

# VIDA *feliz*

**Familia:**

Vacune a sus hijos contra el SIDA

**SIDA,**

¿quién es la víctima?

**SIDA,**

¿fobia social o enfermedad?

**SIDA:**

Una amenaza para todos





# Vacune a sus hijos contra el SIDA

*Mónica Casarramona*

**La vacuna contra el SIDA existía antes que apareciera la enfermedad, aunque lamentablemente algunos recién acaban de descubrirla.**

**M**uchos han sido los intentos de encontrar un antídoto, vacuna o droga que contrarreste el temible virus del SIDA. Primero fue la enzima *reverso-transcriptase*, aislada del retrovirus del SIDA HTLV-3 (VIH, en español). Luego fue la *azidothimidine* (AZT), comercializada con el nombre de Retrovir. Esta droga, si bien no ofrecía curación al sidótico, le prolongaba la vida, reduciendo los síntomas y deteniendo la enfermedad.

En noviembre de 1986, el médico francés Daniel Zagury se administró una vacuna experimental, llamada *glucoproteína (GP-160)*, que provoca anticuerpos del SIDA. Poco tiempo después, la GP-160 se inyectó en chimpancés (único animal que puede contraer SIDA) para observar sus efectos.

En 1988 otro médico francés, Thadee Staron, obtuvo una vacuna (*serum neutralizante del VIH*) que aplicada en tres dosis era efectiva en retrovirus animales y humanos.

Ultimamente, el *sulfato de dextrán*, usado en Oriente desde hace 25 años para reducir grasas y colesterol en sangre, está siendo usado en Japón para impedir el avance del SIDA.

Sin embargo, todos los intentos científicos hasta ahora han sido inútiles. También parecen haber fracasado los múltiples esfuerzos para prevenir este mal, como el uso de profilácticos y jeringas descartables, evitar la promiscuidad, etc. El SIDA avanza aceleradamente. Desde 1978 —fecha del primer caso registrado— hasta hoy, más de cien países han informado tener sidóticos declarados, que en total llegan a unos 100.000.<sup>1</sup> “Por otra parte, la OMS estima que en la actualidad hay de cinco a diez millones de personas infectadas por el virus del SIDA. . . y la mayoría no lo sabe”.<sup>2</sup>

La tan buscada vacuna contra el SIDA está en la FAMILIA. Sabemos que cuando una enfermedad se ha declarado, de poco sirve la vacuna. Pero es realmente útil para **prevenir** la enfermedad. Lo mismo sucede con esta *vacuna* contra el SIDA: su utilidad está relacionada con la prevención.

### Etiología del SIDA

La etiopatogenia del SIDA es conocida; ha sido muy difundida en los últimos cinco años. Prácticamente no hay persona informada que la ignore.

Pero aquí no nos referiremos a las causas biológicas sino a las **psicosociales**. El SIDA tiene una triple causa socioambiental: la *homo-*

*sexualidad*, la *drogadicción* y la *promiscuidad*. Son los llamados factores de alto riesgo. No es casualidad, entonces, que esta triple causa —y su prevención— estén en la propia familia del sidótico. ¿Cómo? Veamos.

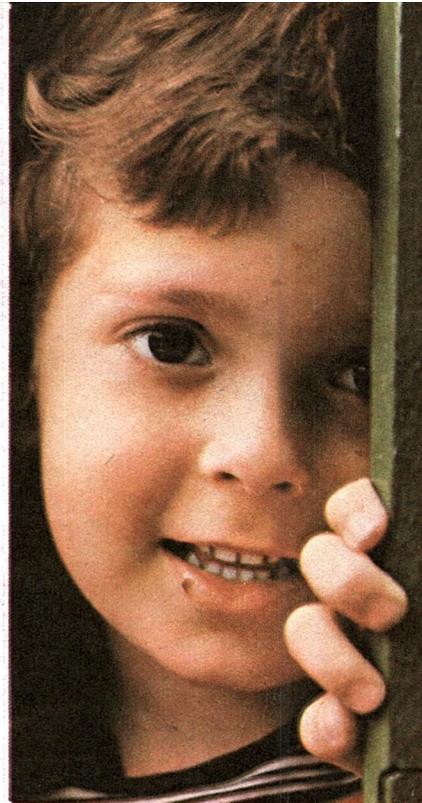
### 1. Homosexualidad

Es sabido que una de las vías de contagio del SIDA es el contacto homosexual. ¿Cómo llega una persona, especialmente un hombre, a la homosexualidad?

Hay dos planteos: el genético y el psicosocial o ambientalista. El primero, defendido por Kallmann y basado en el estudio de gemelos monocigóticos, afirma que la tendencia a la homosexualidad se hereda. El segundo, con mayor apoyatura, asevera que “no se nace homosexual, sino que *se hace* homosexual. Esta desviación de la sexualidad es fruto del medio donde el niño vive”,<sup>3</sup> depende de la experiencia y se la adquiere.<sup>4</sup> Ese medio ambiente no es la sociedad en general sino específicamente su familia. Si bien la homosexualidad se detecta recién en la preadolescencia, sus causas deben ser buscadas en la educación recibida en la niñez.

L. Bender, tras estudiar niños de 4 a 12 años con dificultades identificatorias, señala que las alteraciones del desarrollo psicosexual van unidas a importantes problemas en las primeras relaciones padre-hijo.<sup>5</sup> Estas situaciones son:

a. *Madre sobreprotectora y/o dominante*. En muchos homosexuales se observa una gran dependencia de la madre, así como regresión e infantilismo en todos los aspectos de su vida psíquica. “En efecto, una relación excesivamente íntima y anormalmente fuerte entre la madre y el hijo puede constituir un factor casi determinante de la homosexualidad masculina”.<sup>6</sup> Dicha relación se caracteriza por una excesiva manifestación física de afecto. La madre dominante controla rígidamente el desarrollo psicológico del niño, y le impide integrarse a diferentes grupos de amigos. Esta “supermadre” a veces va más allá todavía: realiza las actividades



**L**a vacuna contra el SIDA —como toda vacuna— no cura, pero previene la enfermedad. Vacune a sus hijos antes de nacer y asegúreles la inmunidad contra este terrible mal.

que el niño debiera asumir de acuerdo con su edad cronológica (lo viste, peina y baña), lo lleva a dormir a la “cama grande”, etc. Además, teme inconscientemente que se la “abandone”, tiene terror a “quedarse sola”, tal vez porque las relaciones con su propia madre no fueron satisfactorias o porque el matrimonio no le da la seguridad que necesita.



**C**uando el marco familiar es absorbente y cerrado como una campana de cristal, el niño no se cría con la posibilidad de ejercer su libertad en la forma más sana, y corre el riesgo de adquirir conductas anormales.

La madre dominante, además de tener un carácter fuerte, utiliza la angustia o la enfermedad como motivo de chantaje emocional. Modela las actitudes masculinas o femeninas del hijo; y muchas veces suplente la personalidad de éste por la suya propia.

*b. Padre débil, ausente u hostil.* "A veces el niño quedará en simbiosis con su madre, porque el padre se comporta pasivamente o está ausente, o bien, por el contrario, actúa como un tirano".<sup>7</sup> La constelación familiar de tales niños suele estar perturbada: el padre es débil, sumiso, poco eficaz, poco enérgico, apático, abúlico, ridiculizado por su mujer, nulo. O bien puede mostrarse abusivo, hostil, rechazador o indiferente, de manera que no existe una intimidad emocional y afectiva entre él y su hijo; por todo ello, el niño se inclinará más por refu-

giarse en la placidez afectiva de su madre.

*c. Falta de afecto (vacío, abandono) o disciplina autoritaria.* El ansia de afecto, de compañía, son algunas de las necesidades psicológicas que acosan a las víctimas de la homosexualidad, precisamente porque en su ambiente familiar esos aspectos psíquicos no fueron satisfechos. Estas víctimas creen recibir del compañero adulto o mayor del mismo sexo toda la atención y dedicación que sus padres no les proporcionaron. Greco y Wright, tras numerosos estudios, concluyeron que cuando la seguridad del niño (o adolescente) está amenazada por falta de interés o afecto de los padres, o por ausencia de amistades o de reconocimiento social, deben adoptarse precauciones extraordinarias para prevenir la vinculación emocional entre el menor y algún

individuo mayor que pueda explotarlo sexualmente.

Asimismo, una educación autoritaria basada en el control, la vigilancia y la desconfianza puede facilitar la aparición de tendencias homosexuales en el adolescente. También las madres neuróticas, viriles, que rechazan de plano las relaciones sexuales, como consecuencia de su propia insatisfacción, posibilitan un "caldo de cultivo" adecuado para que el adolescente dude y le tema a su relación con el otro sexo; en tales circunstancias, podría encontrar consuelo, comprensión, afecto y protección en jóvenes de su mismo sexo.

*d. Mala relación parental.* Otra de las causas definidas de la homosexualidad es la "mala estructuración de la pareja parental que entorpece la identificación con el modelo del mismo sexo".<sup>8</sup>

Estudios realizados por E. Pearson comprueban que el niño puede tener durante la infancia, como consecuencia de las peleas y riñas matrimoniales, grandes decepciones respecto de su madre; por ello puede tender posteriormente a buscar la compañía de una persona del mismo sexo, pensando que su convivencia con ésta será mejor.

Cuando uno de los padres es castigador, el hijo o la hija, al identificarse con el padre golpeado (que a veces es del mismo sexo), llegará, por extensión, a odiar a las personas del sexo opuesto y a establecer relaciones con las del propio sexo.

*e. Falta de identificación con el padre del mismo sexo.* El homosexual está en continua búsqueda de su propia imagen sexual. Cuando no encuentra en el padre del mismo sexo un modelo con el cual identificarse, se acercará a las personas de su sexo para lograr tal identidad.

A veces, la influencia parental es manifiesta: si un padre desarrolla una aversión hacia las mujeres y la trasmite a su hijo, le creará conflictos en relación con el otro sexo. Y la madre puede hacer lo propio. Este tipo de influencia, como es natural, puede modificar hacia la pa-

tología el impulso sexual del niño y empujarlo hacia una futura homosexualidad.

Elizabeth Moberly, psicóloga e investigadora de la Universidad de Cambridge, considera que el impulso homosexual es esencialmente motivado por la necesidad inconsistente de reparar el déficit primitivo de la relación padre-hijo o madre-hija. La necesidad persistente de amor ofrecida por una persona del mismo sexo proviene de la necesidad de amor insatisfecha por parte del padre del mismo sexo.<sup>9</sup>

f. *Educación moral.* "El ambiente familiar, sus prácticas educativas, religiosas, morales, etc., son muy importantes a la hora de explicar la homosexualidad. Así, por ejemplo, el chico que es criado en un ambiente familiar donde los aspectos religiosos son fundamentales, difícilmente llegará a la conducta homosexual; aunque también es necesario subrayar que cuando las prácticas educativas, del orden que sean, se vuelven obsesivas y neuróticas, la salida homosexual puede convertirse en un desahogo y, además, en una forma de agresividad del adolescente contra su propia familia".<sup>10</sup>

## 2. Drogadicción

El 20% de los sidóticos han contraído el mal por contagio sanguíneo a causa del uso común de jeringas de dosificación endovenosa, el 75% por ser homosexuales, el 1,5% por transfusiones, el 1% por compañeros heterosexuales, y el 2,5% por ser hemofílicos y por causas no identificadas.<sup>11</sup>

Si bien es cierto que la drogadicción tiene en sí una compleja etiología socioambiental y múltiples factores desencadenantes, la familia es una de las causas fundamentales. ¿Cómo? Mediante determinadas conductas:

a. *Automedicación.* Actualmente la automedicación es muy común. Los padres administran (para sí o para sus hijos) medicamentos con toda naturalidad, porque "a fulano le hizo bien". "El niño debe aprender desde muy pequeño que la decisión de utilizar medicamentos

depende del médico".<sup>12</sup> Y el problema se agudiza aún más cuando esos medicamentos son psicofármacos.

b. *Falta de afecto y comunicación.* La drogadicción no tiene que ver con la *existencia* de las drogas sino con la *necesidad* de ellas.

Cuando no hay comunicación entre padres e hijo, cuando se deja que esos temas "tabú" los trate la escuela, cuando se delegan responsabilidades y consecuencias en los maestros, cuando no se fomenta la independencia de los hijos y su capacidad para tomar decisiones, cuando el hijo no siente el afecto de los padres, entonces la droga suele introducirse como una panacea. Por eso, si las causas de fondo están en el entorno familiar del adicto, también allí están las soluciones.<sup>13</sup>

c. *Ausencia del padre o de la madre.* Cuando los padres faltan del hogar, la droga puede llegar a llenar ese vacío. A veces se da una ausencia inevitable: muerte, alejamiento del padre por su tipo de trabajo, etc. En ese caso, si bien falta la figura física de uno de los padres, debiera contarse con la presencia del *papel* de padre o de madre.

Por ejemplo, en el caso de las madres que trabajan (casi el 40% en Argentina y Europa),<sup>14</sup> si bien su presencia física está ausente del hogar durante muchas horas, su presencia psicológica y afectiva debería ser *suplida* por alguien que cumpla con el niño la función de madre, preferentemente un familiar (padre, abuela, tíos, etc.) o una persona que desempeñe el *papel* materno: que alimente, oriente, juegue, observe, enseñe, *ame*. No es suficiente que el niño quede *bien cuidado*; una madre significa mucho más que eso. Lo mismo debería suceder con la ausencia paterna.

d. *Mala relación parental.* Muchas veces, la educación de los candidatos a las toxicomanías transcurre en medios familiares perturbados por la ruptura o el mal entendimiento de la pareja paterna, o por la muerte de uno de los padres, lo que implica una reorganización

## ¿Niños con SIDA en la escuela?

Muchos pacientes con SIDA son niños preescolares que morirán antes que comiencen la escuela. De todas maneras, los miembros y administradores del consejo escolar enfrentan problemas difíciles cuando pacientes sidóticos, por ser hemofílicos o leucémicos, acuden a la escuela para que admitan a sus niños.

Basados en las evidencias actuales, el contacto casual de persona a persona, como suele ocurrir entre los escolares, no representa riesgo alguno. Sin embargo, existe la posibilidad de transmisión por parte de niños impedidos neurológicamente que pierden el control de sus secreciones corporales, o de niños preescolares que pueden morder a otros niños.

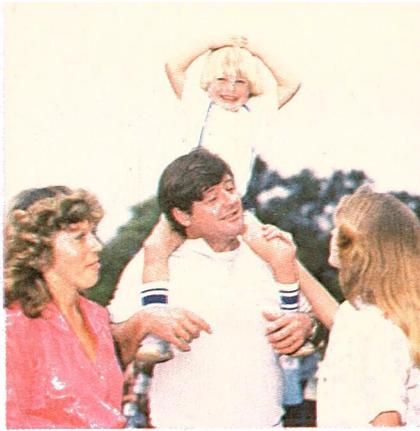
Pero el mayor riesgo es a la inversa. El niño con una infección de HTLV-3 puede tener un sistema inmunológico comprometido y correr el riesgo de infectarse de otros niños.

