

43



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

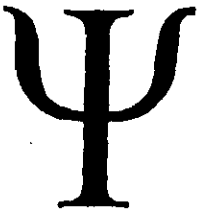
APOYO SOCIAL EN HOMBRES HOMOSEXUALES QUE HAN REVELADO Y NO SU HOMOSEXUALIDAD Y/O SU SEROESTATUS AL VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: KARINA DELGADO AÑORVE ELSA MONICA SOLIS ZAMUDIO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ

SINODALES: LUZ MARIA JAVIEDES JAVIER ALATORRE RUTH GONZALEZ HEDDY VILLASEÑOR



MEXICO, D.F.

277621

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, por brindarnos la oportunidad de formar parte de ella.

A la FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, por su apoyo incondicional e invaluable.

A Gaby Villagrán por compartir sus conocimientos, su amistad y por su gran ayuda.

A Mauricio Ramos, por ser parte de una gran familia y por su invaluable ayuda.

Al proyecto CONACYT 3339P-S9608

A todas las personas que participaron en esta investigación, porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible ¡MIL GRACIAS!

Dedicatorias

A mis padres, quienes me han motivado a lo largo de mi vida para alcanzar mis metas y de quienes he aprendido el deseo de superarme, día con día, ¡GRACIAS! ¡LOS QUIERO MUCHO!

A mis hermanos: Cinthia y Eric, con quienes he pasado momentos fabulosos, ¡GRACIAS POR PERMITIRME SER PARTE DE SUS VIDAS!

A mi familia.

A todos mis amigos, quienes participaron en la elaboración de este trabajo. ¡GRACIAS POR ESTAR AL PENDIENTE!

A la Funda, (a cada uno de sus integrantes) por su labor y gran trabajo, ya que siempre nos tiende una mano amiga.

A Elsa, por su dedicación y perseverancia ¡GRACIAS POR TODO AMIGA!

A las personas que viven con el VIH/SIDA y nos dan lecciones de amor a la vida, de amor a nuestros semejantes, de esperanza y de apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que intervinieron en este trabajo.

Karina

Dedicatorias

A toda mi familia porque cada uno es pieza importante en esto.

A mi mamá y a mi papá porque este logro también es suyo, fruto de su apoyo, confianza y gran amor ¡GRACIAS!

A mis hermanas Claudia y Angélica porque juntas hemos descubierto lo que significa, amistad, respeto y amor.

A mis sobrinos Sebastián y Santiago porque cada momento con ellos me recuerda que lo grande se compone de cosas pequeñas y me han enseñado lo sencillo que es ser feliz.

A Karina: por su entusiasmo, empeño y sobretodo por su valiosa amistad.

A todas aquellas personas que comparten conmigo este momento.

Gracias a Dios por la oportunidad de vivir rodeada de personas maravillosas.

Elsa

INDICE

	PAG
Resumen	
I. Introducción	1
II. Marco Teórico	
A. Aspectos Generales del VIH/SIDA	3
B. Homosexualidad	18
C. Estigma	39
D. Apoyo Social	50
III. Planteamiento del problema	66
A. Objetivos	66
B. Hipótesis	67
IV. Definición Conceptual y Operacional de las Variables	68
V. Método	71
A. Tipo de Estudio	71
B. Población	71
C. Escenario	71
D. Instrumentos	71
E. Procedimiento	73
F. Análisis Estadísticos	74
VI. Resultados	75
VII. Discusión	101
VIII. Conclusiones	113
IX. Aportaciones	114
X. Sugerencias	114
XI. Limitaciones	115
XII. Bibliografía	116
Anexo 1	
Anexo 2	

Anexo 3

Anexo 4

Anexo 5 Derechos Fundamentales de las Personas que viven con VIH/SIDA

Anexo 6 Derechos Sexuales

RESUMEN

Esta investigación aborda los temas: apoyo social en hombres homosexuales con diferentes estados serológicos al VIH/SIDA, satisfacción con el apoyo recibido, amplitud de la red en el apoyo informativo, apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo diversión/relajación, revelación de la homosexualidad y/o estado serológico y percepción de estigma. Los objetivos fueron: describir las redes de apoyo de los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA y de aquellos que han revelado y no su homosexualidad y/o su seropositividad; describir el grado de satisfacción con la red de apoyo entre los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA y comparar la homofobia internalizada entre los que han revelado y no su homosexualidad.

