

SIDA: IMPLICANCIAS CRIMINOLÓGICAS UNA APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA*

Juan Carlos Neme^{**}

La aparición del SIDA y de los pacientes HIV+ ha creado una verdadera conmoción por las implicancias que esta afección acarrea en campos esenciales en la vida del hombre: la sexualidad y la muerte.

En el psicoanálisis ha generado problemas sumamente complejos en la relación paciente-analista, en la que este último se ve confrontado permanentemente con situaciones en las que no es suficiente la escucha atenta con su atención flotante y la libre asociación, ya que somos testigos, cómplices mudos, de acontecimientos y comportamientos que implican situaciones de riesgo para el propio paciente y para los demás.

Estas situaciones de riesgo en algunas oportunidades implicarían sanciones penales desde el punto de vista legal, pudiendo conllevar en sí misma una connotación criminológica.

Los problemas éticos se vuelven acuciantes en cuanto a la confiabilidad, a la culpabilidad, a la notificación, denuncia a terceros, etc.

El objetivo de este trabajo será, más que dar respuestas, reflexionar juntos acerca de los múltiples problemas que estas situaciones clínicas nos plantean. Propondré líneas de comprensión y una aproximación psicodinámica para alguno de los múltiples comportamientos que puedan generar hechos delictivos y plausibles de sanciones penales. Teniendo en cuenta la diversidad de factores desde el punto de vista biomédico psicológico, sociofamiliar, asistencial, médico-legal y otros, es necesario enfatizar la necesidad de que este tipo de problemas sea encarado por un equipo interdisciplinario que realmente pueda hacerse cargo de la realidad de la dimensión de los fenómenos que acompañan tanto al portador del HIV+ como al enfermo de SIDA.

Consideraré en primer término cuáles son las distintas etapas que el sujeto recorre desde la sospecha de ser portador hasta la muerte.

* Presentado en las Segundas Jornadas Uruguayas de Criminología (Noviembre de 1991).

** Tomás Diago 713, 11300 Montevideo.

Siguiendo a Nichols, distinguimos cuatro etapas:

1. de diagnóstico, crisis emocional;
2. estabilización, ajuste y readaptación;
3. deterioro, pérdida de esperanza, la muerte y el morir;
4. estado terminal, la necesidad de contacto y apoyo familiar.

Debemos tener en cuenta algunos factores previos que si bien no configuran un perfil de estructura de la personalidad común para estos pacientes, sí constituyen rasgos de funcionamiento psíquico que pueden incidir como factores de riesgo. El narcisismo, la omnipotencia y los mecanismos de negación de la realidad, los llevan a creerse invulnerables, acentuando así las posibilidades de contaminación. Se evidencian además actitudes masoquistas y de autodestrucción generadas por intensos sentimientos de culpa quizás vinculados a una vida sexual no totalmente aceptada (de cinco homosexuales, uno lo acepta públicamente), o en la necesidad de una vida promiscua heterosexual.

Otro aspecto lo constituyen los vínculos de tipo narcisista, donde el contacto corporal tiene gran importancia y constituye uno de los elementos fundamentales de la comunicación.

En estos sujetos el enfermar conlleva una herida narcisista y fracaso en su forma de vínculo que se vuelve dañina y peligrosa, que son los ingredientes en que la persona tiene que zozobrar. Cuanto más necesitado se encuentra de apoyo y sostén, sus formas habituales de relación con el otro se ven bloqueadas dificultando así la elaboración de situaciones de duelo que la pérdida de la salud implica.

Contrariamente a los beneficios de otras enfermedades, sobre todo las más graves, en que los mecanismos de regresión se ponen más de manifiesto, acarreado un incremento de los cuidados y la necesidad de ternura que conllevan, los pacientes HIV+ crean verdaderas situaciones fóbigenas en que tanto los técnicos como las otras personas tienen temor de tomar contacto con ellos, volviendo a manifestar problemas similares los que existían con los leprosos. Estos debían deambular con una campanilla al cuello que con sus sonidos posibilitaban a los demás alejarse de ellos. Esto lleva a una mayor desolación y aislamiento favoreciendo los cuadros depresivos que en algunas oportunidades llevan al suicidio.

El diagnóstico constituye un acontecimiento emocional desgarrador. Las reacciones típicas que surgen son el shock, la incredulidad, la negación, bloqueo afectivo. En contraste otros pacientes pueden manifestar ansiedad o pánico.

Como pacientes que se enfrentan a una enfermedad potencialmente fatal, la negación puede ser un mecanismo de defensa útil y necesario.

