

IMPLICANCIAS DEL VIH EN LA SUBJETIVIDAD Y EL LAZO SOCIAL

Clarisa Moya

Resumen

En la actualidad, el VIH/sida es considerado una epidemia mundial que, en el caso de Argentina, afecta a 122.000 personas. En el 2015 el país adhirió a las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destinadas a incrementar el porcentaje de pacientes con diagnóstico precoz, adherencia al tratamiento y niveles indetectables de carga viral. En esta línea, la participación del psicólogo en acciones de promoción y prevención de la problemática y en la asistencia interdisciplinaria de las personas con VIH posibilita la producción de un nuevo campo de investigación e intervención hasta el momento poco abordado desde el punto de vista del psicoanálisis.

El tema a investigar toma como punto de partida un interrogante: ¿cuáles son los aspectos que implica el VIH en la subjetividad y en el lazo social de las personas diagnosticadas?

En una primera etapa, se realizó un proceso de búsqueda bibliográfica de artículos redactados en los últimos diez años en relación con el tema de investigación, delimitándose así el marco teórico sobre el cual se sustenta este trabajo. El hallazgo de ciertos aportes clínicos y conceptuales orienta la lectura de la problemática en juego pero no la agota, fundamentalmente por dos cuestiones. Por un lado, el tema va tomando progresivamente mayor visibilidad, produciéndose acciones destinadas a intervenir sobre el imaginario social estigmatizante y a promover la inclusión y la equidad en los derechos. Por otro lado, a pesar de la ausencia de una cura o una vacuna efectiva para el VIH, gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento antirretroviral, y a partir de la nueva recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) -elevar los umbrales de linfocitos CD4 para el inicio del tratamiento temprano-, las personas con VIH pueden tener la misma calidad de vida que cualquier otra. La paulatina incorporación en lo social de lo que históricamente ha sido rechazado no altera, sin embargo, el incremento de demanda de tratamiento psicológico de las personas con VIH. Por lo tanto, resulta pertinente indagar, en la singularidad de cada consulta, los nuevos modos de padecimiento subjetivo que dicha circunstancia conlleva, el lazo al Otro, los temores, fantasías, concepciones, decisiones y respuestas particulares frente al testeo, el diagnóstico, el tratamiento, la cronicidad y la prevención de la infección.

Palabras clave: VIH/sida, psicoanálisis, subjetividad, lazo social.

Delimitación del tema

El problema del que me ocuparé en este trabajo, referido a los aspectos y efectos del VIH en la subjetividad y el lazo social de las personas diagnosticadas, surge a partir de un interés clínico en el marco de mi participación en un dispositivo de abordaje interdisciplinario de pacientes que viven con VIH, con sede en un hospital general de la provincia de Buenos Aires.

El equipo de trabajo estaba integrado por residentes de medicina general, trabajo social y psicología que forman parte del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias. Se apuntó a brindar un espacio de escucha y acompañamiento a personas que viven con VIH, usuarias de la Unidad de Infectología. Por medio de entrevistas interdisciplinarias se trató de posibilitar el despliegue de las dimensiones subjetivas, sociohistóricas y culturales, y no solo de los aspectos biológicos que atraviesan la singularidad del sujeto que vive con VIH. A su vez, se buscó fomentar el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud, específicamente en lo que atañe a la problemática del VIH, tanto en el segundo nivel de atención -donde se desarrolla el dispositivo-, como en el interior de la comunidad.

A partir del desarrollo de dicha actividad se han constatado casos en los que, por demanda espontánea o interconsulta, se realizó la derivación a Psicología para el inicio de un tratamiento psicológico. Los efectos que el VIH produce en la subjetividad y en el lazo social de los pacientes, así como también en las respuestas particulares frente al testeo, el diagnóstico y el tratamiento antirretroviral, permiten justificar la relevancia de un abordaje psicológico para estas personas.

Estado del arte

A medida que el trabajo asistencial comienza a desplegarse, realicé un proceso de búsqueda bibliográfica de artículos redactados en los últimos años en relación con el tema de investigación, delimitándose así el marco teórico sobre el cual se sustenta este trabajo.