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional, con una muestra de 100 hombres homosexuales (cuyas edades fluctúan entre los 17 y 60 años) con diferentes estados serológicos al VIH/SIDA, 50 seronegativos, 25 seropositivos asintomáticos y 25 seropositivos sintomáticos. Se aplicaron 3 instrumentos: a) Redes de Apoyo, con 49 reactivos (apoyo informativo, emocional, instrumental, diversión/relajación), b) Revelación del estilo de vida, estatus al VIH/SIDA, estigma y discriminación, con 25 reactivos y c) Percepción de Estigma, con 8 reactivos. Se efectuaron análisis estadísticos como: análisis de frecuencia, pruebas t (student), análisis factorial, alpha de Cronbach, Chi cuadrada, pruebas post-hoc (Scheffe) y correlaciones, se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de estudio.

Los resultados más importantes son: las personas que integran la red social del hombre homosexual son básicamente: los amigos, la madre y la pareja; en general, la muestra reportó sentirse satisfecha con el apoyo recibido; el número de personas que integran la red social del hombre homosexual en sus diferentes estados serológicos al VIH/SIDA, difiere, a excepción del apoyo informativo; el 54% de la muestra se ha sentido rechazado por ser homosexual y el 20% por vivir con el VIH/SIDA; el 88% ha revelado su orientación sexual y el 86% su estado serológico; la diferencia que existe entre los que han revelado y no, radica en el orden en que mencionan a cada uno de los integrantes de su red y los integrantes básicamente son los mismos en ambos grupos y se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que han revelado su homosexualidad y su homofobia internalizada.

INTRODUCCIÓN

A principios de los 80's, surge una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que desde sus inicios fué relacionado con cuestiones morales, debido a que los primeros casos fueron detectados en hombres homosexuales.

Existen en el mundo, alrededor de 15 millones de personas infectadas por el VIH y diariamente lo adquieren 6 mil personas. En México el número de casos registrados de personas que viven con el SIDA son 42,762 personas (Boletín SIDA-HOY, 2000). En cuanto a la transmisión por vía sexual es del 86.6% y la transmisión por prácticas homosexuales-bisexuales es del 38.6% del total de la población (Boletín SIDA-HOY, 2000).

Como toda experiencia nueva, y que hace mención a la sexualidad, se inician a la par una serie de mitos y prejuicios. Se rechaza a las personas seropositivas elaborando una serie de estigmas, como en su momento se hizo hacia la sífilis, cólera, lepra, etc. Creando estrés en la población afectada, así como en sus familias, amigos o conocidos, siendo tratados con rechazo.

Los estudios de Cohen y Willis, 1985 (en Pryor y Reeder, 1993) señalan que el apoyo social frecuentemente amortigua o modera el impacto negativo de las situaciones estresantes. Por lo que las personas que viven con el VIH/SIDA necesitan del apoyo social, que modere los efectos del estrés; y para que exista este tipo de apoyo en individuos afectados por el VIH, se deberá informar a la población en general, sobre las vías de transmisión del virus, de cómo evitar el contagio, como una alternativa para eliminar el miedo natural a lo desconocido, a la muerte, etc., para quitarle el peso moral a millones de personas que viven con el VIH, para impedir que el prejuicio sea aún más devastador y que se haga clara conciencia, de que no se tratan ya, de "grupos de riesgo", sino de "prácticas de riesgo".

La investigación a nivel preventivo es de gran relevancia, sin embargo también es importante hacer énfasis en que las personas que viven con el VIH, tienen, como seres humanos, mucho potencial, el cual debe aprovecharse. Por otra parte necesitan afecto, como todo ser, por lo que se hace necesario mejorar su calidad de vida, expresando cuáles son sus necesidades básicas para tener un trato digno y aceptable.

En resumen, los individuos afectados con el VIH/SIDA son estigmatizados, lo cual conlleva a situaciones de estrés, además como padecimiento que deteriora, requiere a corto y mediano plazo de apoyo social, que amortigue tanto el efecto del estigma como el efecto del avance de la enfermedad.