Cada caso se debe decidir individualmente. Todo personal de salud de una escuela debería estar al tanto de quién es seropositivo (ya sea que el fluido espinal o la sangre muestre la presencia del virus del SIDA) y quién está en el grupo de los de alto riesgo de contraer el SIDA. Entonces deberían planear medidas preventivas, tanto para cualquier seropositivo como para los de alto riesgo, y para los otros niños de la escuela.

No hay evidencias de riesgo para hermanos de niños infectados. En un seguimiento realizado durante tres años a 14 hermanos de niños con SIDA, todos permanecieron normales, inmunológicamente hablando y seronegativos.

El *test* ELISA (en inglés), para detectar y vincular la presencia de anticuerpos al virus HTLV-3, ha sido desarrollado primariamente como un medio de proteger las donaciones de sangre. Esta prueba ha reducido efectivamente los casos de transfusión de sangre con SIDA.

El *test* no se debería usar para la selección de sidóticos o como un prerrequisito para emplear a alguien o admitir a un niño en una escuela, o como una evidencia de seguridad. Todos deberían estar al tanto de que el *test* produce 99 resultados positivos falsos por cada resultado positivo verdadero.—Joyce Hopp, directora de la Escuela de Profesiones Afines a la Salud en la Universidad de Loma Linda, Estados Unidos.



## **L**os padres son las personas a quienes el niño más ama. El desea verlos juntos, unidos por el vínculo del amor.

de la estructura familiar. Por esas razones se ven sometidos precozmente a regímenes carentes de afecto, sobre todo en relación con la madre.

Sus padres son las personas a quienes el niño más ama. El desea verlos juntos, unidos, comprensivos entre sí. Pero cuando el desentendimiento los separa, el niño siente que su mundo se desploma. No será raro, entonces, que busque huir de esa realidad por la vía de la droga.

*e. Hábitos nocivos.* Los adultos son a veces más contradictorios que el propio adolescente. ¿Acaso no son drogas totalmente consentidas el café, el té, las bebidas alcohólicas o el tabaco? ¿No los consumen los adultos delante de sus hijos y hacen todo tipo de chanzas al respecto? Luego se sorprenden cuando el adolescente intenta fumar marihuana. ¿Qué diferencia hay entre el tabaco y la marihuana cuando se ha desvirtuado el principio educativo?

*f. Falta de estímulos y visión pesimista de la vida.* El hogar debería ser un campo creativo de metas y valores. Muchos jóvenes se aburren en el hogar y en la escuela. No se los impulsa a adquirir ideales nobles, desafiantes (“¿Para qué estudiar tanto si después se verá obligado a conducir un taxi?”). Se les

muestra el estudio como innecesario para “ganar dinero” y las virtudes caracterológicas y profesionales como algo anticuado.

El adicto siente que la familia le ha fallado, arrojándolo así a un vacío existencial. Basta interrogar a un toxicómano para que esta causa salte a la vista. Una familia que incentiva es la mejor profilaxis contra el vicio.

### **3. Promiscuidad**

Un modo desordenado de vivir el sexo es causa y origen de no pocos problemas psicosociales. Sabemos que el 1% de los contagios del SIDA han sido causados por contactos heterosexuales promiscuos. La promiscuidad —y su extremo, la prostitución— tiene numerosas causas socioambientales. Algunas de ellas son externas al hogar, y otras tienen raíz en la estructura familiar y en la primera educación ofrecida a los hijos. Esas causas son:

*a. Publicidad.* “La sociedad tiene, en efecto, gran parte de responsabilidad por la desvergonzada utilización de los adolescentes para fines comerciales: la publicidad basada en la seducción y la instrumentación del sexo en la pantalla o en la prensa. Pero el peligro para el adolescente probablemente no proviene tanto de la indebida excitación

de sus deseos sexuales, como de la idea, explícita o tácita, de que si el objeto de la publicidad no estimula sexualmente, ello se debe a que no está vivo, a que ha quedado excluido y ha sido dejado atrás en la carrera por tener algo en la vida”.<sup>15</sup> Bueno sería que los padres lucharan por contrarrestar el efecto nocivo de la publicidad.

*b. Liberalidad sexual.* El “sexo libre” y el “destape”, preconizados en las décadas del 60 y del 70, son síntomas de una sociedad que progresa económica y políticamente pero que decae moralmente; y también de una familia que se disgrega, se vacía y desconoce el valor de los límites.

En el caso de la joven promiscua, la imagen materna juega un papel preponderante: puede poseer una personalidad castradora, desinteresada o alentadora de conductas promiscuas.

Contrariamente a lo que se cree (y a lo que se busca), el sexo libre no logra el equilibrio afectivo que se resiente por las prolongadas “repressiones”, sino que complica más las relaciones humanas, comprometiendo la salud física, mental y emocional del joven.

*c. Necesidad económica.* El uso de estupefacientes, al crear necesidades imperiosas de dinero, puede abrir la vía a la prostitución circunstancial, no deseada pero aceptada. En muchos casos, la promiscuidad o la prostitución van unidas a una gran necesidad económica causada por un bajo nivel sociocultural. Niños criados en villas miseria, rodeados de ejemplos de promiscuidad, repiten la historia aun antes de haber llegado a la adolescencia.

*d. Autoagresión o minusvaloración.* A veces la promiscuidad sexual y la prostitución evidencian un sentimiento de autoagresión. Psicológicamente, estas conductas sexuales están clasificadas como comportamientos delictivos. Y estos comportamientos tienen en forma subyacente sentimientos de autoagresión o minusvalía causados en su gran mayoría por el abandono o el descuido familiar.

e. *Falta de identificación familiar.* Según un estudio del Dr. P. le Moal, quienes mantienen contactos sexuales fuera de la pareja afectivamente establecida, tienen un medio familiar disuelto, por abandono paterno o materno (23% de los casos), o bien desunido (55%). Sólo en un 10% pertenecen a hogares normales.

Un niño o adolescente bien integrado a su medio familiar, con un claro modelo de respeto para imitar entre sus miembros desarrollará ese modelo al formar su propia familia.

\* \* \* \* \*

A esta altura, usted ya habrá sacado la conclusión a esta exposición: un hogar bien constituido, dirigido por padres amantes e interesados en la formación equilibrada del carácter de sus hijos, con límites claros y respetados, y con valores éticos y religiosos definitorios de la relación familiar, constituyen la vacuna más segura contra el SIDA o cualquier otra enfermedad que tenga que ver con la mente o el espíritu de sus hijos. 

#### Referencias

- 1 Francisco Leal, "SIDA: dramático reto mundial", *Visión* (25 de julio de 1988), pág. 9.
- 2 *Ibid*, pág. 11.
- 3 Paulino Castells Cuixart, *Guía práctica de la salud y psicología del niño* (Barcelona, Planeta, 1983), pág. 74.
- 4 W. Arnold, H. Heysenck, R. Meili, *Diccionario de psicología* (Madrid, Rioduero, 1979), t. 2, pág. 146.
- 5 J. de Ajuriaguerra, *Manual de psiquiatría infantil* (Barcelona, Masson, 1984), pág. 395.
- 6 José Flórez Lozano, "Desviaciones sexuales en el niño", *Psicología infantil y juvenil* (Madrid, Nueva Lente, 1985), t. 3, pág. 628.
- 7 Joan Corbella Roig, "La homosexualidad", *Enciclopedia práctica de psicología* (Barcelona, Orbis, 1985), t. 4, págs. 74, 75.
- 8 Pierre Debray-Ritzen, *La psicología del niño de la A a la Z* (Bilbao, Mensajero, 1986), pág. 237.
- 9 Elizabeth Moberly, *Homosexuality: a New Christian Ethic* (Cambridge, James Clarke, 1983).
- 10 Flórez Lozano, *ibid*, págs. 628, 629.
- 11 G. Guierre, "Le SIDA", *Vie et Santé* (98:1126), Junio de 1987, pág. 14.
- 12 J. E. Murad, citado por A. Brito en *O Desafio das Drogas* (San Pablo, Casa Publicadora Brasileira, 1985), pág. 55.
- 13 Guillermo H. Vázquez, *Lo que los padres y maestros deben saber acerca de las drogas* (Texas, Casa Bautista de Publicaciones, 1984), págs. 109, 110.
- 14 *La Nación*, 25 de septiembre de 1989, págs. 1, 8.
- 15 Martha Harris, *Su hijo adolescente* (Buenos Aires, Paidós, 1983), pág. 115.

# VIDA

## familiar

Carmen Block de Gómez es licenciada en Ciencias de la Educación, y tiene veinte años de docencia secundaria y universitaria.



### ¿Qué aporta la familia en la lucha contra el SIDA?

**SIDA.** Cuatro letras que en nuestros días provocan temor y preocupación, pero también esperanza. La salud de la humanidad está amenazada, por eso la sociedad ha iniciado una lucha sin cuartel contra esta nueva enfermedad.

La familia, como primera y más importante institución de la sociedad, tiene la posibilidad de realizar una tarea preventiva que no pueden hacer las demás.

A causa de que la transmisión del SIDA es, principalmente, sanguínea y sexual, el aporte de la familia ha de pasar por la prevención de la drogadicción y el uso inapropiado del sexo.

La soledad, la incompreensión y la ausencia de estímulos son causas innegables de estos problemas. Pero estudios realizados últimamente nos informan que la falta de un sentido para la vida es la razón que empuja con más fuerza hacia ese camino. Por eso, es necesaria "una forma de psicoterapia autoadministrada para personas con problemas existenciales".\*

En consecuencia, una de las acciones preventivas de la familia consiste en lograr que los hijos tengan una clara finalidad para sus vidas. Como padres, tendríamos que ayudarlos para que aprendan desde pequeños a aceptar cada situación que les toca vivir —especialmente las negativas— con dignidad y valentía: El rechazo de los amigos, los fracasos en la escuela, la ruptura de un noviazgo, la pérdida de un familiar, debieran ser entendidos y aceptados como oportunidades para añadir a sus vidas un sentido más profundo.

Para descubrir la finalidad de la vida, basta con preguntarse: ¿Qué espera ella de mí en este momento y circunstancia? La respuesta surgirá cuando miremos a nuestro alrededor y veamos cuántas personas necesitan de nosotros. Nuestra tarea de padres es despertar el interés de los chicos por las necesidades de los otros.

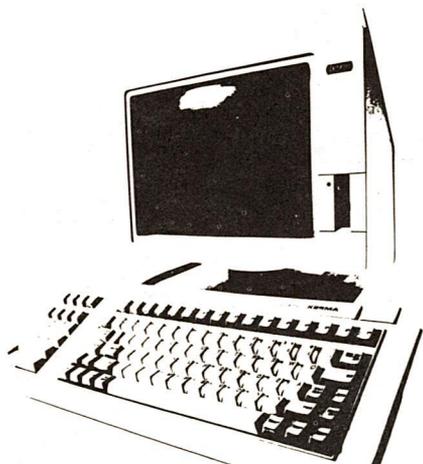
Otra acción preventiva de la familia consiste en la orientación de sus hijos.

La información a brindar debe ser, en primer lugar, apropiada para la edad. Los niños que ingresan al ciclo escolar tienen que saber que el SIDA existe, que ellos no corren peligro si tienen compañeros portadores del mal, y que deben tener especial cuidado, si tienen alguna lastimadura, de no entrar en contacto con la sangre de otro chico. Cuando lleguen a la adolescencia, será necesario proporcionarles información sobre los peligros de los contactos sexuales descuidados, sobre el uso de las drogas inyectables, sobre los tatuajes y otros modos de exponerse al virus.

La curiosidad de los chicos nos dará la pauta de su maduración intelectual y del nivel científico que debe tener la información. Esto nos crea la necesidad de adecuar las explicaciones, reunir los contenidos pertinentes, emplear un vocabulario comprensible y hacer las advertencias de cada caso, evitando sembrar el miedo.

Si las sencillas preguntas de los chicos son respondidas con sencillez y veracidad, cuando lleguen a la adolescencia tendrán la serenidad necesaria para enfrentarse con este problema y, con seguridad y decisión, elegirán la salud en lugar de la enfermedad.

\* V. Frankl, *Psicoterapia y humanismo* (México, Fondo de Cultura Económica, 1982), pág. 27.



## editorial

Un día de abril de 1985, el Dr. Gerald H. Friedland se acercó al lecho de una mujer joven, llamada María, y, con la mayor dulzura posible, le dijo que iba a morir. En los cuatro años que llevaba al frente del equipo que combatía el SIDA en el Centro Médico Montefiore, de Nueva York, había vivido esa escena cien veces; sabía cuáles eran las palabras correctas, el delicado equilibrio entre una esperanza que no sentía y la dura realidad. No obstante, nunca le había resultado fácil dar la mala noticia, y la tarea, tratándose de María, era particularmente dolorosa: Aun en su lecho de enferma era una mujer demasiado brillante y vivaz para morir así.

Friedland ya había visto y sufrido tantas muertes, que el psiquiatra de su equipo se preguntaba hasta cuándo podría soportar. El y su grupo habían tratado a casi trescientos pacientes desde que la plaga cayó sobre ellos en 1981; más de doscientos habían muerto y ninguno de los otros se curaría, a menos que ocurriera un milagro. Para Friedland, cada muerte era como una hoja caída del árbol de la vida; todas lo hacían sufrir, pero, a veces, su dolor era más intenso cuando no lograba tomar distancia del drama del enfermo.

María era uno de esos casos. Hacía quince años se había casado con un joven desorientado, infiel, machista, de quien se separó en 1982. Su esposo había sido un adicto a las drogas inyectadas por vía endovenosa; esta dependencia lo convirtió a él y a su esposa en un blanco perfecto para el SIDA. El había muerto de esa enfermedad en 1984. A María aún le esperaba una vida de dolor.

En Últimas palabras, en página 25, continuamos con este caso.—RB.

## contenido

### 2 Vacune a sus hijos contra el SIDA

La vacuna contra el SIDA existía antes de que apareciera la enfermedad; lamentablemente, algunos recién acaban de descubrirla.

**Mónica Casarramona**

### 9 VIDA o SIDA

Ciertamente, no sólo los drogadictos o los homosexuales son los que están en la coyuntura de elegir entre la VIDA o el SIDA. Todos estamos situados en el espacio de esa decisión.

**Mario Pereyra**

### 12 SIDA: ¿fobia social o grave enfermedad?

El manejo equivocado de la información acerca del SIDA puede conducir a una fobia social que, lejos de ayudar, complica a quienes están en la lucha contra este flagelo. El autor intenta aventar los prejuicios que existen en torno del tema.

**Hugo Vergan**

### 18 SIDA: ¿quién es la víctima?

Una perspectiva bíblica de un drama que nos afecta a todos.

**Ricardo Bentancur**

### 22 El abrazo

"Nadie me ha abrazado por mucho, mucho tiempo. Nadie me ha tocado".

**Harry Krueger**

### 24 SIDA, lepra y amor

Hoy, la lepra ya no provoca miedo en los corazones humanos como lo hacía en los días de Jesús. Una nueva enfermedad ha tomado su lugar. ¿Tendremos el coraje y la bondad de nuestro Maestro?