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es un virus que afecta al sistema de defensas del organismo. La función de este es proteger al ser humano de las enfermedades. A diferencia de otros virus, el VIH tiene la particularidad de invadir las células de defensa del organismo (llamadas linfocitos CD4), destruyéndolas progresivamente. Tener VIH no es lo mismo que tener sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida); este último puede desencadenarse cuando las defensas están debilitadas y no pueden proteger al organismo en forma adecuada. A causa de esto pueden presentarse enfermedades "oportunistas", llamadas así porque aparecen "aprovechando" la caída de las defensas.

Actualmente, el VIH es considerado una enfermedad crónica, es decir, de larga duración y progresión lenta, cuya terapéutica inhibe o frena al máximo la reproducción del virus, permitiéndole al paciente una mejor calidad de vida y la reducción de la probabilidad de desarrollar sida. Esto solamente se logra si la persona cumple con la toma de la medicación conforme a la prescripción médica, es decir, si logra la adherencia al tratamiento.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se piensa que consentir en iniciar y sostener el tratamiento, tomar la medicación tal como lo prescribe el médico, implica una respuesta subjetiva, entre otras posibles, como puede ser la de negar la infección. Esa respuesta singular del sujeto permite localizar su posición frente al tratamiento, y, a partir de allí, crear una posible intervención que apunte a responsabilizar al sujeto en la adherencia terapéutica.

En esta línea, los psicólogos somos convocados por otros profesionales de la salud, especialmente los médicos, cuyo pedido es el de incidir en el comportamiento del paciente para acepte y concrete el tratamiento con la medicación prescrita. En este mensaje se cuela el ideal de la salud pública, estableciendo el tratamiento para todos, desde una lógica orientada por lo universal y dirigida al supuesto bien del otro.

Jacques Lacan, en "Psicoanálisis y medicina", al referirse a la demanda del paciente con respecto al médico, dice:

Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad ([1966] 1986:91).

De este modo, hay una dimensión que la medicina excluye, la de la estructura de falla que entre existe entre la demanda y el deseo, sobre la cual el practicante del psicoanálisis podrá trabajar. Orientado en la lógica del no-todo, se centra en el caso por caso y "agujerea" lo universal para dar lugar a lo singular. Nuestra tarea consiste entonces en devolverle la palabra al sujeto para que se escuche en su decir, reenviarlo a la responsabilidad en sus elecciones, aunque estas no necesariamente respondan a lo normativizado.

Carlos Gustavo Motta plantea que "Para el Psicoanálisis, no existen las leyes universales, que permitan decir con certeza qué le sucederá a un sujeto puesto en tal o cual coyuntura" (2005: 2). Mientras que Lierni Irizar Lazpiur afirma:

Discursos como el del psicoanálisis pueden ser de utilidad para comprender algunos de los modos de goce ante los que la biomedicina no sabe cómo responder. Puede ayudar a comprender que la sexualidad y la vida son complejas para el humano y que podemos realizar actos que van contra nuestro bien. Plantea también un modo de afrontar estos temas complejos a través de la escucha del sujeto, del modo en que habla de su enfermedad (2008: 38).

Considerando que los tiempos subjetivos son lógicos, y no cronológicos, debemos estar advertidos de que, tras el diagnóstico recién comunicado, el sujeto puede necesitar de un tiempo para asimilar todas las instrucciones que proporciona el médico en relación con el tratamiento y las conductas preventivas. En este sentido, Silvia Tendlarz sostiene:

A los poderes del aparato estatal les corresponde la puesta en marcha de las medidas de prevención e investigación y de los dispositivos de atención. Al psicoanalista le resta acoger el sufrimiento de aquél que lo convoca, y ofertar su presencia y escucha para que sobre aquello de lo que nada puede decirse algo sea dicho, de modo de permitir que para un sujeto, con la enfermedad que le toca enfrentar, esa vida singular sea también vivible de acuerdo a su deseo (1997: 85).

Al respecto, la mayoría de los autores plantean que el VIH confronta al sujeto con la muerte y la sexualidad, dos cuestiones para las cuales, por estructura, no contamos con una representación. Lacan (1972) considera que la reproducción, en tanto sexuada, se halla asociada tanto a la vida como a la muerte, y que no existe un significante que permita nombrar tales dimensiones. Es alrededor de este vacío que cada sujeto, en un tratamiento analítico, podrá comenzar a construir una ficción que permita otorgar un sentido a lo que en principio aparece como algo innombrable.

