

Vivir con VIH/sida en prisión: el caso de la Ciudad de México

Living with HIV/AIDS in prison: Mexico City's case

Gloria Estela Castellanos López¹

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue describir las condiciones de vida de los internos que viven con VIH/sida en la Penitenciaría de la Ciudad de México. Al efecto, se realizaron entrevistas en grupos de discusión entre internos no portadores y entrevistas individuales con internos seropositivos, personal técnico y funcionarios; además, se utilizó la técnica de observación bajo la modalidad no participante panorámica a lo largo de seis meses. La información obtenida se sometió a un análisis temático del contenido. El principal hallazgo señala la inexistencia de una atención integral para quienes viven con VIH/sida al tener acceso sólo al tratamiento médico, pero sin apoyo psicológico, así como la existencia de rechazo y discriminación de la población interna y de quienes laboran en la institución, principalmente hacia aquellos internos seropositivos que consumen drogas.

Palabras clave: Internos; Prisiones; VIH; Sida.

ABSTRACT

The aim of this work was to describe the conditions of life of inmates who live with HIV/AIDS in the Penitentiary of Mexico City. Non-infected inmates were interviewed in focus groups; HIV inmates, technical workers and officers were interviewed individually. Furthermore, as a complementary technique, it was used a non-participant panoramic observation during six months. The obtained information was submitted to a thematic content analysis. The main finding points to a nonexistence of integral attention for inmates who live with HIV/AIDS, because they have access only to medical treatment, but there is no psychological support for them, as well as the existence of rejection and discrimination from inmate population and penitentiary's workers, mainly toward seropositive inmates who consume drugs.

Key words: Inmates; Prisons; HIV; AIDS.

El VIH/sida es un fenómeno que impacta a los individuos en tres niveles: el biológico, por las alteraciones que provoca en el funcionamiento del sistema inmunológico; el social, porque trastorna las interacciones con las otras personas por el prejuicio y el estigma que lo han acompañado en su desarrollo histórico, y el emocional, por los aspectos afectivos que involucra.

En el caso del VIH/sida, las personas experimentan una serie de cambios emocionales: primero, al recibir el resultado de la prueba de anticuerpos; en caso de ser negativo, la persona siente alivio y regocijo; de ser positivo, se siente abrumada y experimenta una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas; el segundo momento después del diagnóstico es cuando el paciente atraviesa las etapas de negación o desconcierto, tristeza, ira, negociación, depresión y aceptación (Fernández, 1999).

¹ Reclusorio Preventivo Varonil Norte, Jaime Nunó 155, Col. Zona Escolar, Del. Gustavo A. Madero, 07230 México, D.F., tel. (55)53-23-08-25, correo electrónico: gecastellanos01@hotmail.com. Artículo recibido el 9 de abril y aceptado el 23 de octubre de 2008.

Para Bayés (1994), este impacto emocional puede producir en el sujeto algún tipo de modulación inmunológica que afecta negativamente el curso de la enfermedad. Sus reacciones frente al diagnóstico de infección por el VIH están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su historia personal. La ansiedad es la primera respuesta emocional que aparece ante una situación amenazante o catastrófica, como una enfermedad infecto-contagiosa; es una reacción de alarma que busca desencadenar una serie de mecanismos de afrontamiento adaptativos. Si estos mecanismos no son suficientes para mantener o restaurar el equilibrio emocional, el individuo puede entrar en estados de crisis (Albarracín, No, McNatt, y cols., 2000), y entonces el consumo de drogas puede surgir como una alternativa para evadir una realidad poco grata (Castellanos, 2007).