**Kenneth R. Wade**

## SECCIONES

7 VIDA familiar

11 VIDA y salud mental

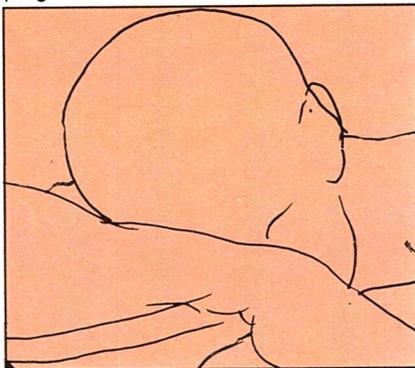
16 VIDA en la medicina

17 Elija VIDA

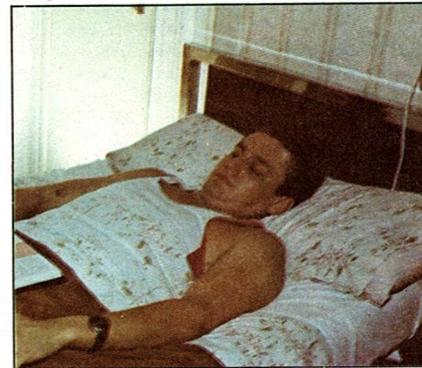
21 VIDA cristiana

26 VIDA en la cocina

página 12



página 18



# VIDA O SIDA

Mario Pereyra

“Mira, yo pongo hoy ante ti vida y felicidad, muerte y desgracia. Si escuchas los mandamientos de Yahveh tu Dios, si sigues sus caminos y guardas sus mandamientos, sus preceptos y sus normas, vivirás y te multiplicarás. Pero si tu corazón se desvía y no escuchas, si te dejas arrastrar, yo declaro hoy que pereceréis sin remedio y que no viviréis muchos días. Escoge, pues, la vida” —Moisés.’

—**T**odo lo que aquí se hace, aquí se paga. . . Esta fue la sentencia que, con patético dramatismo, pronunció Juan Carlos (21 años) al enterarse del resultado positivo del análisis de SIDA. Hacía dos días que estaba internado por drogadicto. En la primera consulta me describió la triste historia de su vida y su caótico mundo familiar.

Finalmente sus padres se habían separado, después de una tormentosa y desgraciada vida en común. Su madre era una “histérica, impulsiva y gritona” (“No la soporto, me pongo loco cuando grita; la mayoría de las veces la mando a freír churros. . .”). En cambio, el padre era “muy responsable. . . de carácter más bien fuerte”; aunque lo que le resultaba intolerable era la relación que tenía “con esa mujer” (“Está totalmente desubicado, no es la persona para él. ¿Sabe? —agregaba indignado—, ¡es una mala mujer! ¿Entiende?”). Espantado por ese espectáculo repulsivo, Juan Carlos buscó afecto, olvido y estímulo “en

la calle”. Hacía “cuatro o cinco años” que transitaba por aquel territorio oscuro y salvaje, que paulatinamente lo arrastraba hacia zonas más tenebrosas y crueles de pesadilla y delirio.

—Yo pienso que lo probé todo —comentó con amargura—: marihuana, Aseptobrón, coca, heroína, LSD. . .

—¿Hiciste algún intento de dejar?

—Lo intenté, pero allá no se puede, el ambiente está muy podrido; salís y enseguida te invitan. . . No sé, pienso que soy medio débil. . .

Se encogió de hombros y exhaló un lánguido suspiro lastimero. Cuando recuperó el ánimo, prosiguió:

—Opté por encerrarme en casa. Pasaba una semana, diez días, pero siempre aparecía alguno a buscarme. Usted sabe que ningún drogadicto se “pica” [inyecta] solo. Cuando uno anda solo es para buscar a alguien. Siempre se “curte” [disfruta] con otro.

Después de esa digresión informativa, retomó el hilo.

—La última vez estuve como dos semanas encerrado. Cuando salí me encontré con un amigo. No quería “curtir”, pero no fui capaz de decir no en ese momento. . .

Juan Carlos no fue capaz de decir *no* y se convirtió en uno de los diez millones de portadores del VIH (virus de inmunodeficiencia humana); una nueva víctima de la *peste rosa*.

A partir de ese momento, los senderos de la ilusión de Juan Carlos se transformaron en fangosas y resbaladizas calzadas de terror. Al percibir algunas medidas de precaución tomadas por el sanatorio, se sintió marginado y estigmatizado. Fue presa del pánico, se violentó con el personal sanitario, cometió varios robos y lo detuvo la policía.

## La ley del NO

Resulta insólito que, a pesar de las consecuencias letales que presenta esta epidemia mundial, haya tantos que opten por mantener el difícil equilibrio al borde del abismo.

Otro drogadicto comentaba: “En realidad, sabés que alguien puede tener SIDA, que te podés contagiar, pero es como jugar a la ruleta rusa; en la droga se está en eso”.

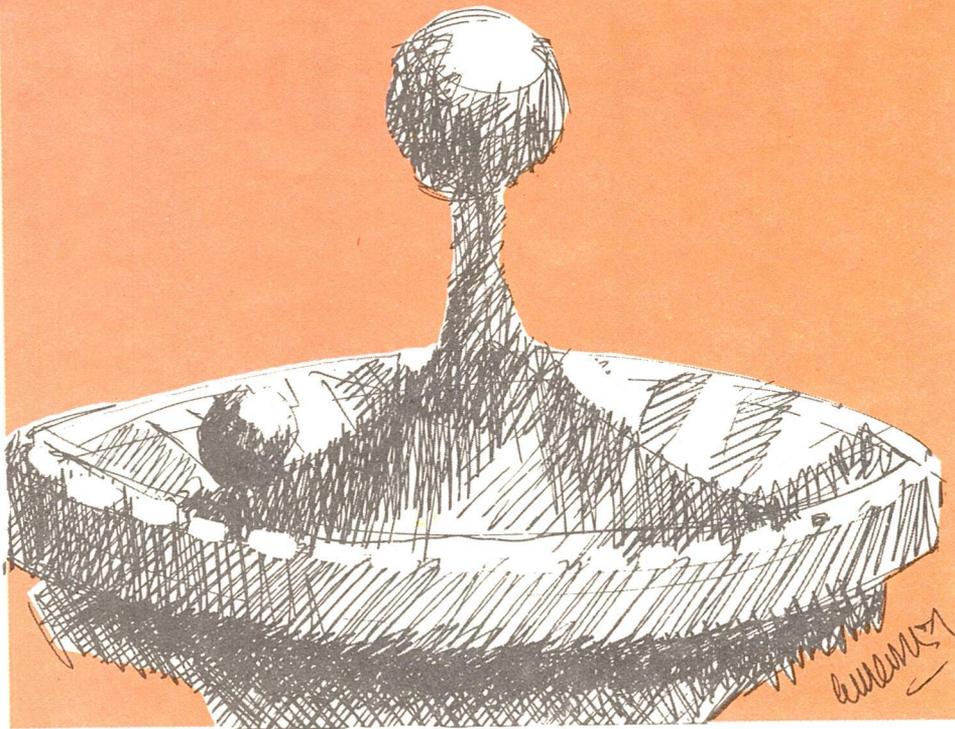
En esos momentos decisivos, cuando se está instalado en la confluencia de los caminos de la vida y la muerte, hay una sola palabra cargada de esperanza: NO.

E. Kalina, condensando la esencia de los objetivos del tratamiento de personas con problemas de farmacodependencia, afirma: “La única vacuna que podemos ofrecer a estos seres es la existencia de un NO incorruptible”.<sup>2</sup> El *no* a la seducción es la única protección que se tiene en el momento crítico frente al tóxico. Resistir, no ceder. Una oposición firme y decidida es lo que permite transformar un proyecto de muerte en un proyecto de vida, en una posibilidad de forjar nuevos horizontes.

Este tipo de *no* posee significados y virtudes que no siempre se perciben y valoran como corresponde. El *no* tiene una capacidad estructurante de la personalidad. Define los límites entre el yo y los otros, asiento de las funciones de discriminación y autorreconocimiento. Establece las fronteras del accionar humano e interiormente desarrolla los mecanismos de control de las ansiedades básicas. Todas estas son operaciones centrales en el proceso de la identidad.

En la bibliografía especializada es una descripción recurrente que el adicto y su familia padecen de falta de límites, que la comunicación está contaminada por dobles mensajes, o que sufren de “difusión de identidad”. La terapia es la ley del NO. “La Biblia, el manual de sabiduría popular que mejor sintetiza la experiencia de la cultura humana, así nos lo enseña”,<sup>3</sup> dice Kalina a propósito de los Diez Mandamientos y la terapia de la drogadicción.

Desde el mono verde del centro del Africa —supuesto portador del antecesor del virus del SIDA—<sup>4</sup> hasta Juan Carlos, el VIH viajó decenas de miles de kilómetros transitando por Haití, Estados Unidos,



posiblemente Europa, para finalmente llegar a América Latina. En ese largo itinerario de muerte, el virus cabalgó sobre muchísimos hombres y mujeres que, en la mayoría de los casos, se prestaron gozosamente a ser inoculados. Como Juan Carlos, no tuvieron la capacidad de decir *no*.

### La ley del SI

En realidad, todas las epidemias que han devastado furiosamente la tierra en todos los tiempos, son productos de la insensata voluntad humana. La peste bubónica, durante la Edad Media, fue el resultado del exterminio de los gatos por la “caza de brujas” alimentada desde la intolerancia religiosa prevaleciente. La sífilis se originó en la promiscuidad sexual impuesta por los conquistadores que avasallaron los pueblos americanos en los siglos XVI y XVII. La tuberculosis se expandió por Europa, en la época de la industrialización del siglo pasado, a causa de la brutal explotación del obrero sometido a jornadas agotadoras de 15, 16 y 18 horas diarias de trabajo. Ahora son los drogadictos, los homosexuales, los bisexuales y los promiscuos quienes arrasan el mundo con el SIDA. En

definitiva, la peste es el hombre. La raíz de la cuestión no son los bacilos, microbios o virus; es el drama inacabado del hegemónico corazón humano.

El SIDA, más que una enfermedad que se contagia por un virus, es una enfermedad que se contagia por un modo de vida o, más precisamente, por un modo de matarse. La única política sanitaria ante este flagelo es, por el momento, el cambio en el estilo de vida. Como dice un eslogan: “Ni cura, ni vacuna; cultura”. El Dr. Robert Gallo, quien descubrió el virus del SIDA en 1984, afirma: “Uno de los principales problemas con el que se enfrentan los investigadores que estudian el SIDA es, precisamente, averiguar cómo se las arregla el HTLV-3 para replicarse justo en un momento determinado, tras permanecer ‘dormido’, en ocasiones, durante años”.<sup>5</sup> La respuesta a esta cuestión la expone el Dr. Bayés, de Barcelona, al explicar que “depende fundamentalmente de dos cosas: ciertamente, del grado de nocividad de las condiciones y/o estimulaciones a las que su organismo se encuentra sometido, pero también a su mayor o menor vulnerabilidad a ellas”.<sup>6</sup> En consecuencia, la política terapéutica consiste en procurar

que cada persona alcance su mínimo de vulnerabilidad posible, desarrollando al máximo su sistema inmunológico. ¿Cómo se logra esto? La respuesta es simple: cambiando el estilo de vida.

“Mi oficio y mi arte es vivir” —decía Molière—, y de eso se trata precisamente ahora: de tener oficio y arte de vivir. En este inquietante oficio de vivir se requiere las herramientas que incesantemente se proponen desde esta plataforma de **VIDA feliz**: dieta saludable, trabajo equilibrado, descanso, una actitud positiva y alegre, confianza en Dios y todos los demás remedios naturales.

### En la encrucijada entre la vida y la muerte

Ciertamente, no es sólo el drogadicto ni los distintos tipos de pervertidos sexuales los que están en la coyuntura de elegir entre la VIDA y el SIDA. Todos estamos situados en el espacio de la decisión. Detrás de Juan Carlos había una madre “histérica” y un padre severo con una concubina de dudosa moralidad, y también aquellos otros que nada hicieron para rescatar de la calle a ese adolescente que paulatinamente se despeñaba en el precipicio del vicio. Todos somos responsables. Todos estamos implicados de alguna forma. El SIDA nos interpela a todos, en forma directa o mediante sus víctimas o “chivos expiatorios”. Denuncia un modo de vida perverso y autodestructivo.

Por el contrario, optar por la VIDA es manifestar el coraje de cambiar, es obedecer las leyes de Dios, es conquistar una alegría iluminada por las verdades eternas. ☼

#### Referencias

<sup>1</sup> Deuteronomio 30: 15-19, versión *Biblia de Jerusalén*.

<sup>2</sup> Eduardo Kalina, *Temas de drogadicción* (Buenos Aires, Nueva Visión, 1987), pág. 57.

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. 59.

<sup>4</sup> “El médico del SIDA”, *Revista La Nación*, 30 de abril de 1989, págs. 8-12.

<sup>5</sup> Robert Gallo, “El virus del SIDA”, *Investigación y Ciencia*, n° 126, marzo de 1987, págs. 30-41.

<sup>6</sup> R. Bayés y otros, “las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, *Jano*, 25-31 de marzo de 1988, vol. XXXIV, n° 812, pág. 33.

# VIDA

## y salud mental

Mario Pereyra es profesor de Filosofía y licenciado en Psicología. Actualmente ejerce como psicólogo clínico.



### SIDA y personalidad

La gente con iniciativa, que toma “el toro por las astas” y enfrenta sus problemas con voluntad decidida, es capaz de resistir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) mejor que los que son pasivos y abúlicos. Estas son las conclusiones preliminares descubiertas por los investigadores de la Universidad de Miami<sup>1</sup> en sus estudios sobre la correlación entre el sistema inmunológico y los diferentes tipos de personalidad.

La psicóloga Nancy T. Blaney y sus colaboradores estudiaron un grupo de homosexuales durante las primeras etapas de infección del VIH. Interrogaron a 49 de ellos acerca de su modo de vida y la forma de enfrentar y resolver los problemas. Paralelamente estudiaron las respuestas de varios componentes del sistema inmunológico, como la habilidad de los linfocitos para responder a los estímulos. Los resultados mostraron que las personas de espíritu aguerrido, temperamento vigoroso y luchadoras tienen mejores funciones inmunológicas que aquellas que son apáticas, depresivas y que, frente a las dificultades, tienden a bajar los brazos y resignarse.

Un alto grado de inmunoglobulina o de anticuerpos es un indicador de mayor actividad de infección del VIH. En ese sentido, Blaney observó que el hombre “caracterizado por retraerse, entregarse y sentirse desvalido cuando encara los problemas, tiene más alta inmunoglobulina que el hombre que es más activo y luchador en momentos de enfrentar las dificultades”.

Se comprobó que una buena respuesta de las “células asesinas” y de actividad de los linfocitos —glóbulos blancos—, está asociada a una actitud luchadora, consistente en focalizar los problemas y encontrar los caminos adecuados para resolverlos.

Estos sujetos asumían una doble estrategia: por un lado hacían una reinterpretación positiva de la situación, y por otra parte convertían la crisis en una posibilidad de crecimiento.

Estos resultados coinciden con numerosos hallazgos que muestran la incidencia de los factores emocionales y de personalidad en las defensas del organismo. Por ejemplo, Jacobs<sup>2</sup> encontró que el estrés facilita la aparición de infecciones respiratorias. Kobasa<sup>3</sup> observó que los empresarios con buena salud poseían una personalidad “robusta”, a diferencia de sus colegas con salud deplorable; es decir, por la capacidad “de dominar los acontecimientos externos de la vida, el interés profundo por las actividades cotidianas y la dedicación a ellas”.

