994