El ingreso a la prisión implica la pérdida de la libertad, encierro, incomunicación con el núcleo familiar y con la comunidad, un cambio radical de modo de vida y en las relaciones interpersonales, limitaciones físicas y psicológicas y estigma social. Quienes lo sufren atraviesan dos procesos: en primer lugar, la desculturización, la desadaptación a las condiciones que son necesarias para la vida en libertad, la incapacidad para aprehender la realidad del mundo exterior y la formación de una imagen ilusoria de él y el alejamiento progresivo de los valores y modelos de comportamiento propios de la sociedad exterior. En segundo término, la "prisionalización" al tener que asumir las actividades, modelos de comportamiento y valores característicos de la subcultura carcelaria, siendo necesario el aprendizaje de sus leyes no escritas. Algunos factores psicosociales que influyen en este segundo proceso pueden ser la edad, la formación académico-profesional, las relaciones sociales, el nivel económico y los vínculos familiares, pero principalmente el grado de inserción en la vida delictiva. Cuando un individuo ha construido el delito como su modo de subsistencia, se adaptará en corto tiempo y fácilmente; por el contrario, si es una persona honesta y tiene formas legales de vivir, su estancia será traumática y rechazará la violencia y la extorsión institucionalizadas (Castellanos, 2003).

La situación del interno con VIH/sida en prisión se puede presentar en dos variantes: la primera, cuando el interno fue diagnosticado antes de ingresar al centro penitenciario; la segunda, cuando el diagnóstico de seropositividad ocurre estando en reclusión. En ambos casos existe la necesidad de elaborar duelos y reestructurar el proyecto de vida. En el primero, cuando el interno llega al reclusorio preventivo hace referencia a su seropositividad en la entrevista que el personal técnico le hace, tras de lo cual se notifica al área jurídica para que solicite al servicio médico que se lleven a cabo los estudios serológicos necesarios para confirmar el diagnóstico. Es entonces trasladado a la penitenciaría y se le ubica en el dormitorio 10. En el segundo, cuando el interno solicita constantemente atención médica y el médico considera que existe la posibilidad de que sea portador de VIH por sus antecedentes clínicos y su historia de vida, lo canaliza al laboratorio para la realización de los estudios serológicos; si el resultado es positivo, se le traslada a la penitenciaría; si ya se encuentra en este centro, se le envía del dormitorio en el que se encuentre al citado dormitorio 10.

En la Ciudad de México hay diez centros penitenciarios, de los cuales ocho son para varones y dos para mujeres; los primeros albergan a 35,513 internos, de los cuales 68 hasta el momento de este estudio habían sido diagnosticados como portadores del VIH o habían desarrollado sida.

El presente estudio no experimental, de campo, exploratorio y descriptivo forma parte de una investigación más amplia cuyo objetivo fue explorar las condiciones de vida y el contenido de la representación social del VIH/sida en internos seropositivos que viven y trabajan en dos centros penitenciarios de esa urbe.

MÉTODO

Participantes

Participaron 30 internos, distribuidos en tres grupos focales de diez personas cada uno, cuya media de edad fue de 36 años, con secundaria terminada, un promedio de treinta y ocho años de sen-

tencia y seis años y seis meses en reclusión. Además, cuatro internos con VIH/sida (IVVS en lo sucesivo), de entre 23 y 33 años de edad, con escolaridad mínima de primaria completa, sentencias desde dos años y ocho meses hasta veintisiete años y tres meses y con un promedio de cuatro años en reclusión.

El personal técnico estuvo compuesto por cuatro psicólogas y una trabajadora social, con una media de siete años trabajando en el medio penitenciario y un promedio de seis años laborando en el centro varonil.

Los funcionarios participantes fueron el director, el subdirector técnico y el director del hospital, con experiencia en instituciones penitenciarias de cinco a quince años y con un promedio de cuatro años en el centro varonil.

Escenario

Las entrevistas se llevaron a cabo en la Penitenciaría del Distrito Federal, por ser el centro penitenciario que concentra a la población varonil seropositiva en la Ciudad de México.

Recolección de información

Se emplearon entrevistas en grupos de discusión con los internos no portadores; se conformaron tres grupos para explorar tres temas: información y conocimientos, sentimientos y emociones, e inquietudes y necesidades respecto al VIH/sida.