Bartrop<sup>4</sup> informó que la reactividad de los linfocitos se deprimía en los sujetos que experimentaban aflicción por la pérdida de un ser querido. Por su parte, Greer,<sup>5</sup> examinando a 57 pacientes tres meses después de una mastectomía (ablación del seno), observó que una actitud positiva y una postura combativa ante la enfermedad se correlacionaba con un mejor pronóstico en los estadios I y II del cáncer de mama, en oposición con quienes tenían una aceptación pasiva, “estoica”, de desamparo.

En un estudio psicológico realizado con 22 pacientes que experimentaron una “regresión espontánea” de cáncer, es decir, que curaron solos, se observaron tres características típicas: “a) Aceptaron la enfermedad y tomaron la determinación de no claudicar y de luchar contra ella; b) en cuanto se recuperaron del episodio agudo, continuaron su ritmo de vida normal; y c) desarrollaron la confianza en su curación y nunca perdieron la esperanza de recuperarse”.<sup>6</sup>

En caso de que le interese la bibliografía escribanos.

# SIDA: ¿fobia social o grave enfermedad?

Hugo Vergan

El manejo equivocado de la información puede conducir a una fobia social que, lejos de ayudar, complica a quienes están luchando contra este flagelo. El autor intenta aventar los prejuicios en torno al tema.

Desde fines de los años 70, cuando varios investigadores publicaron sus hallazgos con respecto al Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, la difusión de los distintos aspectos referidos a esta enfermedad ha provocado una gran variedad de reacciones que aún no han podido ser neutralizadas. Desde la suposición del probable exterminio de la humanidad por causa de esta afección, hasta la aseveración de estar frente a un castigo sobrenatural por la inmoralidad de la raza humana, las versiones sobre el futuro del SIDA y el hombre recorrieron casi todas las variantes posibles en boca de sabios y profanos.

Lo cierto es que muchas predicciones han caído en el abismo de su propio apresuramiento y la "pandemia" pronosticada aún está en muy tiernos pañales. Es cierto que para algunos países considerados de alto riesgo, esta enfermedad concita el esfuerzo de no pocos investigadores en la búsqueda de una solución a este flagelo. También es cier-

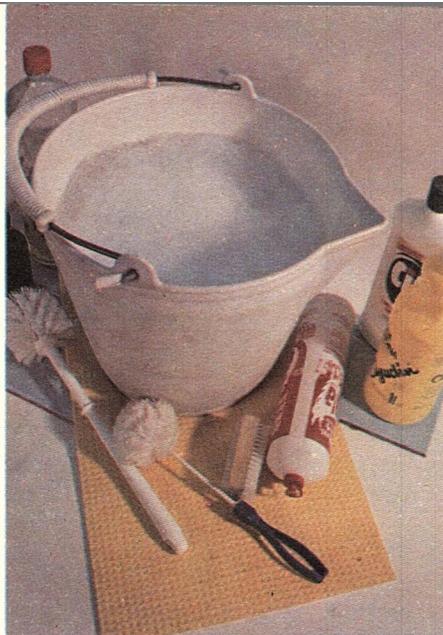


Hugo Vergan es médico del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Castex, Buenos Aires, Argentina.

## El SIDA cambia el comportamiento de los solteros

A la mayoría de los solteros norteamericanos —72% de mujeres y 56% de hombres— le gustaría casarse dentro de los próximos años, indicó una encuesta reciente realizada en los Estados Unidos.

"Cautela y compromiso están de moda. Beber, romances casuales y relaciones de fin de semana están fuera de moda", dijo Jerry Ullman, resumiendo los resultados de las encuestas. El temor a contraer SIDA es el responsable de esta actitud de cambio, de acuerdo con el 78% de los encuestados. —*Great Expectations*, Servicio de Cómputos para la Televisión, Estados Unidos.



## El SIDA en la electrónica

El consorcio Krasnogvardeyetz, de Leningrado, Rusia, ha comenzado a producir en serie el aparato denominado *Komparator-03*, creado por científicos soviéticos para diagnosticar el SIDA y otras dolencias provocadas por los virus.

Exponiendo una muestra de sangre a la acción de rayos de luz emitidos por un dispositivo sensible, y mediante una cierta modificación en la densidad óptica del aparato, se logra detectar si el paciente porta virus de SIDA o sus anticuerpos.

## El virus que produce el SIDA es sumamente frágil a las altas temperaturas y a los antisépticos comunes.

to que el ritmo de proliferación de la enfermedad decreció luego del primer susto —quizá por el susto mismo, acaso por el torrente informativo, quizá por la toma de conciencia de los denominados grupos de riesgo o porque se sobredimensionaron los modos de contagio en las primeras evaluaciones—, pero en realidad, después de casi una década, el SIDA resultó ser tan mortal como se dijo pero no tan virulento como creíamos.

Para dejar algunos conceptos en claro, intentaré enfocar el tema en sus aspectos fundamentales: la población de riesgo, los modos de contagio y la convivencia con enfermos y portadores sanos. El propósito es que el lector pueda tener una idea más clara sobre el tema, y orientarse de modo inteligente en la realidad práctica y cotidiana de esta enfermedad.

### Población de riesgo

El retrovirus que produce el SIDA es el denominado VIH, con algunas variantes de nomenclatura sin trascendencia. Se trata de un virus de relativamente baja virulencia, con posibilidades remotas de sobrevivir a la exposición fuera del

organismo o de sus fluidos naturales (sangre, semen y saliva, entre otros). Sumamente lábil (frágil) a las altas temperaturas y a los antisépticos comunes, no sobrevive a más de 49 grados, y mucho menos a limpiadores comunes como la "lavandina" (hipoclorito de sodio). Incapaz de ser transmitido por el contacto casual entre personas portadoras y sanas, admite relativamente pocos medios de contagio. Estos se circunscriben a la relación sexual, o a la transfusión de sangre o de fluidos contaminados con sangre, incluso la perfusión transplacentaria.

Al circunscribirse los modos de contagio, se limitan igualmente los grupos de mayor riesgo. Estos incluyen, por ahora, solamente a los homosexuales o bisexuales, a los drogadictos, a los enfermos de hemofilia o leucemia y a los hijos de madres portadoras, en ese orden. Sin embargo, también se considera población de riesgo a quienes están en contacto con los grupos de riesgo mayor. Me refiero a médicos, hematólogos, técnicos, hemoterapeutas, enfermeras, etc., y por supuesto a las parejas heterosexuales de los portadores.

### Modos de contagio

El modo de contagio tiene que ver con la relación entre el portador y el receptor, debiéndose combinar distintas circunstancias que disminuyen aún más el riesgo. En primer lugar, el receptor debe ofrecer un terreno propicio, es decir, un sistema defensivo deteriorado. Si un determinado individuo entra en contacto accidental con el virus VIH, solamente quedará infectado si su sistema inmunocompetente es incapaz de controlarlo y eliminarlo. Por otra parte, se cree que el contagio se establece con mayor frecuencia entre los homosexuales masculinos: la mucosa anal no está preparada para entrar en contacto con el semen. Este fluido se constituye en un antígeno que determina una notable respuesta del sistema inmunológico. Si este proceso se repite en forma reiterada y con variaciones frecuentes de antígeno (parejas múltiples), se deteriora la capacidad defensiva del organismo, exponiéndolo a quedar inerme frente al virus del SIDA. Luego, el virus invade la sangre a través de las escoriaciones que se producen en la mucosa anal, e infecta al individuo, que de este modo se convierte en

portador sano hasta tanto contraiga la enfermedad.

Esto último no sucede necesariamente en todos los casos. Sólo un porcentaje de infectados se convierte en enfermo de SIDA. Del total de quienes se enferman, también un porcentaje estadístico (cerca del 50%) tendrá un desenlace fatal.

Muy distinto es el caso de los drogadependientes, el siguiente grupo de riesgo en frecuencia. En estos casos, una sumatoria de circunstancias convierten a quienes usan drogas por vía endovenosa en infectados por el VIH. Un organismo deteriorado por los tóxicos utilizados, por la alimentación deficiente y por el estilo de vida adoptado, se convierte en terreno propicio para la reproducción de cualquier microorganismo. Este hecho permite que el uso de material de infusión no esterilizado y en anterior contacto con el virus, sirva para que éste ingrese en el torrente sanguíneo y produzca la infección en el adicto.

También ocurre algo similar con los hemofílicos y otros enfermos que demandan transfusiones múltiples. Un terreno apropiado, expuesto al contacto con sangre contaminada, genera un riesgo importante de contraer el virus y la enfermedad.

Por último, los bebés de madres infectadas pueden ser portadores del virus, porque éste atravesó la placenta durante el período de gestación.

En cuanto a los grupos de riesgo menor, se ha desestimado prácticamente la posibilidad de contraer la enfermedad por el manipuleo del material en contacto con sangre de infectados o con enfermos. La población expuesta no ha demostrado ser demasiado vulnerable al contagio, mientras observe las reglas mínimas de protección.

En cambio, las mujeres que tienen contacto sexual con portadores pueden contagiarse del mismo modo que los hombres; las prostitutas constituyen la población femenina más proclive al contagio.

El resto de los pobladores del planeta tiene posibilidades remotas de

contraer la enfermedad. En primer lugar, por la labilidad del virus en ambientes no propicios; y en segundo lugar, por la descripta circunspección de los grupos de riesgo.

### Convivencia

A partir de este concepto, resulta asombroso cómo en distintos países y culturas, el pánico despertado por el temor al contagio ha transitado cimas y valles de intensidad. Por ejemplo, en la Argentina, donde los casos han sido relativamente poco frecuentes (el total de portadores sanos se calcula en 17.000, para un número de enfermos cercano al 10% de esa cifra), distintas apreciaciones sobre la factibilidad de contagio han provocado situaciones poco felices, algunas de ellas imcomprensibles. Desde la provocación de un paro de actividades por parte del personal de un establecimiento asistencial que tenía internado a un portador sano, hasta el intento, por parte de muchos padres, de no permitirle el acceso a la escuela primaria a un niño portador sano, la notable variabilidad de la conducta humana ha generado instancias por lo menos insensatas con respecto al trato con un sidótico.

## La prostitución es un peligroso vehículo de transmisión de enfermedades sexuales. El SIDA no es la excepción.



### Mueres por el SIDA

De los cinco millones de personas que están contaminadas actualmente por el virus del SIDA, 2.500.000 morirán en los próximos diez años. Además, es imprevisible la cantidad de personas que contraerán y desarrollarán la dolencia en el mismo período. De los cinco millones de personas ya contaminadas, 3.750.000 son hombres y 1.250.000 son mujeres; una proporción de 2,3 por uno.

Los datos fueron proporcionados por el Dr. James Chim, un médico chino radicado en los Estados Unidos, y representan las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos de la OMS muestran que las personas contaminadas son casi todas del hemisferio occidental, con apenas unas diez mil de los países orientales o del este europeo. Pero, según algunos estudiosos, los números de oriente ya están desfasados, porque las investigaciones recientes muestran un alto índice de contaminación en Bangkok, capital de Tailandia.

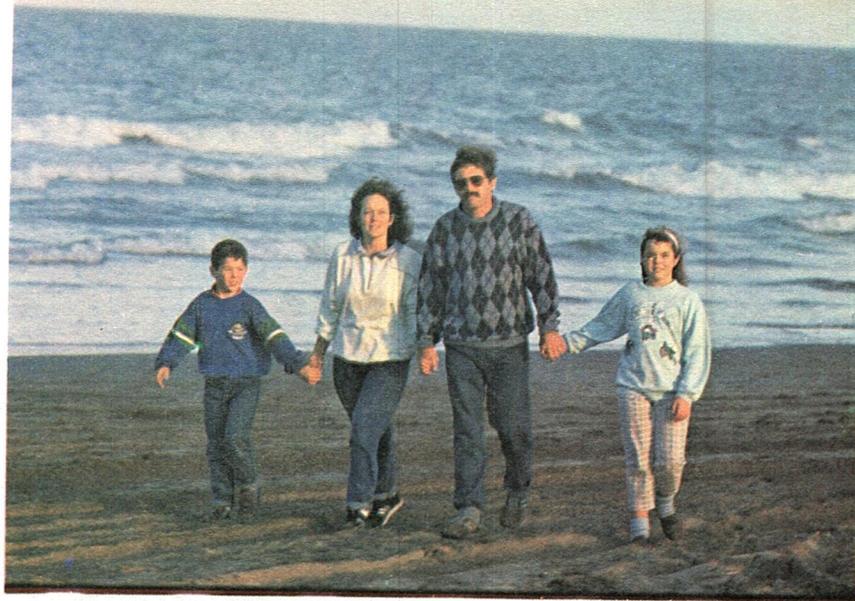
En Occidente, el número de contaminados se distribuye por igual entre países desarrollados y del Tercer Mundo. Pero mientras que en los países ricos la proporción entre hombres y mujeres es de nueve por uno, respectivamente, entre los pobres, especialmente en el África, la proporción es de uno por uno.

Este hecho tiene mucho que ver con los extremos a los que accede el hombre cuando se enfrenta a un peligro potencial que afecta a seres humanos. O bien actúa heroicamente, sin importarle los riesgos a los que se expone y anteponiendo la solidaridad a su propio instinto de supervivencia; o bien establece una barrera de discriminación ante la menor duda de peligro. Este quizá sea el mayor problema que tenemos que afrontar los comunicadores sociales cuando queremos erradicar falsos prejuicios con respecto al trato con los sidóticos.

Para evaluar la importancia de los contactos casuales en la transmisión del SIDA, el Centro de Control de las Enfermedades, de Atlanta, Estados Unidos, examinó durante varios años a los familiares de niños y adultos infectados.

A pesar de haber vivido miles de días bajo el mismo techo, en contacto directo, ni un solo miembro de las 400 familias estudiadas contra SIDA, salvo los compañeros sexuales de las personas infectadas y los recién nacidos de madres portadoras. Los investigadores también señalaron que otros ámbitos sociales entrañan menos peligro que el mismo hogar. Este informe publicado por un diario de la ciudad de Buenos Aires resulta tranquilizador; especialmente para quienes, desconociendo el tema, se aventuran a emitir opiniones que aterran aun a los más desprevenidos.

Un ejemplo más de los despropósitos a los que se puede llegar lo da la resolución de la FIFA, que obliga a los futbolistas profesionales de todo el mundo a utilizar una "cannillera" protectora para evitar el contagio con algún futbolista potencialmente infectado. Esta asombrosa puerilidad, que deriva de una desinformación inconcebible de un organismo mundial de semejante jerarquía, no resiste ni el menor análisis de un lego. Sin embargo, genera antecedentes para que algunos, fundamentados en el "por algo será que la FIFA tomó la decisión", discriminen inhumanamente al enfermo de SIDA.



## Una familia feliz es el ámbito adecuado para el armonioso desarrollo de la personalidad, tanto del niño como del adulto.

En la otra cara de la moneda se encuentra el caso conmovedor de una enfermera, a cuyo cuidado fue confiado un niño portador del virus que fue abandonado por su madre. Decidió solicitar la adopción del bebé aun sabiendo que había una gran posibilidad de que fuera portador del virus toda su vida.