Por lo que surge la necesidad de desarrollar investigación en este sentido, ya que en México no existen trabajos que describan el apoyo social en esta población.

Para llevar a cabo este trabajo fue necesario investigar en cuanto a la teoría y antecedentes de: VIH/SIDA, homosexualidad, apoyo social y estigma.

En lo que se refiere al VIH/SIDA se presentó desde una perspectiva biológica (etiología y desarrollo), médica (síntomatología y tratamiento) y epidemiológica. Hace tiempo se pensaba que la información era suficiente para evitar prácticas de riesgo, sin embargo recientemente las investigaciones al respecto, demuestran lo contrario, aunque si es un prerrequisito para concientizar a la población.

La perspectiva histórica del estudio de la sexualidad permite ver que la homosexualidad ha existido en todas las culturas y en todas las épocas, su estudio ha sido abordado desde diferentes enfoques, sin embargo, actualmente se le ha estudiado desde un punto de vista psicosocial, lo cual permite ampliar la visión que se tiene al respecto.

Se ha visto que el apoyo social comienza desde el desarrollo *in utero* y está presente durante la vida y sus efectos en el bienestar de la persona son contundentes. Sin embargo, pueden existir algunos obstáculos para otorgarlo y en muchas ocasiones son las ideas o creencias hacia una población en especial, como lo son los homosexuales.

Debido a los estigmas hacia grupos minoritarios, se crea en ellos vulnerabilidad, influyendo en su bienestar tanto psicológico como físico, creando el blanco perfecto en las personas homosexuales y que viven con VIH/SIDA por tener un doble estigma.

Los resultados obtenidos en esta investigación se presentan de manera gráfica y permiten conocer la manera en que están constituidas las redes de apoyo de hombres homosexuales con diferentes estados serológicos al VIH/SIDA, con diferentes tipos de apoyo, tanto de quienes han revelado y no, su homosexualidad y/o estado serológico.

Por último, se presentan las conclusiones derivadas de este estudio, entre los que destacan: la red social del hombre homosexual, está integrada principalmente por los amigos, la pareja y la madre, en general los participantes de estudio manifestaron sentirse satisfechos con el apoyo social recibido por su red, aunque la mayoría reportó haberse sentido rechazados por ser homosexuales.

ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA

A finales de los años 70's se empezó a observar una cantidad creciente de personas que estaban presentando un nuevo tipo de infección y ésta comenzaba a propagarse.

Para 1981 se publican los primeros informes acerca de un síndrome que afecta a hombres jóvenes homosexuales. Aún no se conocía el agente causal, a pesar de que ya se describían brotes de Sarcoma de Kaposi y Neumonía por *Pneumocystis carinii* en hombres homosexuales y bisexuales, pacientes hemofílicos y receptores de múltiples transfusiones sanguíneas, los cuales representaban una marcada disminución de linfocitos CD4.

En 1983 se identificó al VIH como el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, gracias al descubrimiento de Luc Montagnier y cols.(1983) (cit., en Sander, 1990); el VIH ha sido encontrado en sangre, semen, secreciones cervico-vaginales, leche materna, en ganglios linfáticos, timo, etc., de enfermos de SIDA, lo cual determina que este virus es el único agente causal de la enfermedad. Por lo tanto se sustentaron las hipótesis de transmisión sexual, sanguínea y perinatal del VIH como únicas formas eficientes de transmisión que hasta la fecha se ha comprobado que existen.

A esta nueva entidad se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Y sus siglas significan:

SINDROME - Es un conjunto de signos y síntomas que se presentan en el ser humano.

INMUNE - El término significa "a salvo" o "protegido". Cuando se habla de inmunidad se hace referencia a estar a salvo de algo o protegido contra ello.

DEFICIENCIA - Quiere decir "falta" o "insuficiencia", que se vincula con la palabra inmune, una persona con SIDA es "inmuno-deficiente", esto quiere decir que su sistema inmunológico no funciona adecuadamente para proteger a la persona contra infecciones y enfermedades.

ADQUIRIDA - Se refiere al hecho de que el SIDA es algo que se obtiene en el transcurso de la vida (De Vita,1990).