En cuanto a las entrevistas individuales, éstas se llevaron a cabo con los IVVS para indagar aspectos sobre su vivencia como pacientes en el centro penitenciario; con el personal técnico y funcionarios la entrevista estuvo orientada a explorar el trato y la relación institucional hacia las personas portadoras, la percepción que tenían de la conducta de los IVVS, de los no portadores hacia éstos y la importancia de este problema en la dinámica de estas instituciones.

La técnica de observación bajo la modalidad no participante panorámica se realizó a lo largo de seis meses.

La información obtenida durante las entrevistas fue sometida a un análisis temático del contenido.

RESULTADOS

Descripción física del dormitorio

La Penitenciaría del Distrito Federal es uno de los ocho centros varoniles que dependen del Gobierno del Distrito Federal, siendo el más antiguo de los que se encuentran en funcionamiento ya que se inauguró en 1951. La componen once dormitorios, edificio de gobierno, salas de visita, centro escolar, cocinas generales, talleres, tienda, cancha de fútbol, gimnasio y hospital. Este último depende de la Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal, por lo que se rige con una normatividad distinta a la del centro penitenciario. En su interior se ubica el dormitorio 10, conformado por ocho zonas con once estancias en la primera, y siete en cada una de las demás. Cada celda tiene una superficie aproximada de seis metros cuadrados, dos planchas de concreto a modo de cama, sanitario con excusado, lavabo y, en algunas, regadera; solo hay agua durante algunas horas. En las zonas de la 2 a la 8 se encuentran viviendo 59 IVVS –uno o dos internos por estancia– junto con población de adultos mayores. Aun cuando aquí se hallan concentrados, pueden transitar sin restricciones por las áreas a las que tienen acceso todos los internos. Los días de visita el dormitorio se observa limpio, a diferencia de los otros días, percibiéndose en ocasiones olores fétidos producto de los tambos de basura.

Dentro de este dormitorio hay dos celdas denominadas “de castigo”, donde se ubica a los IVVS que son sancionados por haber cometido alguna falta, y también a quienes solicitan protección; lo anterior ocurre en virtud de la recomendación que hiciera la Comisión Nacional de Derechos Humanos de que por su condición de salud no se les ubicara en el dormitorio 7, que se conoce como el “de castigo”, en el cual se ubica a todos los internos que son sancionados por el Consejo Técnico Interdisciplinario (instancia encargada de sancionar acciones contrarias a las establecidas en el reglamento de los centros de reclusión del Distrito Federal, conformada por los funcionarios del centro penitenciario).

Dinámica institucional

Los días lunes se reparten las llamadas “dietas semanales” en las cocinas generales, donde las entregan a los IVVS en una cubeta que ellos tienen que llevar por la mañana. Una ración para una semana incluye arroz, leche en polvo, azúcar, avena, verduras, carne roja, pollo, huevo, sopa de pasta y fruta; la mayoría de ellos comercializan dicha ración por una mínima cantidad a todo aquel que desee adquirirla. Es común observar que al salir de esta área, en vez de dirigirse a sus estancias, se dirigen a los dormitorios de la población general o a algún módulo para vender la ración o cambiarla por drogas. Si bien se les permite participar en actividades laborales, educativas, deportivas, recreativas y culturales como al resto de la población, no pueden hacer uso del beneficio de la visita íntima, ya que uno de los requisitos que el área de Trabajo Social exige para autorizarla es que ni el interno ni su pareja padezcan alguna infección de transmisión sexual. El derecho a la confidencialidad de su condición seropositiva no es respetado dado que ésta es conocida por el personal (técnico, de seguridad, jurídico, administrativo y médico) y por los internos, porque en el dormitorio 10 se ubica a quienes tienen sida.