Una de las reacciones que por lo general surge a partir del diagnóstico de la enfermedad plantea algunas situaciones que es de importancia destacar. En muchas ocasiones el diagnóstico HIV+ se efectúa en una persona asintomática. En ese sentido las circunstancias son similares a aquellas afecciones que son detectadas por chequeos médicos periódicos en una población sana. Esto hace que el pasaje de sano a enfermo se efectúe sin mediar una sintomatología que inicie esa condición. Otras situaciones tienen que ver con connotaciones más específicas que la enfermedad acarrea donde los factores psicosociales tienen un rol protagonista.

La enfermedad se manifiesta en personas jóvenes y con una vida sexual activa, en una edad que no se espera sufrir una enfermedad potencialmente mortal. Amenaza la vida, está vinculada a una sexualidad culpógena, con la posibilidad de infectar a otros, creando una verdadera patología del contacto. Se hacen vulnerables a las infecciones sintiéndose desprotegidos, por lo tanto, frente a cualquier enfermedad y no tienen un tratamiento efectivo. Las poblaciones en riesgo quedan descritas como la de drogadictos, varones homosexuales, hemofílicos y en la actualidad se incluyen en las mismas, tanto los varones como las mujeres heterosexuales. La mayor libertad sexual de la mujer en la actualidad que posibilita un mayor número de relaciones sexuales con distintas personas, las coloca a su vez en mayores condiciones de riesgo.

Estas son algunas de las numerosas características que esta enfermedad presenta.

En relación con el tratamiento psicoanalítico estos pacientes no demandan por conflicto intrapsíquico como estamos habituados en nuestra práctica, sino que lo hacen motivados por la presencia de la infección HIV+ o de la enfermedad SIDA. Están de acuerdo en esto los diversos autores (Hildebrant y otros) en que se crea un campo dinámico especial en que los fenómenos de transferencia-contratransferencia y sobre todo la contratransferencia adquieren un nuevo status.

La consulta se efectúa algunas veces por la amenaza concreta del deterioro físico unido a la desfiguración, debilitamiento, infección y muerte; en pacientes en que la apariencia física ha jugado muchas veces un rol primordial, tanto en su vida privada como en su vida profesional.

Otra de las expectativas de la consulta tiene que ver con la esperanza omnipotente de curación, depositada en él analista.

Otro de los motivos tiene que ver con las angustias de contacto y de que no sea protegido, aunque culpándose de poder infectar a otros con el contacto.

En otras oportunidades pueden consultar por temores muchas veces justificados del rechazo por parte de la sociedad, la pérdida de sus compañeros de trabajo, el abandono del cual pueden ser objeto por parte de sus amantes y amigos íntimos.

El abandono social no sólo supone un aislamiento con respecto a la sociedad y a los compañeros de trabajo, sino también en relación con las relaciones sexuales íntimas y las amistades más próximas.

En muchas situaciones, los pacientes desean interrumpir la actividad sexual interpersonal. Esto es extremadamente difícil ya que el sexo ha sido una de las principales formas de contacto y comunicación.

Hay que intentar comprender lo que significa realmente la sexualidad para el individuo y el impacto que la pérdida de efectividad determina en su vida.

Los sentimientos de culpa acerca de la consulta sexual pasada que pueden haber sido la causa del contagio de la enfermedad, constituye otro de los problemas con que se ven enfrentados estos pacientes.

Se han verificado distintas formas de comportamiento como respuesta a estos sentimientos de culpa:

1. Uno es la abstinencia.
2. Rechazo de los hechos, que implica continuar con un elevado nivel de actividad sexual.
3. La abstinencia de la relación con amigos íntimos a la vez que se inician múltiples contactos sexuales anónimos.
4. Aumento del uso de drogas o alcohol.
5. Desarrollo de pequeños grupos de contacto sexual.

En estas distintas formas de comportamiento es donde se intrincan los problemas éticos y legales, pero antes de entrar en ellos queremos señalar que se ponen en juego distintos mecanismos por los cuales por un lado existe una identificación con el agresor que es aquel sujeto que ha contagiado la infección y que entonces por medio de esta identificación activamente a través de relaciones sexuales promiscuas y anónimas va a constituirse él en el agente de contagio.

Por otro lado, en estos pacientes en que el contacto físico constituye una fundamental forma de comunicación y en el momento en que están sintiéndose tan angustiados por toda la situación que padecen, la necesidad de contacto se incrementa. Por lo tanto también es otra vía por la cual hay incremento de las relaciones sexuales.