De los pensamientos con que llenó de vida un reportaje publicado en un periódico, se destaca: "Danielito me conquistó. Me conmoví cuando vi al chico, entonces de cuatro meses, abandonado, y decidí tenerlo. Avisé a mis familiares [es soltera] sabiendo que me exponía a una marginación, pero la decisión estaba tomada. Ahora me apoyan y comprenden que no hay ningún riesgo si uno es precavido, ya que Daniel es muy normal, lleno de energía y vitalidad. Están todos locos con él, y la única contra es que resulta muy maduro para su edad; en realidad es un fenómeno".

Resulta imprescindible que el SIDA deje de ser un tabú, para convertirse en una afección grave, preocupante, pero carente de entidad suficiente como para discriminar a otros seres humanos que por un motivo u otro son portadores del virus. Sin embargo, es necesario observar algunos cuidados simples para evitar su propagación. Acerca de este tema, lea el informe de la sección *Elija VIDA* de esta misma revista.



### Evite el SIDA mediante un estilo de vida "defensivo"

Tal estilo de vida es bastante simple y efectivo:

1. Evite entregarse a actividades sexuales de cualquier clase con alguien que porte o sea sospechoso de portar el virus del SIDA.
2. No comparta agujas de inyección.
3. En caso de ser una persona portadora del virus del SIDA no debería quedar embarazada.
4. Descarte la sangre o los productos sanguíneos que contienen o son sospechosos de contener el virus del SIDA.
5. Antes de firmar la libreta de camamento, sería prudente que verifique la prueba serológica para detectar el virus del SIDA. —Allan R. Magie, profesor en la Escuela de Salud de la Universidad de Loma Linda, Estados Unidos.

## ¿Está lo suficientemente informado?

Actualmente el SIDA ha llegado a ser reconocido como una de las enfermedades más graves del mundo. Como no hay vacunas o curas en el horizonte, un buen método de defensa es estar bien informado.

**¿Qué es el SIDA?** Es una enfermedad fatal causada por un virus que infecta el cuerpo años antes que la enfermedad se desarrolle y manifieste completamente.

El SIDA es causado por un virus (HTLV-3 o VIH) que requiere una célula viva para multiplicarse. El intruso prefiere las células *linfocitos-T* (llamadas así por estar "educadas" para trabajar en la glándula timo). Dentro de la población de los linfocitos-T existe un grupo especial de células llamadas *ayudadoras-*

*T*, que regulan el sistema de defensa del cuerpo. Por lo tanto, el problema básico del SIDA es que el sistema inmunológico infectado ya no puede proteger al cuerpo contra las enfermedades, porque la multiplicación del VIH disminuye su función.

Otros lugares donde les gusta habitar a los VIH son las células sanguíneas llamadas *monocitos* y *macrófagos*, importantes en la recolección de residuos del sistema inmunológico. Pero lo que todavía tiene perplejos a los investigadores es que el virus del SIDA pueda permanecer por años dentro de las células, sin siquiera manifestarse, hasta que un buen día "despierta" de su hibernación y ocasiona el desastre. Esperamos que estudios posteriores aporten

datos sobre éstas y otras incógnitas.

**Transmisión del virus.** El virus del SIDA pasa de una persona a otra a través del contacto con los fluidos corporales que contienen las células infectadas. Esos fluidos son: semen, secreciones vaginales y cervicales, sangre, leche materna, saliva y pus. —*Dr. Deane Wolcott*, psiquiatra en la Universidad de California, Los Angeles; *Dr. Harvey A. Elder*, profesor del Departamento de Medicina y director del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Jerry L. Pettis; *John E. Lewis*, profesor asociado del Departamento de Patología y Medicina de Laboratorio, en el Escuela de Profesiones Afines de la Universidad de Loma Linda, Estados Unidos.

# VIDA

## en la medicina

### SIDA: más grave que las guerras

Un estudio realizado por el Centro de Control de las Enfermedades, con sede en Atlanta, Estados Unidos, reveló que para 1991 existirán en ese país cerca de 270.000 pacientes con SIDA, de los que podrían morir unos 179.000. Según esta misma investigación, en menos de cuatro años el SIDA mató a más norteamericanos que las guerras de Corea y Vietnam juntas.

### Yema de huevo para combatir el SIDA

El célebre producto gallináceo, que se hizo famoso en la historia por ayudar a Cristóbal Colón a probar sus ideas de circunnavegación, está mostrando una vez más su versatilidad al contribuir en la preparación de un medicamento anti-SIDA.

El fármaco, extraído de la yema de huevo por científicos del Instituto Weizmann de Israel, y que primariamente se lo utilizaba para combatir la arteriosclerosis, se mostró muy eficaz en impedir la diseminación de los virus. Al modificar la estructura lipídica de las

membranas celulares de ciertos virus —como en los del SIDA—, el AL-721 impide que el virus penetre en las células, se hospede y "fabrique" descendientes.

Según los especialistas, las grandes ventajas del AL-721 sobre el AZT (fármaco usado actualmente para aumentar la tasa de supervivencia de los sidóticos), son su menor precio y la ausencia de efectos colaterales. Evitando el optimismo exagerado, pero muy satisfechos con los resultados obtenidos en pacientes brasileños, los médicos creen conveniente esperar un poco más antes de lanzarlo para su uso masivo.

### Origen del virus del SIDA

En el verano de 1981, investigadores clínicos de Los Angeles y Nueva York comunicaron al Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos el primer caso de neumonía *Pneumocystis carinii* y de sarcoma de Kaposi entre homosexuales varones. De allí en adelante, en los siguientes dos años llovieron informes de casos de SIDA de todos los continentes, excepto de la

Antártida. Para 1985, la tasa de mortalidad de los sidóticos había excedido el 80%.

Hoy, los investigadores sugieren que el virus identificado con el SIDA, el virus humano T-linfotrópico, tipo 3 (HTLV-3 en inglés; VIH en castellano), está emparentado con el encontrado en los monos verdes del África. Por otra parte, el virólogo André Nahmias, residente en Norteamérica, recientemente descubrió que hace unos 25 años una persona que vivía en el Congo Belga, hoy República de Zaire, fue expuesta a un virus igual o muy semejante al HTLV-3, identificado actualmente como el responsable del SIDA.

El descubrimiento del Dr. Nahmias y sus colaboradores es el resultado del análisis de 1.213 plasmas sanguíneos de diferentes puntos geográficos del continente africano. La investigación, iniciada en 1959, confirmaría, una vez más, el origen africano del SIDA. Pero no está de más decir que el agente del SIDA es un virus complicado, ya que en ese continente se transmite a través de relaciones heterosexuales. Por sus características, en ciertos lugares ya se lo considera una epidemia.

# Eliza

# VIDA...

Hugo Vergan es médico del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Castex, Buenos Aires, Argentina.



## Sin SIDA

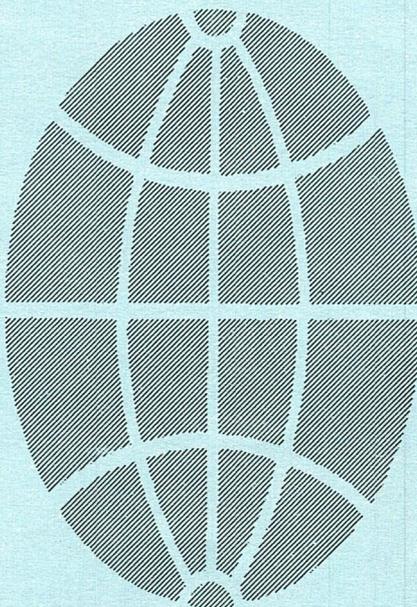
Desde que el SIDA fue descubierto y descrito a comienzos de los años 80, muchos creyeron que la humanidad se encontraba frente a un flagelo destructor que consumiría con el tiempo a sanos y enfermos, a ricos y pobres o a cualquier ser humano que se cruzara con el temible virus VIH.

Sin embargo, luego de las primeras investigaciones quedó bien claro que existía una población de alto riesgo, y que el resto de la humanidad podía descansar relativamente tranquila mientras observara ciertas reglas y cuidados específicos. Quizá la única excepción eran los hemofílicos, leucémicos y los hijos de madres portadoras del virus antes de la gestación.

Ya es sumamente conocido el hecho que involucra a los homosexuales masculinos y a los drogadependientes endovenosos como integrantes de estos grupos de riesgo. También es conocido el motivo por el cual se encuentran en esos grupos. La transmisión del virus por vía sanguínea y su presencia en el semen, entre otros fluidos orgánicos, constituyen esos motivos. Por lo tanto, el riesgo de padecer SIDA se encuentra ligado íntimamente a una decisión personal, a su vez vinculada a principios de orden moral que se convierten en protectores de la población en tanto y en cuanto sean observados.

Este hecho tan concreto como cierto ha sido sistemáticamente soslayado como arma para erradicar, o por lo menos controlar, la propagación del virus. Es más "lucrativo" hacer esfuerzos económicos y científicos supremos para obtener una vacuna o una droga curativa que insistir sobre la responsabilidad de quien se expone a contraer la enfermedad.

Lo cierto y concreto es que quien se mantiene alejado de la homosexualidad y de la drogadependencia tiene riesgos ínfimos de entrar en contacto con el virus y puede vivir tranquilo fren-



### ¿Qué prácticas representan riesgos?

Las que están confirmadas hasta hoy son las siguientes: las relaciones bisexuales —oral, vaginal o anal—; las transfusiones sanguíneas; el uso de agujas sin esterilizar (no descartables y usadas para drogarse); y las prácticas homosexuales masculinas.

Las no confirmadas por el momento comprenden: el apretón de manos, los mosquitos, el contacto ocasional con la piel del otro; usar ropas de un sidótico o recibir su estornudo o su aliento; y el beso "francés".

Las descartadas son: sentarse en un inodoro, tocar la manija de una puerta, y comer alimentos preparados por un sidótico.

te a esta aparente epidemia mundial.

Aquí no vamos a plantear una actitud acusadora, ni considerar esta enfermedad como un castigo de la Divinidad por la maldad de los hombres. No sabemos si es así. Pero una vez más se nos plantea a los seres humanos la posibilidad de elegir nuestros propios riesgos. Ese hecho no es considerado en su verdadera dimensión, y por lo tanto, crece más en la Bolsa de Valores el precio de las Acciones de quienes fabrican preservativos que el prestigio de los predicadores de conductas y principios éticos que "preservan" mucho más que un contagio ocasional.

Por ello quiero destacar el rol que nos compete a cada uno como administradores y responsables de nuestra salud en general, y más aún en el caso del riesgo de contraer el SIDA. Es que están involucrados valores mucho más amplios que la mera conservación de la salud física. Se trata de conservar la salud mental, la salud moral, la dignidad propia, el sentimiento de autoestima, la paz del espíritu y muchas otras cosas que nos permiten disfrutar realmente de la VIDA en plenitud.

Tampoco es cuestión de negar realidades y repartir culpas entre todos los que debieran ser responsabilizados por estos problemas sociales tan difundidos. Es cierto que existen condicionantes sociales, culturales, económicos, morales y educativos que exponen a un buen número de personas a la homosexualidad y a la drogadependencia. Pero también es cierto que debemos hacer algo por revertir esta situación, y dejar de considerar los atenuantes como elementos permisivos que llegan a justificar conductas francamente antisociales.

Es en este contexto donde se inscribe el rol de la voluntad del individuo para superarse continuamente y *elegir* el camino de la VIDA.

# SIDA:

## ¿Quién es la víctima?

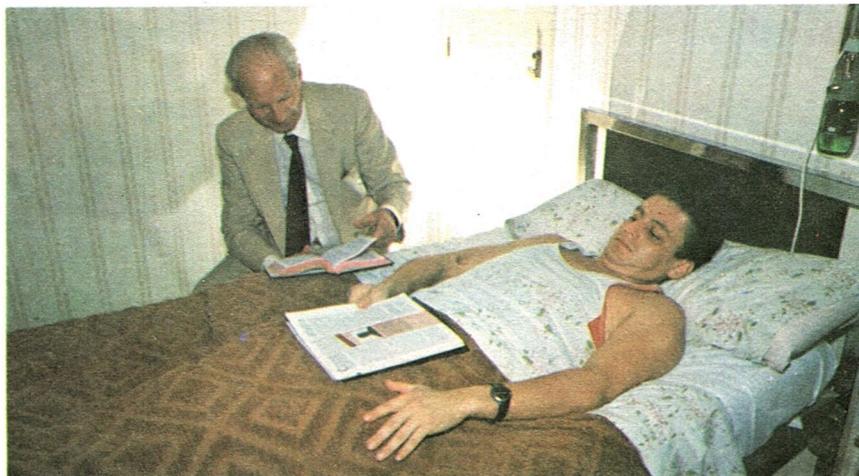
Ricardo Bentancur

Una perspectiva bíblica de un drama que nos compromete a todos.

Una y otra vez hablaba con su esposo de la necesidad de volver a la Argentina. Según ella, los años como inmigrantes en los Estados Unidos eran suficientes para su familia. Ya habían hecho muchos sacrificios. No podía terminar de adaptarse a una estructura social tan distinta, donde la familia no representaba un valor supremo.

Por otra parte, la sociedad norteamericana ya era un peligro cierto para la educación de sus hijos adolescentes: Las drogas, el incremento del libertinaje sexual, y con él, la plaga del SIDA, eran algunos de los muchos temores que alimentaban la ansiedad de esa joven madre. Su esposo no veía las cosas de ese modo, no compartía su visión un tanto "apocalíptica"; más bien creía que "problemas hay en todos lados" y que sólo era necesario saber adaptarse. Sin embargo, cedió a la constante presión de quien, según consideraba, era el baluarte de su familia. El sabía que su esposa era una "madre argentina".

Así, en menos tiempo de lo esperado, estaban recorriendo nuevamente las "callecitas" de Buenos Aires. Esas calles tan olvidadas, de



cerca; tan recordadas, de lejos. Por eso, a pesar de las pocas posibilidades económicas que hay en esta parte del planeta, todo estaba bien.

La vida transcurrió normalmente durante los primeros meses. El puso un negocio, sus hijos se adaptaron rápidamente al nuevo colegio. . . y su mujer, feliz. Hasta que él comenzó a sentirse mal: mareos, mucho sueño y "ganas de no hacer nada". Fue al médico; y después de los análisis, el diagnóstico: SIDA. No lo podía creer. . . entonces recordó aquel "encuentro" con una prostituta jamaicana en el sur de los Estados Unidos, más precisa-

mente en Miami. La desesperación casi lo desbordó. Sólo esperaba no haber contagiado a su esposa. Por eso, convino con su médico que la examinara, pero sin que despertara ninguna sospecha en ella. La excusa sería un "simple chequeo".

A los pocos días conoció la otra cara trágica de una moneda con la que nunca hubiera querido comerciar: Su esposa también tenía SIDA.

Conoció a este hombre en el momento más dramático de su vida: Cuando además de llevar la culpa del adulterio, debía sobrellevar la culpa de haberse convertido en el "asesino" de su fiel esposa.