Entre las trece y catorce horas llega al dormitorio el alimento para los IVVS, el cual es preparado por internos en el hospital de la institución; a decir de éstos, de acuerdo a un menú que el médico internista diseña con base en las necesidades de nutrición de los portadores. En el mismo lugar se preparan el desayuno y la cena; el primero llega entre seis y siete de la mañana y la segunda entre las diecisiete y dieciocho horas. Hay en el dormitorio una barra de concreto ante la que la población debe formarse para recibir los alimentos. Un caso muy frecuente es que algunos internos con VIH, una vez que reciben sus alimentos, los vendan entre los internos de la zona 1 o entre los internos de la población general.

Los días de visita familiar (martes, jueves, sábado y domingo) ingresan a este dormitorio internos que no pertenecen a él, acompañados de sus parejas para alquilar una estancia y tener relaciones sexuales, y por lo regular son los IVVS quienes se las alquilan, lo que está prohibido. Aun cuando tal falta se reporte y se sancione con quince

días de castigo, sigue ocurriendo con mucha frecuencia.

La atención médica que les brinda la institución a los IVVS presenta algunas deficiencias: falta de personal o personal poco capacitado para su atención, desabasto de medicamentos para enfermedades asociadas al síndrome o falta de reactivos para la evaluación de cargas virales. La consulta médica en el hospital se realiza a las siete de la mañana y a las dos de la tarde; si bien en cada turno se programan veinticinco consultas, es común que no haya servicio por la falta de médicos. En el turno nocturno hay médicos de guardia, pero solamente atienden emergencias, esto es, que algún interno sufra lesiones que pongan en riesgo su vida.

Para que los pacientes con VIH no desarrollen sida se les proporcionan medicamentos anti-retrovirales y una dieta semanal; dependiendo del interés del interno, se complementan con ejercicio, apoyo psicológico o abstinencia de drogas, pero son muy pocos IVVS los que se conducen así. En la enfermería hay tres horarios para que les sean proporcionados psicotrópicos, antirretrovirales y complementos nutricionales (Vivonex® o Ensure®). En el ámbito preventivo solo existen medias aisladas contra el VIH, como la difusión de información, la distribución ocasional de condones y las indicaciones para usarlos.

Relación con internos no portadores

Los internos cuentan con diversos medios para tener información sobre el VIH/sida; por ejemplo, televisión, radio, folletos, carteles y pláticas con el personal penitenciario, con otros internos y con personas con VIH/sida; algunos han laborado en hospitales y otros han tenido familiares, amigos o conocidos que son portadores del virus o están enfermos, lo que ha influido en la estructuración de los elementos descriptivos que utilizan para definir el padecimiento, entre los que se encuentran definidoras como “mortal”, “contagioso”, “incurable”, “les puede dar a todos”, identificando claramente las vías de transmisión.

Los sentimientos y emociones que los no portadores han desarrollado hacia los IVVS son el temor a contagiarse por el simple contacto físico, lo que genera una actitud de rechazo hacia estos que puede atribuirse a la ignorancia y a la falta de

información respecto del problema. Experimentan tristeza al ver cómo se deteriora su salud, lo que se refleja en su aspecto físico; los observan demasiado delgados, demacrados, sucios y desaliñados, más aún cuando están encamados en el hospital; sin embargo, cuando conocen a un portador que no cae en la descripción anterior, les genera admiración porque lo consideran una persona que ha sabido superarse y que se esfuerza constantemente para mantener su salud en buen estado.

Vivencia como pacientes seropositivos

La reacción de los internos al notificárseles que son portadores de VIH fue de negación, miedo y depresión. En cuanto a la reacción de sus familias ante el diagnóstico, en tres de los casos habían permanecido al margen; estaban enteradas de la seropositividad del interno, pero no los habían apoyado, salvo en dos casos, lo que se reflejaba en la constante presencia de la familia los días de visita. Los IVVS coincidieron en que el saberse seropositivos había tenido en sus vidas repercusiones negativas en términos de la pérdida de oportunidades (por ejemplo, concebir un hijo), pero también matices positivos y optimistas porque actualmente ponían más atención a su salud, habían reflexionado acerca de su vida y cómo querían vivir en lo sucesivo, se habían acercado a Dios y disfrutaban más de la vida.