Incapaces de efectuar una adecuada mentalización de sus conflictos, los manifiestan en las actuaciones en el mundo exterior con lo cual la neutralidad del

analista se ve cuestionada desde distintas áreas, creando situaciones contratransferenciales abrumadoras, porque ponen en cuestionamiento la confidencialidad y sus límites.

La importancia de ésta deriva de dos fuentes distintas. Por razones morales, el respeto a la dignidad y la autonomía del paciente exige que sea inviolable la información que proporcionen suponiendo que estará protegido de otras personas. Desde el punto de vista pragmático, la confidencialidad es esencial para que el paciente pueda ser sincero. Sin asegurarle confidencialidad, el paciente podrá sentirse inhibido para revelar información importante en los distintos aspectos. Sin confidencialidad puede acabarse la misma posibilidad de establecer una relación terapéutica.

Muchos tribunales de los EE.UU. han reconocido el imperativo moral de proteger a terceros en peligro inmediato. La Corte Suprema de Justicia de California determinó que si un psicoterapeuta cree a su leal saber y entender que un paciente representa una amenaza física directa para un tercero, debe alertar de eso a la persona en peligro. Otros han establecido no el deber de advertir sino sólo la autoridad para hacerlo. Con esa norma la determinación de advertir sigue siendo un asunto de discreción profesional. En casi todos los casos han limitado su interés protector a terceros identificables expuestos a un peligro real probable, quienes han considerado las dimensiones bioéticas y no sólo legales del conflicto entre la exigencia de confidencialidad y el deber de advertir, han determinado que existen circunstancias en las que se puede violar la confidencialidad en la relación médico-enfermo.

Se plantea la problemática situación de cómo actuar cuando un paciente infectado por un HIV+ se niega a advertir el peligro de infección a las parejas identificables que ha tenido o tiene y que no sospechan esa posibilidad. La Asociación Médica Americana publicó varias declaraciones sobre los aspectos éticos planteados por la epidemia de SIDA. En ese documento se pronunció claramente respecto al asunto de la notificación. Los médicos deben tratar de convencer a los pacientes de su obligación de notificar a las personas que no sospechan nada. En caso de que fallaran en su intento, deberían buscar la intervención de las autoridades de Salud Pública. Se aprobó también la idea de que los médicos deberían tener el derecho de violar la confidencialidad para advertir a las personas que no sospechan nada. En consideración con el compromiso con la autonomía profesional hizo que la Comisión determinara que la decisión de violar la confidencialidad era competencia del médico no imponible por ley.

El sujeto infectado se convierte en un arma poderosa y potencialmente criminal. Las leyes penales se centran en una conducta que se ha reproducido. El Derecho Penal

le impone sanciones a los culpables de actos peligrosos. Las sanciones penales suelen ser limitadas y proporcionales al caudal del delito y se plantean las dificultades de aplicar los principios generales del Derecho Penal a una enfermedad infecciosa.

En varios Estados se han promulgado leyes específicamente relacionadas con el SIDA. Estas leyes son de distinto alcance, pero todos consideran delictivo que una persona a sabiendas se comporte de manera que represente un riesgo de transmisión HIV.

Una aproximación a este tema nos obliga a ubicarnos dentro del contexto en el cual últimamente se han efectuado determinados movimientos que reivindican los derechos del paciente y que plantean fundamentalmente el interrogante mayor que suscita en qué forma podemos conciliar los intereses de la protección de la salud pública con los derechos individuales de las personas vulnerables.

Bibliografía

1. BAYER, R; GOSTIN, L. *Aspectos legales y éticos relativos al SIDA*. Págs. 473-488, Boletín O.P.S., 1991.
2. GRACIA, Diego. *Introducción a las bioética médica*, Págs. 374-378, Boletín O.P.S., 1990.
3. HILDEBRAN, P. *Panel sobre SIDA: perspectivas psicoanalíticas en pacientes HIV+*. 37° Congreso Internacional de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1991. En prensa.
4. LLANO ESCOBAR, A. *El morir humano ha cambiado*. Págs. 465-477, Boletín O.P.S., 1990.
5. NEME, J.C. *Panel sobre SIDA: perspectivas psicoanalíticas en pacientes HIV+*. 37° Congreso Internacional de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1991. En prensa.
6. NICHOLS, S.E. *Psychodynamic aspects of AIDS*. Psychosomatics. L. 4, págs. 1083-1098, 1983.
7. NICHOLS, S.E. *Psychotherapy and AIDS. Contemporary perspectives on psychotherapy with lesbians and gay men*. Stain and Cohen Ed., New York, Pleum Publishing.