**La falta de respeto al prójimo, la desconsideración del otro como un ser digno, que no se reduce a un efímero momento de placer, lleva al uso y abuso de las personas. El genuino amor es el único remedio para superar la desvalorización de los otros, que no es otra cosa que la propia desvalorización.**

### **Dos verdades fundamentales**

La Biblia, el registro de los hechos de Dios protagonizados por los hombres, presenta dos verdades que son fundamentales para las relaciones humanas y que pueden hacernos comprender la implicación ética del SIDA. Ellas son: En primer lugar, *la dignidad del prójimo se funda en el respeto que se merece por ser otra persona, distinta de mí; alguien que tiene derechos absolutos. Y segundo, el cuerpo humano es sagrado.*

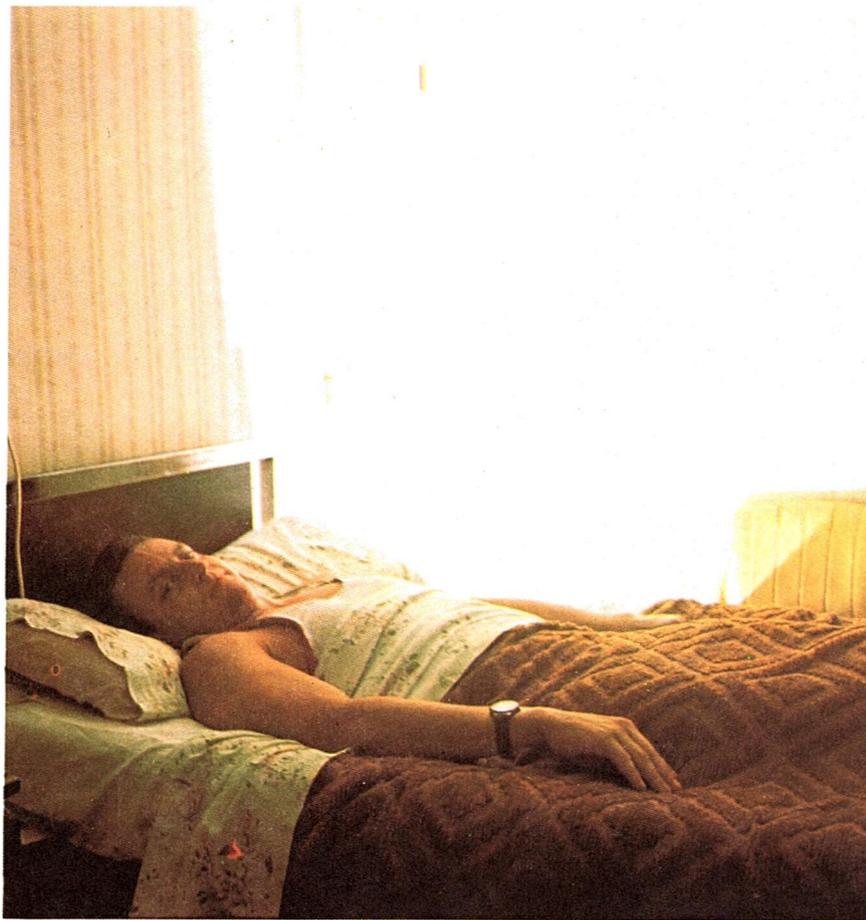
Cuando le preguntaron a Jesús "quién es mi prójimo" (véase S. Lucas 10: 29-37), el Maestro res-

pondió con un criterio tan original como sorprendente: *El prójimo es aquél que está cerca del otro, cuando éste lo necesita.* No dijo que el prójimo era el que estaba más próximo a mí, sino que yo soy el prójimo cuando respondo a la necesidad de la otra persona. Para definir la *proximidad* no utilizó un criterio espacial, que es el que se utiliza para definir la proximidad de las cosas.

Al contrario, Jesús utilizó un criterio ético: *Soy prójimo cuando me comporto como tal respecto de otra persona.* En esta idea hay dos aspectos: en primer lugar, la *proximidad* es una acción, un comporta-

miento en primera persona; en segundo lugar, es una acción referida a otra persona. Es decir, sólo puedo comportarme como prójimo cuando me percaté de la otra persona; fije mi atención en ella y la respeto en su alteridad.

Por otra parte, *esa otra persona se me presenta como un cuerpo humano, así como yo soy un cuerpo.* Se presenta con un cuerpo limitado, necesitado, amable, protegible, mortal. En esto radica la maravilla del cuerpo: denunciar nuestra condición humana. Tal es la importancia que la Biblia le adjudica al cuerpo en las relaciones entre los



**Su cuerpo enfermo, con sus días contados, es nuestro propio cuerpo con nuestros días también contados. Sus culpas también son nuestras culpas. Por eso, no sólo no condenaremos al sidótico por su enfermedad, sino que estaremos dispuestos a tenderle una mano cuando la necesite.**

hombres, que el mismo Dios fundamenta el criterio del juicio final en el tratamiento que le damos al cuerpo del otro: “Entonces el Rey dirá a los de su derecha: Venid, benditos de mi Padre, heredad el reino preparado para vosotros desde la fundación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; fui forastero, y me recogisteis; estuve desnudo, y me cubristeis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a mí” (S. Mateo 25: 34-36).

Además, la dignidad del cuerpo humano se revela en la misma encarnación de Cristo. Dios no vino

al mundo sobre “alas de ángeles”, eligió morar en un cuerpo tan limitado, tan necesitado, tan amable, tan protegible, tan histórico, tan mortal, como el suyo y el mío. Así de maravilloso es el cuerpo: ¡Morada de la divinidad, y criterio ético del juicio final!

Estas verdades tan bellas como milenarias pueden ayudarnos a comprender la implicación ética del SIDA.

#### **¿Quién fue la víctima?**

Desde esta perspectiva bíblica, ¿quién fue la víctima en el relato

con el que comenzamos este artículo? ¿Podemos decir que el victimario es sólo el virus?

Por su particularidad, el SIDA es una enfermedad que ofrece una variada gama de tonos para la reflexión ética. Es una enfermedad —como las venéreas— cuyo origen en la inmensa mayoría de los casos remite a una falta de conducta moral. En este sentido, el señor del relato actuó en forma irresponsable no sólo con su cuerpo sino con el de su esposa. No asumió el enorme caudal de posibilidades —ya sea para el bien o para el mal— que tenía su propio cuerpo. No fue consciente de los límites que impone el cuerpo como condición para gozar plenamente de la vida. Usó, explotó, traficó con el cuerpo de una prostituta; y así destruyó a su familia. “¿O no saben que cuando un hombre se une con una prostituta, se hacen los dos un solo cuerpo?” (1 Corintios 6: 16). En este sentido fue un victimario, como pueden serlo los drogadictos u homosexuales que no reconocen la dimensión ética, comunitaria, que tiene cada una de sus acciones.

Hace unos días, un drogadicto me dijo: “Yo hago con mi vida lo que se me antoja; es *mi* vida”. Pero desde las consecuencias que trae esta nueva enfermedad, que pronto puede convertirse en pandemia, ese razonamiento es casi homicida. La Biblia dice claramente: “Ninguno de nosotros vive para sí, y ninguno muere para sí” (Romanos 14: 7); es decir, somos seres sociales por naturaleza, nuestras acciones afectan a muchos.

La falta de respeto al prójimo, la desconsideración del *otro* como un ser digno, que no se reduce a un efímero momento de placer, lleva al uso y abuso de las personas. Esta desvalorización del *otro*, que no es otra cosa que la propia desvalorización, es el principio de la explotación del cuerpo de los hombres como una mera cosa. Así, el cuerpo de una mujer es comercializable; y el de un hombre puede ser tanto objeto de placer para la droga o para el uso antinatural del sexo. Pero

la naturaleza se resiste a tanto desborde, y denuncia su violación. El SIDA es una forma como la naturaleza ruega por sus derechos; como el cuerpo reclama sus límites.

## Un camino de dos vías

El sidótico —obviamente no estoy haciendo referencia al que contrae la enfermedad accidentalmente— debe asumir con responsabilidad la causa por la que contrajo la enfermedad. Sólo así podrá comenzar a recuperarse del daño que se infringió a sí mismo y a los demás.

A la violación de las leyes de la naturaleza —que son el correlato de las leyes de Dios en el ámbito espiritual—, a la transgresión de las leyes que regulan el comportamiento corporal de la comunidad, la Biblia la llama pecado. Desde esta perspectiva, el pecado es algo bien concreto, social y ético. El pecado tiene víctimas de carne y sangre: la propia persona que lo comete y la persona del *otro*. Su consecuencia es la muerte (Romanos 6: 23). El sidótico debe asumir esta culpa, quebrantarse. Pero no estará solo, “Porque así dijo el Alto y Sublime: Yo habito en la altura. . . y con el quebrantado y humilde de espíritu” (Isaías 57: 15).

Esta es una vía del camino; pero hay otra: El sidótico no debe ser considerado como el leproso de los tiempos bíblicos. Es un *otro* que nos interpela desde su máxima necesidad, desde la frontera de la muerte, para que seamos sensibles a su tragedia; nuestra propia tragedia. Su cuerpo enfermo, con sus días contados, es nuestro propio cuerpo, con nuestros días también contados. Sus culpas también son nuestras culpas. Desde esta conciencia, no sólo no lo condenaremos por la causa de su enfermedad, porque el amor no juzga razones, sino que estaremos dispuestos a tender una mano a quien nos reclama desde su condición de enfermo. Entonces, le habremos dado la mano al mismo Cristo: “Porque estuve enfermo, y me visitasteis”.

# VIDA

*cristiana*

El Dr. Enrique Chajj es el director del conocido programa radial y televisivo *Una Luz en el Camino*.



## Ante el temor al SIDA

El muchacho vivía desesperado. Se había encerrado en sí mismo, como queriendo morir sin que nadie conociera su verdadera historia. Su estado era de total depresión, ausencia y rebeldía. Rehuía el diálogo con su familia. ¿Cuál era el drama de este joven? Acababa de enterarse de que el hombre con quien había tenido relaciones sexuales estaba enfermo de SIDA. A partir de entonces su alma se derrumbó.

Como este muchacho, muchos otros hombres y mujeres de nuestro tiempo padecen un terror similar. Viven con la idea fija de la muerte. Han practicado la homosexualidad, y ahora están contagiados de SIDA. Tardíamente reconocen que su comportamiento sexual los condujo a la tragedia. Habían elegido ese camino pensando que era una expresión de libertad individual, pero terminaron perdiendo su libertad y su salud. Se sintieron atraídos por lo antinatural, y no pudieron evitar sus consecuencias.

Por supuesto, no toda conducta homosexual producirá necesariamente el SIDA, como tampoco ésta es la única causa de la enfermedad. Pero, ¿quién podría negar el alto riesgo y la gran incidencia de la práctica sodomita? Por alguna razón, el Creador condenó esta modalidad de vida y destruyó las antiguas ciudades de Sodoma y Gomorra. Y siglos más tarde, la Sagrada Escritura registró la actitud de los hombres que, “dejando el uso natural de la mujer, se encendieron en su lascivia unos con otros, cometiendo hechos vergonzosos hombres con hombres, y recibiendo en sí mismos la retribución debida a su extravío” (Romanos 1: 27). El SIDA, ¿no será el resultado

de este extravío moral? En este sentido, el SIDA, más que un juicio de Dios, es el resultado de la transgresión de sus leyes.

Ciertamente, el programa de Dios para el bienestar humano no incluye la homosexualidad. Y cada vez que el hombre o la mujer se aparta del patrón divino —por seductor o excitante que pudiera ser al principio—, **el resultado** inevitable será la desdicha acompañada de fracaso y enfermedad.

¿Cuán a menudo se pierde la auténtica libertad por una mala elección; el gozo verdadero, por un pobre bocadillo de bajo placer; y la santidad del sexo, por la simple gratificación carnal! Dijo San Pablo: “Bienaventurado el que no se condena a sí mismo con lo que aprueba” (Romanos 14: 22). Y de veras, es feliz e inteligente la persona que sólo aprueba y practica en su vida lo que es edificante y saludable.

El gran tema del comportamiento humano bien podría plantearse sobre la base del siguiente principio bíblico: “Si, pues, coméis o bebéis, o hacéis otra cosa, *hacedlo todo para la gloria de Dios*” (1 Corintios 10: 31). Eso es lo que pide el Creador: que a través de nuestros actos lo glorifiquemos, lo honremos, *con lo cual nos enaltecemos y aseguramos nuestro propio bienestar personal*.

Cabe preguntarnos: ¿Podríamos honrar y glorificar a Dios mediante la homosexualidad, la promiscuidad sexual, la drogadicción o cualquier otra aberración de la conducta? Por más eufemismos que utilicemos para atenuar la naturaleza del mal, lo que es malo seguirá siendo malo. Y lo que es bueno, aunque no siempre sea reconocido como tal, seguirá siendo digno de ser practicado como garantía de felicidad. ¿No le parece?

# El abrazo

Harry Krueger

Aunque parezca poco, una expresión de cariño puede producir un gran efecto.

Sus ojos azules se clavaron en mí cuando abrí la puerta. Luego estudió cada uno de mis movimientos mientras crucé la habitación hasta un costado de su cama. Ignorando su mirada fría, pétrea, sobre mi rostro, me presenté. El replicó con un breve “hola”.

Joel tenía 33 años. Lucía el cabello rubio y algo quemado, típico de una persona que ha pasado muchas horas en la playa. Era el único paciente en una habitación semi-privada y, donde debía estar una segunda cama, había un espacio vacío. Mis ojos fueron atraídos por su apariencia delgada.

—¿Qué te trajo al hospital? —le pregunté.

Como es mi práctica, no había mirado su historia clínica porque primero deseaba oír cómo percibía él mismo su enfermedad.

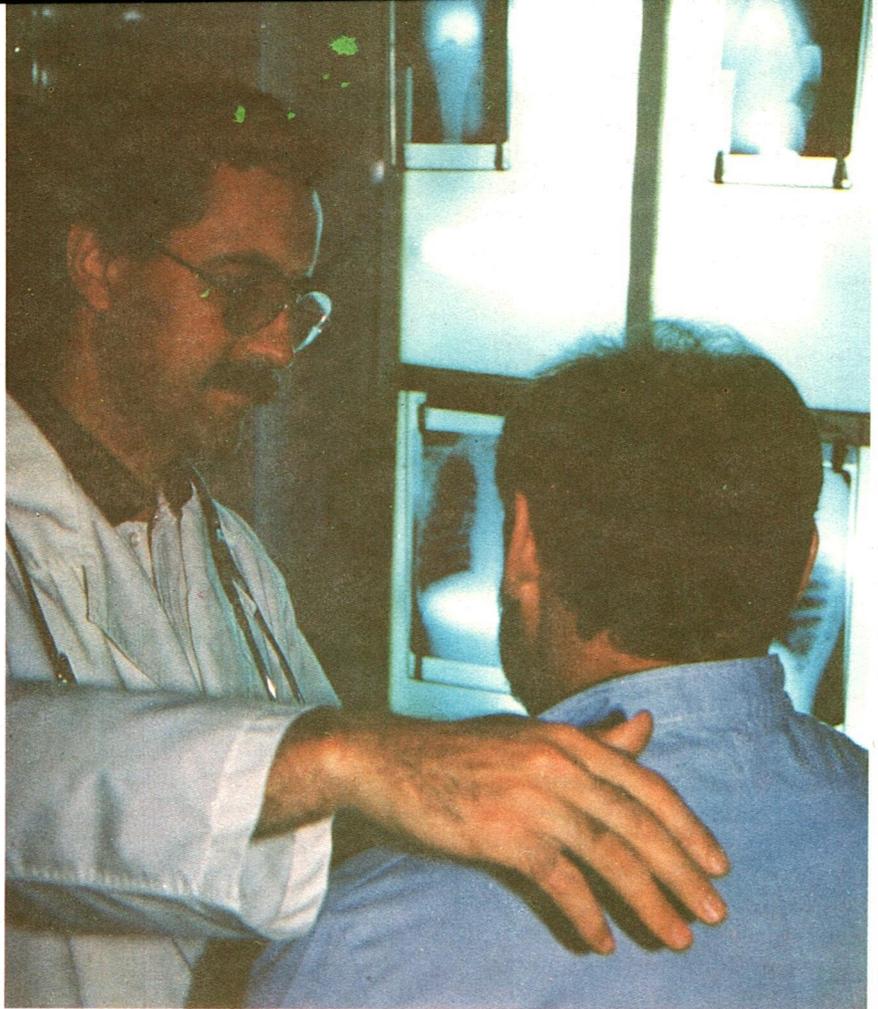
Titubeó, pero luego esbozó detalladamente los problemas que se mezclaban con la tos persistente, la pérdida de peso y los incrementados períodos de debilidad.