Lo que subyace en la literatura vigente es, entonces, la idea de que el diagnóstico del VIH puede ser una coyuntura potencialmente traumática, al tocar algo de lo real. Algunos años atrás, el Departamento de Investigación en Psicoanálisis y Sida hallaba que los estudios “se inclinan en nuestra insistencia en hacer de consistir al sida como resultado de un virus para orientarnos, preferentemente, al acontecimiento traumático orientado éste por la presencia de lo real en las personas afectadas” (Motta, 2005: 1).

El horizonte ha sido entonces suponer que el VIH confronta al sujeto con la finitud de la vida, premisa a la que más adelante nos referiremos poniéndola en suspenso, teniendo en cuenta la situación actual de la temática en lo que respecta al avance de la inclusión social de las personas que conviven con el virus y el acceso a un tratamiento oportuno y temprano que pone en jaque la asociación directa del VIH con la muerte.

Mario Burgos plantea que frente al anuncio de la seropositividad

Es posible que se potencien todas las “asignaturas pendientes” de la persona, confrontada a un quiebre en su imaginario proyecto de vida. En un plano más profundo, zonas de su cuerpo en las que se realizaba el placer tienden a significarse como zonas de exposición y destrucción (1998: 85).

Tendlarz por su parte, dice que tras el diagnóstico de la infección puede presentarse súbitamente una caída libidinal que afecta a la sexualidad de diversos modos (por ejemplo,

con fenómenos como la impotencia, la inhibición, el rechazo, la abstinencia, etc.). Se produce entonces una conmoción subjetiva que impacta también en el lazo social y amoroso. Un real se impone en la vida del sujeto, introduciendo escansiones, entre las cuales señala “la presencia inevitable de estudios y tratamientos médicos, el deambular por los hospitales, la secuencia de medicamentos, el impacto sobre los otros, y fundamentalmente la manera en que logra subjetivarlo” (997: párr. 65).

En líneas generales, la bibliografía coincide en afirmar que:

El Vih-Sida ha resultado para la sociedad y para quienes lo padecen, un significativo cargado de sentidos morales (...) Desde esta perspectiva algunos estudios han puesto de manifiesto que en contextos de fuerte discriminación, los procesos de aislamiento y autoaislamiento, pueden afectar distintas dimensiones de la vida social e implicar una exclusión de relaciones sociales y sexuales. La familia y la comunidad, el trabajo, la relación con los sistemas de atención, entre otros, constituyen dimensiones o contextos de base de los procesos de estigmatización y discriminación social (Grimberg, 2001: 46-7).

Una hipótesis de lectura

El hallazgo de ciertos aportes clínicos y conceptuales orienta la lectura de la problemática en juego pero no la agota, fundamentalmente por dos cuestiones.

Por un lado, el tema va tomando progresivamente mayor visibilidad, produciéndose acciones destinadas a intervenir sobre el imaginario social estigmatizante y a promover la inclusión y la equidad en los derechos. Las personas con VIH gozan de amplia cobertura en sus derechos a partir de los tratados internacionales de derechos humanos, la ley de derechos del paciente, la ley de sida y el Decreto Reglamentario n° 1244/91 y las Leyes 24455 y 24754, que obligan a las obras sociales y prepagas, respectivamente, a ofrecer la cobertura de tratamiento.

Por otro lado, a pesar de la ausencia de una cura o una vacuna efectiva para el VIH, gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento antirretroviral, y a partir de la nueva recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) -elevar los umbrales de linfocitos CD4 para el inicio del tratamiento temprano-, las personas con VIH pueden tener la misma calidad de vida que cualquier otra.

Proponemos como hipótesis que en la actualidad el VIH ya no confronta al sujeto con la dimensión de la muerte como finitud de la vida, sino que incide sobre la subjetividad y el lazo social mortificando más bien al deseo y al goce. Para argumentar ello comentaremos una viñeta de nuestra práctica clínica.

Gisela (28 años) consulta a partir de la sugerencia de su médico infectólogo, quien la encuentra preocupada por su imposibilidad para entrar en contacto con los hombres y mantener un encuentro sexual, dado su temor a contagiar el VIH.