Comportamiento de los IVVS

El personal y los funcionarios que trabajaban en este centro no definieron de la misma manera cómo actuaban los IVVS. La diferencia radicaba en el hecho de si los internos eran o no adictos. Aquellos que eran consumidores de drogas fueron definidos como personas que robaban, estafaban, extorsionaban, pedían dinero a sus visitantes y al personal, no tomaban sus medicamentos porque los vendían o los tiraban (fue posible ver medicamentos antirretrovirales en el piso o en los jardines del dormitorio 10), molestaban a los demás internos, no se cuidaban, vendían sus dietas, rentaban sus estancias para visitas íntimas clandestinas y vendían drogas con la finalidad de hacerse de dinero para solventar su adicción.

Hubo veces que los IVVS habían sido sorprendidos en las salas de visita robando bolsos de mano a los visitantes, y asimismo el personal técnico había reportado en múltiples ocasiones que estos internos ingresaban a sus oficinas con el pretexto de hacer alguna solicitud, sustrayendo objetos de las mismas al menor descuido. Otra forma de obtener dinero era vendiendo los productos, ropa o zapatos que sus familiares les llevaban.

Por otro lado, quienes no eran consumidores fueron definidos como tranquilos, que se preocupaban por su salud, se cuidaban, se alimentaban bien, hacían ejercicio, trabajaban, estudiaban, acudían a cursos, eran respetuosos porque no usaban drogas, se dedicaban a realizar sus quehaceres (barrer, trapear, limpiar), lavaban ropa ajena o cortaban el cabello para obtener dinero. Un hecho que preocupaba es que los IVVS llevaban a cabo prácticas sexuales de riesgo, principalmente porque tenían relaciones sexuales sin protección o porque algunos se prostituían para conseguir dinero o droga, corriendo así el riesgo de reinfectarse o de transmitir la enfermedad.

Una práctica cotidiana es que los IVVS rentan por una mínima cantidad las bancas ubicadas en el jardín, que son aproximadamente diez; de igual forma, que alquilen sus colchones y cobijas haciendo “cabañas” para que sean ocupadas para la visita familiar de internos que no pertenecen a ese dormitorio. Los adultos mayores que viven en este dormitorio se quejan de esta situación ya que dificulta que ellos puedan disfrutar de ese espacio en compañía de sus visitantes. Aquellos que pagan por este “servicio” consideran que “no tiene nada de malo; uno sólo busca que su visita esté más cómoda y lo mejor posible”. Aquí cabe señalar que existe la indicación por parte de las autoridades de que dichos jardines son para uso exclusivo de los internos que viven ahí, medida que no se cumple por falta de personal de seguridad, que debería encargarse de prohibir el paso a la entrada del dormitorio.

DISCUSIÓN

La cárcel constituye una forma completa de vida y de identidad. El VIH es invisible y la salud no es una preocupación para los delincuentes, quienes

en su mayoría son consumidores de droga a causa de su modo de vida; es frecuente que no hayan acudido jamás al médico o al dentista antes de su primera reclusión.

Como institución cerrada, la prisión posee servicios de salud próximos, inmediatos y accesibles en términos de infraestructura y organización; sin embargo, las características del equipo de salud en cuanto a su capacitación, la voluntad para atender las necesidades de los pacientes, las características de personalidad e historias de vida de los internos, las prioridades de atención y seguridad en la dinámica institucional y la falta de recursos materiales y humanos, impactan en el tratamiento y trato que se da a los internos portadores del VIH o con sida y en cómo construyen estos su condición seropositiva en tal contexto.