—Ultimamente no he tenido fuerzas para realizar deportes —finalizó—. Deseo sentirme mejor.

Miró por la ventana, observando los autos distantes que se movían rápidamente dentro y fuera de la zona de estacionamiento.

Interesado por su aparente soledad emocional, le pregunté si tenía familiares o amigos en la zona.

Harry Krueger es capellán en un hospital de los Estados Unidos. Traducido por Aldo D. Orrego de *Insight*.



“**F**inalmente inclinó levemente la cabeza. Entonces, puse mi mano sobre su hombro y sentí que se estremecía; sentí que sollozaba tristemente”.

—Oh, he viajado muchísimo. No hace mucho tiempo que estoy aquí, pero mi familia vive a cientos de kilómetros. No conozco a nadie de este lugar.

Me contó que había trabajado en construcción. Era carpintero en proyectos de oficinas de edificios, y se trasladaba hacia un nuevo trabajo en otra ciudad, cada vez que la construcción estaba terminada.

—¿Puedes escribirle a alguien, a algún amigo de cualquiera de tus trabajos? —le pregunté, deseando animarlo a hablar para que pudiera expresar sentimientos que lo ayudasen a encontrar consuelo.

—Lo pensaré —murmuró fríamente.

Me despedí y le dije que lo visitaría de nuevo muy pronto. Comúnmente concluyo las visitas preguntándole al paciente si le puedo dar un abrazo. Pero por alguna razón especial sentí que él no lo encontraría oportuno.

## Inhumanidad

Dos días más tarde me detuve en la sala de enfermería para indagar cómo le estaba yendo a Joel. Cuando eché una mirada a lo largo de su historia clínica, me di cuenta de que no parecía estar mejorando ni empeorando.

La enfermera me dijo que Joel estaba incomunicado. También

mencionó que no había recibido ninguna visita, ni siquiera una simple llamada telefónica.

Entonces se inclinó y me secreteó:

—¡Debe ser porque tiene SIDA!

Eso no se me había ocurrido antes, pero repentinamente las cosas tuvieron sentido. El sistema inmunológico de Joel estaba debilitado, y estaba haciéndose más y más difícil para él resistir la enfermedad. Eso explicaba la tos, la pérdida de peso, la debilidad.

Con el tiempo, su cuerpo estaría abrumado por el creciente número de enfermedades que no podría combatir, y Joel moriría.

Pensé en el espíritu de Joel, que también parecía estar marchitándose. La esperanza e incluso el enojo se estaban debilitando y comenzaban a apagarse. Y nadie estaba animándolo a luchar.

Por causa de las incomprendiones y los temores sociales hacia el SIDA, a menudo las víctimas son tratadas como los leprosos de los siglos pasados, excluidos del contacto humano. Peor aún, muchos miembros de iglesias tradicionales, que a menudo son un sostén maravilloso para quienes están muriendo, miran a las víctimas del SIDA como a quienes están fuera del alcance del amor de Dios, sufriendo un castigo por sus actos. Mi corazón se conmovió por Joel y comencé a entender lo que estaba atravesando.

Cuando al siguiente día entré en su habitación, me di cuenta de que nada había cambiado desde mi última visita. Allí todavía no había flores ni tarjetas; Joel estaba solo, y miraba hacia la ventana. Cuando entré me miró de soslayo.

—Tuve la oportunidad de leer tu historia clínica —le dije. Me miró tristemente. Entonces su cuerpo se relajó con el consuelo que viene cuando un oscuro secreto no se debe ocultar por más tiempo.

—No me siento mejor —dijo después de un momento—. Estoy muy débil, y no puedo creer que esto me esté sucediendo a mí.

El repentino fulgor de rabia y frustración se debilitó hasta desaparecer.

—He trabajado muchísimo, y deseaba seguir haciendo las cosas que me gustan. ¿Por qué no puedo levantarme y empezar de nuevo?

La respuesta era demasiado terrible como para que él la aceptara.

No hablamos acerca del SIDA o de cómo lo contrajo. Joel ya había sentido la puñalada violenta del rechazo y de la desaprobación por el estigma de su enfermedad. Había construido una valla emocional alrededor de sí mismo, excluyendo a otros de su vida así como ellos lo habían excluido de la suya.

En lugar de eso hablamos acerca de sus frustraciones presentes. Pero en el momento cuando la conversación se desvió hacia el futuro, se dio vuelta y fijó la vista en la ventana; quedamos en un silencio embarazoso.

Sentí que él necesitaba tiempo para estar solo, de modo que le dije que volvería en otro momento. Después pregunté:

—¿Te sentirías mejor si te doy un abrazo?

### Seguir adelante

Nunca olvidaré su mirada. La emoción congeló su expresión, sus ojos se fijaron en mí, y su boca se abrió ampliamente. Como no respondía, gentilmente agregué:

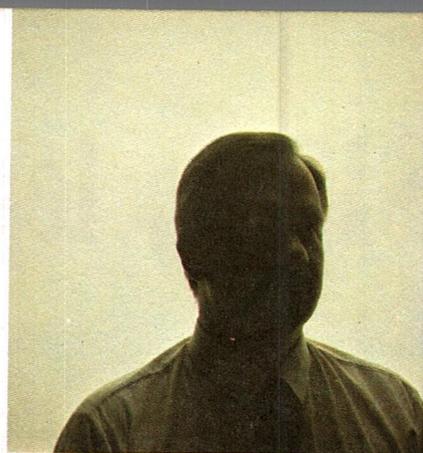
—Me gustaría hacerlo.

Finalmente hizo una leve inclinación de cabeza. Entonces puse mis brazos firmemente alrededor de él mientras se inclinaba hacia mí. Por un momento sentí su espalda estremeada y oí un sollozo ahogado.

Lloriqueó, enjugó su rostro con el dorso de su mano, y entonces se recostó.

—Nadie me ha abrazado por mucho, mucho tiempo —dijo finalmente algo atragantado—. Incluso nadie me ha tocado.

Permanecí a su lado y lo observé beber, por primera vez en meses, la libertad de su soledad. Por un instante era libre de nuevo. Fue el momento cuando recordé que Cristo nunca vaciló en tocar —y generosamente— a toda persona enferma y pecadora.



**E**l mayor drama del sidótico es morir en el anonimato, en la soledad total.

# SIDA, lepra y amor

Kenneth R. Wade

Una nueva enfermedad ha tomado el lugar de la lepra de los tiempos de Jesús. ¿Tendremos el coraje y la bondad de nuestro Maestro?

**N**unca he visitado un leprosario, ni he visto a un leproso cara a cara; nunca sentí temor de ser la siguiente víctima de la lepra. De modo que pienso que no tengo una comprensión real de lo que Jesús experimentó en el encuentro descrito en S. Lucas 5: 12: "Sucedió que, estando en una ciudad, se presentó un hombre cubierto de lepra que, al ver a Jesús, se echó rostro en tierra, y le rogó diciendo: 'Señor, si quieres, puedes limpiarme'" (*Biblia de Jerusalén*).

La lepra presenta diversas formas, algunas más serias que otras, y este hombre aparentemente sufría la más grave: estaba "cubierto de lepra".

Acercarse y tocar a ese hombre requeriría no sólo estómago fuerte sino también coraje moral, nacido del amor que siempre pone primero a los otros. Tocar a tal hombre podía ser un error fatal en lo social, lo político y lo físico. Jesús no sólo corría el riesgo de la posibilidad de muerte por una enfermedad a largo plazo, sino también la posibilidad inmediata de que las multitudes que lo seguían, que bebían en su verdad, lo abandonarían por temor a la infección.

Encuentro un poco difícil comprender lo duro que habrá sido para una persona, en los días de Jesús, tocar a un leproso. No le tengo

miedo a la lepra, y podría visitar un leprosario sin temor. La medicina moderna ha hecho de la lepra una enfermedad tratable, y las investigaciones han mostrado que no es tan contagiosa como a veces hemos creído.

Pero hay una enfermedad que temo. Hoy, la simple mención del SIDA provoca miedo en muchos corazones. Solemos oír que las enfermeras rehúsan atender a los sidóticos, que los encargados de pompas fúnebres rehúsan manipular sus cadáveres y que los dueños de los departamentos obligan a las víctimas a salir de ellos.

Son abundantes las similitudes entre el SIDA de hoy y la lepra de los días de Jesús. Ambas tienen la virtud de revelar nuestros sentimientos más íntimos, de ayudarnos a entender mucho mejor la actitud de Jesús y a conocernos a nosotros mismos.

Ni el leproso ni el sidótico son altamente contagiosos para quienes no están en contacto íntimo con ellos. Pero el temor que provocan hace irrelevante los hechos. La gente de los días de Jesús desterraba a los leprosos; hoy nosotros condenamos al ostracismo a las víctimas del SIDA.

La lepra llevaba consigo el estigma del pecado: era visto como una retribución de Dios por algún terrible delito. No tengo dudas de que en algún grupo de cristianos usted pueda encontrar a quienes consideran que el SIDA es el justo castigo

de Dios sobre los homosexuales y los consumidores de drogas.

Casi inevitablemente, la lepra conducía a una muerte horrible. Así lo hace el SIDA.

Hace un tiempo oficié un funeral sin ataúd. La ley estatal había ordenado que el cuerpo del difunto —una víctima del SIDA— fuera cremado. La bandera que honraba a este ex combatiente fue plegada sobre una pequeña urna colocada en frente de la iglesia.

Nunca me había visto con el fallecido ni con su familia. Oficié el funeral porque su pastor estaba fuera de la ciudad. En la comida realizada después del funeral hice un alto para conversar con la acongojada madre. Ella había cuidado de su hijo lavándole diariamente las supurantes llagas, hasta que finalmente tuvo que ser hospitalizado pocos días antes de morir. Yo tomé sus manos con las mías. . . Pero después me aseguré de no acercar mis manos a mi boca.

También me encontré con el joven con quien el fallecido había estado viviendo hasta que contrajo la enfermedad. Pensé en las dudas, los temores y las preguntas que podrían estar asaltando su mente. Pero sólo hablé brevemente con él. Y luego me aseguré de lavarme bien las manos.

Después de un año me di cuenta de que en aquella oportunidad había adoptado una actitud "piadosa", defensiva, distante y farisaica, en lugar de tener la actitud solícita, sacrificada y próxima, propia de Jesús.

DIRECTOR  
**Ricardo Bentancur**

REDACTORES  
**Mónica Casarramona**  
**Aldo D. Orrego**

CORRECTOR  
**Ariel A. Pérez**

SECRETARIA  
**Aurora H. de Martigani**

DIRECTOR DE ARTE  
**Luis O. Marsón**

FOTOGRAFO  
**Ariel Lust**



GERENTE GENERAL  
**Roberto Gullón**

PRESIDENTE DEL CONSEJO EDITORIAL  
**Rolando A. Ifin**

GERENTE DE DISTRIBUCION  
**Arbin E. Lust**

GERENTE DE PRODUCCION  
**Daniel Pérez**

## Agencias

SERVICIO EDUCACIONAL  
HOGAR Y SALUD

**ARGENTINA:** BAHIA BLANCA: Villarino 39, 8000 Bahía Blanca. Buenos Aires. Tel. 24280. BUENOS AIRES: Valentin Vergara 3346, 1602 Florida, Buenos Aires. Tel. 761-3647. CORDOBA: Avda. Sabattini 1680, B° Maipú, 5014 Córdoba. Tel. (051) 23194. CORRIENTES: Buenos Aires 1178, 3400 Corrientes. Tel. 24072. TUCUMAN: Avda. Mate de Luna 2399, 4000 San Miguel de Tucumán. Tel. 235472.

**BOLIVIA:** LA PAZ: Rosendo Villalobos 1592. Casilla 355. Tels. 352843, 327244. SANTA CRUZ DE LA SIERRA: 3er. anillo externo, Avda. C. Cushing y Alemania. Casilla 2495. Tels. 3-2200, 3-2201.

**CHILE:** ANTOFAGASTA: 14 de Febrero 2784. Casilla 1260. Tel. 24917. SANTIAGO: Santa Elena 1038. Casilla 328. Tel. 2225948. Porvenir 72. Casilla 2830. Tel. 2225880. TEMUCO: Claro Solar 1170. Casilla 2-D. Tel. 33194.

**ECUADOR:** GUAYAQUIL: Calle Tulcán 901. Casilla 1140. Tel. 361-205.

**ESPAÑA:** EDITORIAL SAFELIZ: Aravaca 8. Madrid-3 Tels. 233-4238, 233-8661.

**PARAGUAY:** ASUNCION: Kubitschek 899. Tel. 24-181.

**PERU:** AREQUIPA: San Francisco 323. Casilla de Correo 1381. Tels. 239571, 233660. CHICLAYO: Alfonso Ugarte 1499. Casilla 330. Tels. 23-2641. LIMA: Jr. Washington 1807, oficina 502. Casilla 1002. Tels. 23-9012, 23-1361. PUCALLPA: Avda Basadre Km 4.700. Casilla 350. Tel. 6914. PUNO: Lima 115. Casilla 312. Tel. 193.

**URUGUAY:** MONTEVIDEO: Mateo Vidal 3211. Casilla 512. Tel. 81 46 67.

REGISTRO NACIONAL DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL N° 100675	CORREO AEREO (C.A.S.) Suc. Florida (B) y Central (B)	FRANQUEO A PAGAR Cuenta N° 199
PRINTED IN ARGENTINA		TARIFA REDUCIDA Concesión N° 590

## Ultimas palabras

Cuando Friedland le comunicó el diagnóstico, María quedó alelada, debatiéndose entre el miedo, la ira y la incredulidad. Pensó en sus hijos y en Jaime, su esposo, a quien hubiera deseado ver vivo para matarlo. Miró al doctor Friedland como a través de una neblina: era un hombre de 46 años, robusto, de bigotes y cabello entrecano. Su rostro parecía hecho para la sonrisa, pero sus ojos azules expresaban cansancio; las preocupaciones habían marcado arrugas en su frente. El médico tomó la mano de la paciente, pues creía, y así lo enseñaba a sus discípulos, que era importante tocar a los enfermos de SIDA en vez de tratarlos como si fueran leprosos, y pasó una hora a su lado, explicándole en qué consistía su mal.