En la primera entrevista plantea que, además, tiene un vínculo difícil con sus padres, pero agrega que "eso pasa... en cambio el VIH me mata a mí". Sin comprender apresuradamente su enunciado, le preguntamos a qué se refiere. Al respecto, ubica que desde que conoce su diagnóstico, hace tres años, ha realizado el tratamiento antirretroviral tal como le fuera prescrito por el médico, encontrándose actualmente con carga viral indetectable, situación que la aleja de la posibilidad de pensar en la muerte. A pesar de esta carga viral indetectable, de utilizar preservativo y de contar con información médica sobre la infección, a Gisela se le impone de manera compulsiva el temor a contagiar al otro. Se añade además su miedo a ser rechazada cuando este otro sepa de su enfermedad. Es, por lo tanto, su dificultad en el lazo sexual y amoroso lo que la problematiza. A partir de sus palabras, es posible localizar que el VIH la mata a ella como sujeto del deseo. Gisela está "indetectable" para el Otro.

Si bien siempre fue tímida, su belleza la ayudaba: los hombres se le acercaban y ella accedía. Pero desde que se anotició del diagnóstico, retrocede ante cada propuesta, encontrándose absolutamente tomada por la inhibición.

Su imagen, su semblante femenino, tenía la función de velar lo real del cuerpo, pero con el diagnóstico lo real cobra tal dimensión que empieza a fallar su solución. El primer efecto fue la emergencia de ataques de pánico en el contexto de reuniones sociales, lo que la llevó a aislarse y recluirse en su hogar por temor a que sobrevinieran los síntomas. Según refiere la paciente, esto tuvo incidencia en la posibilidad de encontrarse con un hombre.

La dirección de la cura se orientó a hacer de esa inhibición un síntoma. La problemática de la sexualidad, respecto a la cual no existe una respuesta universal, se pone a jugar en el espacio analítico. Para Gisela, es una condición que el otro sepa que ella tiene el virus. Es así como encontró un modo de conocer gente a través de una red social donde, entre otras características, decidió especificar que tiene VIH. "Si un chico se interesa en mí, ya lo sabe y me acepta así". La paciente logra con lo real del cuerpo hacerse un nombre, inventando una nueva solución, esta vez simbólica, que le permite enlazarse al Otro en tanto cuerpo sexuado.

Referencias bibliográficas

- Burgos, M. (10 de octubre de 1998). "Funciones del psicólogo en el tratamiento de personas con VIH. El sida trae la pregunta más difícil". *Página 12*, sección "Psicología". Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-10/98-10-14/psico01.htm>
- Grimberg, M. (2001). "VIH-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH". Ponencia presentada al VI Congreso de Ciencias Sociales y Salud, Lima. Recuperado de <http://amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/07/n82a394.pdf>
- Irizar Lazpiur, L. (2009m julio, 7). "La cuestión de la subjetividad y la enfermedad. Un ejemplo: el VIH/sida" [posteo de blog, resumen de la tesis doctoral *La cuestión de la subjetividad y la enfermedad. Un ejemplo: el VIH/sida* defendida en el Departamento de Filosofía de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad del País Vasco en febrero de 2009]. Recuperado de <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com.ar/2009/07/la-cuestion-de-la-subjetividad-y-la.html>
- Motta, C. G. (2005). "La huella de los actuales miedos sexuales: encuentros y desencuentros con un resultado terapéutico en pacientes que conviven con el virus de HIV y seronegativos" [trabajo presentado en el XIV Encuentro Internacional del Campo Freudiano. Segundo Encuentro Americano "Los resultados terapéuticos del psicoanálisis. Nuevas formas de la transferencia", Buenos Aires].
- Lacan J. ([1972] 2006). *El Seminario. Libro 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. ([1966] 1986). "Psicoanálisis y Medicina". En: *Intervenciones y Textos I*. Buenos Aires: Manantial.
- ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2015) 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- Tendlarz, S. (1997). "El SIDA está entre nosotros. SIDA y psicoanálisis". *Cuadernos de Investigación de Sida y Psicoanálisis*, 1. Recuperado de <http://www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Otras-tematicas/El-SIDA-esta-entre-nosotros-SIDA-y-psicoanalisis.html>