Las condiciones en las que se encuentran las cárceles de la Ciudad de México se caracterizan por la sobrepoblación y el hacinamiento; la infraestructura física tiene una capacidad para albergar a 20,068 internos, pero se hallan viviendo en su interior más de 35 mil. La corrupción y la ausencia de políticas penitenciarias y sanitarias adecuadas son circunstancias que propician el intercambio sexual no protegido como una práctica que incrementa la posibilidad de adquirir el VIH y desarrollar sida entre quienes ya son portadores. Un ejemplo es que el hospital ubicado en el centro penitenciario no depende de las autoridades, sino de otras instancias, lo que dificulta la coordinación de las acciones encaminadas a la prevención y el tratamiento del VIH/sida.

Para los varones reclusos en la Penitenciaría del Distrito Federal el fenómeno del VIH/sida se ha convertido en una realidad cotidiana debido a los IVVS detectados y concentrados en el dormitorio 10, observándose que han heredado el conjunto de significados que han acompañado el desarrollo del padecimiento al provenir, como señala Ibáñez (1994), de un fondo cultural común acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, que ha circulado en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores básicos y de referencias históricas. Así, es factible apreciar en un nivel cognitivo el impacto que las nociones científicas han tenido en el ámbito del sentido común.

Para Baerveldt y Verheggen (1999), las creencias reflejan aspectos objetivos de la realidad al

sustentarse en evidencias científicas, pero la mayoría de ellas se basa en la subjetividad expresada en los significados que se les asignan; sobre el fundamento de la evidencia experiencial, permiten organizar la información compleja, extraña o amenazante en una forma controlable y comprensible. Aun cuando cognitivamente tengan muy claro que la transmisión del VIH ocurre solamente por contacto con fluidos corporales contaminados, manifiestan reacciones de miedo ante la sola cercanía y convivencia física con los IVVS.

Respecto al fenómeno del VIH/sida, diversos autores coinciden en que algunos de los elementos contenidos están fuertemente asociados a emociones tales como la tristeza, el rechazo o el descuido (Ruiz, 2000), incluyendo la asociación entre sexo, enfermedad y muerte, constituyéndose de elementos de orden científico y de sentido común y basándose en mitos, estigmas y miedos (Flores y Leyva, 2003).

En el caso de quienes se encuentran viviendo en prisión y que además son seropositivos, los aspectos psicológicos que atraviesan hacen compleja la intervención porque pueden experimentarse con una doble intensidad al existir dos pérdidas fundamentales: la salud física y la libertad, entrañando esta última la acumulación de otras pérdidas, como el trabajo, la estabilidad económica, la pareja, la familia, los bienes materiales, las oportunidades profesionales y escolares, la salud mental y otras (Castellanos, 2007).

Nord (1996) considera que el que las personas diagnosticadas como portadoras del VIH adopten una postura de enojo con la vida y el mundo las hace más propensas a utilizar el alcohol y las drogas, así como aislarse y tornarse pesimistas e irritables. Por lo general, los seropositivos consideran haberse infectado sin merecerlo, poseen la visión de un futuro truncado y experimentan miedo al rechazo social, la desesperación y la culpa (Torres, Martínez, Díaz y Villagrán, 1994). Cabe mencionar que no existe consejería previa ni posterior a los estudios serológicos para detectar VIH entre los internos.

Los consumidores de droga tienen una imagen poco favorable entre la población y el personal penitenciario, lo que induce a tener una percepción de su enfermedad como una vergüenza o como una elección personal de transgresión, donde

“drogarse es un acto peligroso, moralmente condenable y legalmente reprimido” (Lemoine, 2001, p. 15).

Todos los entrevistados expresaron aceptación y convivían cordialmente con aquellos IVVS que no eran consumidores de drogas; empero, hacia los IVVS adictos mostraban rechazo y discriminación. De ahí se desprende la inquietud, en el discurso de todos los grupos entrevistados, por brindar apoyo psicológico a los IVVS en el proceso de su enfermedad para cambiar su forma de percibir el hecho de que sean portadores, y que eso se refleje en sus comportamientos y tomen así la responsabilidad de cuidar su salud por su propia convicción, usen los medicamentos, eviten venderlos o hagan mal uso de los mismos e incorporen el uso del condón en sus intercambios sexuales, decremendo así el riesgo de reinfección y de la transmisión del virus entre esta población, principalmente entre quienes consumen drogas, coincidiendo con lo que señalan Chang, Bendet, Koopman, McGarvey y Canterbury (2003) respecto de que las personas adictas son más propensas a intercambiar sexo por drogas o dinero.