Desde ese momento se iniciaría una lucha sin cuartel; una batalla que sólo tendría vencedores.

María y Friedland habían llegado a un acuerdo con respecto a la calidad de vida y a la clase de muerte que ella deseaba, y el médico estaba dispuesto a cumplir su voluntad. Insistió en que quería morir en su casa, como una persona, y no en un hospital, donde sería un objeto sostenido por una maraña de tubos. Friedland le comunicó sus dudas: la muerte por el SIDA puede ser una de las más desagradables e ir acompañada de demencia e incontinencia. Presenciarla sería un tormento para su familia. No obstante, María insistió, y Nicki, su hijo, parecía estar en condiciones de afrontar el dolor; de modo que Friedland finalmente cedió.

El médico mantuvo conversaciones con María y sus familiares, a fin de prepararlos para la prueba final. Una vez que hizo los arreglos, Friedland viajó a París para presentar en un congreso médico los resultados de su lucha contra el SIDA.

Aunque en sus últimos momentos María no sufría, su estado era lastimoso: dejó de comer y en instantes de lucidez parecía regresar al pasado. Cuando ya no hubo nada que hacer, su familia se la llevó a casa. María comprendió que estaba en su hogar, rodeada de sus hijos, de los suyos, por eso se reanimó durante unos días. No obstante, finalmente murió.

Cuando Friedland regresó de Francia, cansado, pensando en María y en su propia impotencia, lo esperaba su esposa con una triste noticia: María había fallecido la noche anterior.

Lo invadió un sentimiento de tristeza, de pérdida, de culpa. Cuando llegó al hospital, quince pacientes lo aguardaban; cada uno era un hombre encadenado a un diagnóstico sombrío: probable SIDA, neumonía causada por el Pneumocystis carinii, infección ocular virósica provocada por el mismo virus, dos casos de meningitis y... El número de enfermos iba en aumento, vendría otra María, y otra, y otra.

Sin embargo, cargando con el dolor de la impotencia, Gerald Friedland no se dejó vencer; reunió a su equipo y les dijo: "A pesar de todo, hay que seguir luchando y continuar cumpliendo con nuestro deber".

Desde este rincón de nuestra revista honramos al Dr. Friedland —un valiente pionero en la lucha contra el SIDA—, y con él, a todos los que están comprometidos en la misma batalla. También hacemos nuestras las palabras del médico norteamericano: "Hay que seguir luchando".—RB.

VIDA feliz (Marca Registrada). Editada mensualmente e impresa mediante el sistema offset por la Asociación Casa Editora Sudamericana, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, a fin de entregar al hombre de hoy el mensaje de la vida plena —física, mental, social y espiritual— que contiene la Sagrada Escritura. Miembro de la Asociación Argentina de Editores de Revistas. Redacción, administración y talleres: Avda. San Martín 4555, 1602 Florida, Buenos Aires. República Argentina. Tel. 760-0416. Domicilio legal: Uriarte 2435, 1425 Capital Federal. —Febrero de 1990.

## ENSALADA DE CHOCLOS

- 12 choclos de grano tierno
- 2 tomates
- 2 cucharadas de nueces molidas
- 1 Morrón rojo
- 50 g de mayonesa de soja
- 6 hojas de lechuga tiernas
- 1 cucharada de perejil picado
- Hierbas aromáticas, cantidad necesaria
- Una pizca de azúcar
- Caldo de verduras, cantidad necesaria
- Sal marina y condimentos a gusto

Desgranar los choclos, darles un ligero hervor en caldo y colar enseguida. Poner en una ensaladera junto con los tomates picados (sin piel ni semillas), el Morrón cortado en tiritas, las nueces y la pizca de azúcar. Condimentar con la mayonesa de soja y otros condimentos a gusto. Disponer en una fuente sobre las hojas de lechuga y espolvorear con el perejil picado.

VIDA

## ANADAS DE CHOCLO

- 12 discos de masa de hojaldre
- 2 tazas de choclo rallado
- 1 Morrón picado fino
- 1 cebolla picada
- 1 tomate (puré)
- 2 tazas de salsa blanca espesa
- 4 cucharadas de aceite de maíz
- Sal marina y orégano a gusto

Rehogar la cebolla y el Morrón en el aceite. Agregar el puré de tomate y llevar a fuego mediano. Dejar hervir hasta que se reduzca el líquido. Incorporar el choclo rallado y condimentar a gusto. Retirar del fuego y mezclar con la salsa blanca. Dejar enfriar. Rellenar los discos de hojaldre y repulgar los bordes. Hornear a temperatura moderada. Pincelar la superficie de las empanadas con aceite en medio de la cocción para que queden brillantes.

Sigrid Bracht, Chubut, Argentina

VIDA

VIDA

en la cocina

## El choclo: con dientes y barba

## Platos principales

## Platos principales

## HUMITA NORTEÑA

- 400 g de choclo rallado
- 200 de queso fresco o rallado
- 1 huevo batido
- 1 taza de leche
- 2 cucharadas de cebolla picada fino
- 1 cucharadita de azúcar
- Sal y condimentos a gusto

Mezclar todos los ingredientes en un recipiente. Aceitar y enharinar un molde cuadrado mediano. Verter la preparación y hornear a temperatura moderada hasta que esté firme y la superficie se presente dorada.

Mabel N. de Díaz, Misiones, Argentina

VIDA

## PIZZETAS DE CHOCLO

## Masa

- 1 taza de harina de gluten
- 1/2 taza de harina de centeno
- 1/2 taza de harina de soja
- 1/2 taza de agua tibia
- 1/2 cucharadita de miel
- 1 cucharada de levadura de cerveza
- 2 cucharadas de aceite de maíz o soja
- 1/2 cucharadita de sal marina

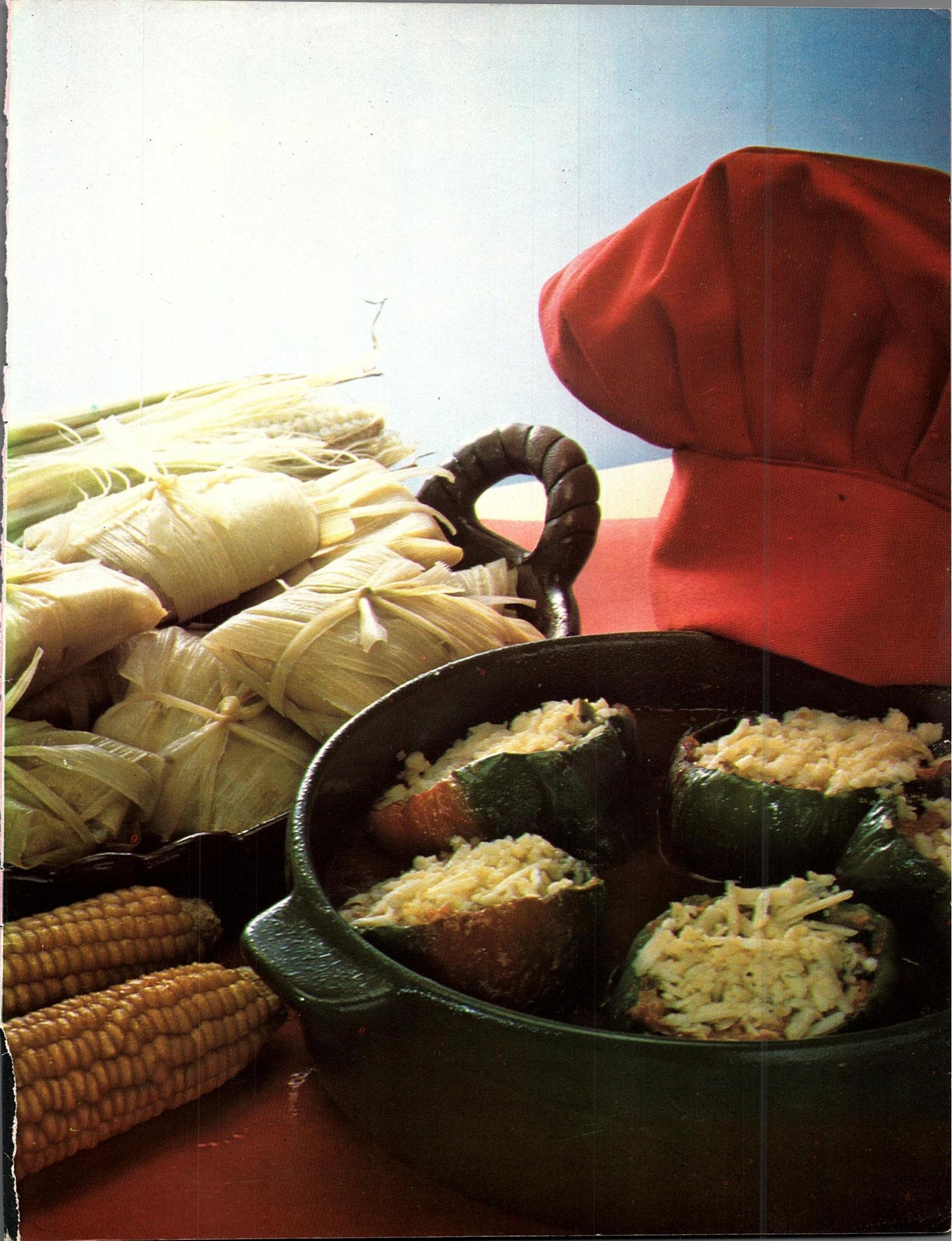
## Cobertura

- 2 choclos hervidos y rallados
- 1/2 cebolla picada fino
- 250 g de mozzarella
- 1 diente de ajo rallado
- 1 cucharadita de orégano

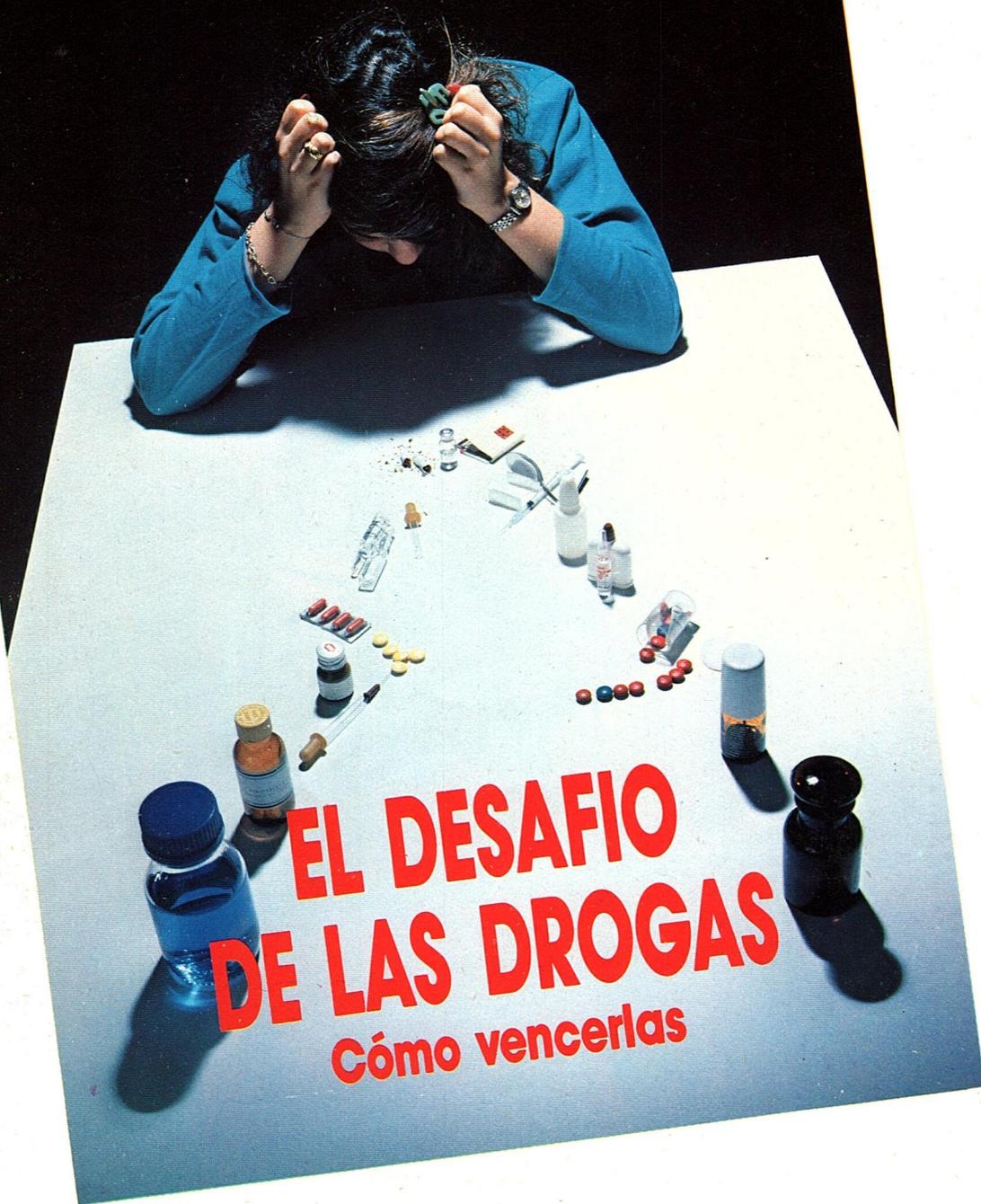
Mezclar el agua con la miel y la levadura, y dejar reposar hasta que se forme una espuma. Tamizar todas las harinas con la sal. Hacer un hueco en el medio y verter el aceite, la levadura y un poco de agua tibia si fuere necesario. Mezclar hasta lograr un bollo blando que no se adhiera a las manos. Formar bolitas y aplastarlas con los dedos para darles forma de pizzetas. Dejar leudar. Aparte, rehogar la cebolla y el ajo. Agregar el choclo, condimentar y saltear hasta que éste se cocine. Verter sobre las pizzetas, cubrir con el queso y el orégano, y hornear a temperatura moderada hasta que la masa se cocine y se derrita el queso.

María E. Sánchez Linari, Bahía Blanca, Argentina

VIDA



Azenilto G. Brito



# EL DESAFIO DE LAS DROGAS

Cómo vencerlas

Pida información a la agencia del Servicio Educativo Hogar y Salud más cercana a su domicilio. (Vea las direcciones en la página 25.)

**T**odos los días, los medios de comunicación nos informan del secuestro de drogas, algunas veces en cantidades importantes. A pesar de ello, a diario crece el número de personas con dependencia química: jóvenes, adolescentes y aun niños son iniciados en la destructiva práctica de la drogadependencia.

El problema es angustiante y requiere soluciones, aunque siempre parece ser un problema de los demás. . . hasta que aparece en nuestro hogar. **El desafío de las drogas** lo ayudará a reconocer a la víctima de la dependencia física o psicológica de la droga, y le indicará las soluciones. Este libro es el resultado de una investigación seria y de la práctica del autor con el problema.

**Páginas:** 192 (con ilustraciones)

**Formato:** 14 x 21

**Autor:** Azenilto G. Brito