Desde el comienzo de la pandemia, el sida se ha limitado a identidades o grupos de riesgo, sin aludir a las conductas de riesgo practicadas por cada quien, permitiendo que aquellos que no forman parte de esas identidades se sientan protegidos y a salvo; paradójicamente, la proyección de la culpa en el otro hace a quien acusa más vulnerable al virus porque no siente la necesidad de tomar precauciones. Así, el riesgo de adquirir el VIH se deposita en los “adictos”, y quienes no consumen drogas suponen que no están en riesgo aunque la mayoría tenga relaciones sexuales sin protección.

Aquellas personas que adquieren el VIH/sida convierten la representación del sida como “castigo de Dios”. En vista de que ésta es una enfermedad extremadamente grave que se acompaña de un inmenso estigma social, prefieren delinear una visión positiva de su condición. Lo anterior probablemente ocurra por el inminente sentimiento de la muerte que intensifica el disfrute y valoración de su vida. Como señala Hildebrand (1992), en la mayoría de las personas que pertenecen a grupos estigmatizados hay la tendencia a cultivar su vida espiritual. En cuanto al apoyo social recibido de la familia, lo reportado por los entrevistados co-

incide con lo hallado por Kadushin (1999): los niveles más altos de apoyo por parte de la familia se encontraron en las madres, hermanas y amigos.

La intervención psicológica debe estar encaminada a generar competencias funcionales en el caso de que no estén presentes en el repertorio, iniciando con información sobre el problema del VIH/sida y las medidas preventivas. Dado que la información no es determinante para la emisión de comportamientos preventivos, se debe trabajar en el desarrollo de habilidades y destrezas que pueden facilitar o interferir con ciertos comportamientos. Para Moreno, García, Rodríguez y cols. (2007), es necesario evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y prevención del VIH/sida en pacientes seropositivos.

Es necesario fomentar las competencias disponibles en el repertorio (por ejemplo, que las personas no sólo sepan que el condón es una medida preventiva, sino que mediante la observación de modelos o el entrenamiento directo aprendan a utilizarlo de manera efectiva en todas y cada una de sus relaciones), así como incorporar el servicio de consejería previo y posterior al procedimiento de detección del VIH como un elemento que puede promover la solicitud voluntaria del mismo y facilitar así entre quienes resulten positivos el acercamiento a la asesoría psicológica.

La infección por VIH/sida lleva a la segregación, por lo que un aspecto que sería importante y necesario ahondar en investigaciones posteriores tiene que ver con el significado que los internos seropositivos le otorgan a la experiencia de vivir con VIH/sida a fin de comprender por qué eligen el consumo de drogas sabiendo que afecta negativamente su estado de salud. Es necesario explorar este significado. Flores y Leyva (2003) sugieren que los aspectos psicológicos para realizar intervenciones en población seropositiva involucran la evaluación de la propia historia, en la que se reconstruyan los momentos importantes de la misma y se busquen los motivos que llevaron a la enfermedad, así como fortalecer el yo mediante la búsqueda de redes afectivas para modificar el sentimiento de subvaloración que influye de manera negativa en las estrategias de afrontamiento utilizadas. Señala Lemoine (2003) que “el querer vivir [...] necesita de mucho esfuerzo, como la

introducción de rituales que marcan el día como una manera de resistir tanto al sida como a la prisión” (p. 19).

Otra alternativa de intervención con los IVVS puede ser el desarrollo de un mayor control interno en el área de salud física; refiere Díaz-Loving (2001) que esta creencia del “control” favorece conductas preventivas con mayor frecuencia que en aquellos que consideran que su salud depende de la suerte.

En cuanto al personal que labora en estos escenarios, como apuntan Infante, Zarco, Cuadra y cols. (2006), el miedo al contagio por contacto casual con una persona que vive con VIH/sida se debe más a la imagen deteriorada del paciente y a la conceptualización negativa que se tiene de la enfermedad que a la falta de conocimientos. La mala atención a estos pacientes, vinculada al estigma, trata de enmascararse en la incapacidad de los servicios y sistemas de salud para responder a las necesidades de todos los usuarios; estos pacientes sufren cotidianamente una violencia constante: señalamiento público, negación de la atención,

posposición de citas, violación a la confidencialidad de su diagnóstico, maltrato y mala aplicación de esquemas retrovirales. En este caso, por ser consumidores de droga y delincuentes, se dificulta el establecimiento de empatía y apoyo necesarios hacia ellos.

Las intervenciones con el personal que labora en estos escenarios, tanto funcionarios como operativos, debe encaminarse a sensibilizarlos acerca de la necesidad de generar un entorno agradable y de confianza que le permitan al paciente informarse, entender y decidir. En los programas de capacitación integrales deben incluirse aspectos clínicos e información actualizada y científica sobre el padecimiento, pero también otros aspectos sociales que hagan posible combatir el prejuicio, el estigma y la discriminación. Como sugieren Villagrán y Reyes (2004), la ausencia de apoyo social se ha asociado con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad, mientras que un buen nivel de apoyo social se relaciona con una mejor salud y bienestar.

REFERENCIAS

- Albarracín, D., No, R., McNatt, P., Williams, W., Rhodes, F., Malotte, C., Bolan, G., Hoxworth, T., Zenilman, J., y Latesta, M. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. *Health Psychology, 19*(5), 318-324.
- Baerveldt, R. y Verheggen, T.H. (1999). Enactivism and the experiential reality of culture: rethinking the epistemological basis of cultural psychology. *Culture & Psychology, 5*, 183-206.
- Bayés, R. (1994). Psicología y sida. *Revista de Psicología General y Aplicada, 47*(2), 123-139.
- Castellanos, G. (2003). *Historias de vida: una mirada a la prisión*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología Social, Tlaxcala, México.
- Castellanos, G. (2007). *El VIH/sida como fenómeno social: análisis intragrupal de su representación en centros penitenciarios del Distrito Federal*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- Chang, V., Bendet, S., Koopman, C., McGarvey, E. y Canterbury, R. (2003). Delinquents' safe sex attitudes. *Criminal Justice and Behavior, 30*(2), 210-229.
- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/sida. *Revista Interamericana de Psicología, 35*(2), 25-39.
- Fernández, P. (1999). *Manual para el buen morir para enfermos de sida*. México: Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida.
- Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 45*(5), 624-631.
- Hilderbrand, H. (1992). A patient dying with AIDS. *International Review of Psychoanalysis, 19*, 457-469.
- Ibañez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México, 48*(2), 141-150.
- Kadushin, G. (1999). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV/AIDS. *Health and Social Work, 24*(3), 198-209.
- Lemoine, D. (2001). Identidad y VIH: análisis de las influencias de la cárcel en la identidad de los detenidos seropositivos. Una visión etnológica y de su antropología social. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 3*, 5-13.

- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M., Díaz, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17(2), 165-177.
- Nord, D. (1996). The impact of multiple aids-related losses on families of origin and families of choice. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 129-144.
- Ruiz, B. (2000). *El sida como una enfermedad estigmatizadora: creencias y prejuicios*. Tesis de maestría en Psicología Social. México: UNAM.
- Torres, K., Martínez, L., Díaz-Loving, R. y Villagrán, G. (1994). La atribución del origen del sida, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio de VIH. *La Psicología Social en México*, 5, 616-162.
- Villagrán, G. y Reyes, I. (2004). Las redes de apoyo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con diferente seroestatus al VIH/sida. *Psicología Social y Personalidad*, 20(1), 65-82.