A partir de este momento se inician las investigaciones para encontrar el agente causal, el comportamiento clínico y epidemiológico y el tratamiento del nuevo síndrome. Cuando se diagnosticaron los primeros casos de SIDA en América Latina, poco se conocía de esta enfermedad.

ETIOLOGÍA

Las siglas VIH significan: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El VIH es el agente etiológico del SIDA, está clasificado dentro del género Lentivirus de la familia Retrovirus (retroviridae), se caracteriza por producir infecciones lentas, es decir, donde la aparición de los síntomas está separada del momento de la infección por meses e incluso años; produce un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico, hasta ocasionar el SIDA.

El VIH fue el primer lentivirus descubierto, con implicaciones en patología humana. Este virus no está estrictamente relacionado, como se creyó inicialmente, con los virus linfotrópicos humanos HTLV (Human T-cell Leukemia / Lymphoma virus) (Gallo, 1980 cit., en Sander, 1990). El HTLV I que causa algunos linfomas y leucemia T en adultos y el HTLV II responsable de algunos casos de leucemia T y linfomas de evolución más crónica que los asociados al HTLV I; la diferencia radica en que el VIH destruye los linfocitos.

El Acido Ribonucleico (ARN) es el elemento donde se encuentra el código genético del virus, es decir, sus características hereditarias necesarias para replicarse. El VIH logra invertir el sentido de la información, enviando los mensajes de su ARN al ADN de la célula de ahí el nombre de retrovirus, ya que normalmente es el Acido Desoxirribonucleico (ADN) quien envía mensajes al ARN.

El virus inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula gracias a la enzima transcriptasa inversa. Se pensaba que cuando el virus ingresaba al organismo entraba en un período de inactividad; sin embargo, ahora es claro que consiste más bien en un estado de equilibrio con una constante replicación viral y muerte celular y con un reemplazo de células linfoides destruidas. El VIH tiene una gran variabilidad genética y alta mutabilidad (Sander, 1990).

El material genético del VIH es muy simple y pequeño, es precisamente esta característica de los virus la responsable de su facilidad para multiplicarse, y esa rápida producción de nuevos virus hace que sea difícil su total destrucción. Alrededor del RNA de este virus existe una capa protectora formada por glucos y lipoproteínas y diversas enzimas esta capa se caracteriza por la gran variación de sus estructuras proteicas y a su vez por poseer un gran potencial para hacerla variar. Todas estas funciones, además de su capacidad de producir enzimas específicas, de multiplicarse millonariamente y de destruir a la célula T invadida, hacen de este virus un agente muy difícil de aniquilar (Sander, 1990).

El VIH difiere también en lo que se refiere a la reacción del cuerpo ante él. El sistema inmunológico puede combatir casi todos los virus. Pero dado que el VIH destruye parte del Sistema inmunológico, éste pierde la posibilidad de combatir al VIH o a cualquier otro virus. Esto ofrece a infecciones y enfermedades la oportunidad de fortalecerse dentro del cuerpo.

Dada la importancia del Sistema inmunológico en todo este proceso es vital conocer su estructura y funcionamiento.

SISTEMA INMUNOLÓGICO

El Sistema inmunológico, genéticamente determinado para la sobrevivencia de la especie, es de primordial importancia para mantener la vitalidad del individuo, es una red conformada por células especializadas y órganos que, cuando funciona de manera adecuada ataca diversas clases de infecciones producidas por bacterias, hongos, parásitos y virus, su alteración o debilitamiento significa una catástrofe que va a tener como consecuencia la invasión inmediata de miles de microorganismos con la consecuente destrucción orgánica (Cahn,1992).

El sistema inmunológico se asienta en estructuras biológicas distribuidas por todo el organismo, denominadas órganos linfoides, ya que tienen una estrecha vinculación con la producción, desarrollo y almacenamiento de los linfocitos, células que forman parte de los glóbulos blancos y constituyen el elemento clave para el Sistema Inmunológico.

Los órganos linfoides incluyen:

- Médula ósea
- Timo
- Bazo
- Amígdalas
- Adenoides
- Apéndice
- Vasos Linfáticos y Sanguíneos
- Ganglios linfáticos.

En la médula ósea se fabrican las diferentes células de la sangre: a) glóbulos rojos: que distribuyen oxígeno a todos los sectores del organismo, b) plaquetas: que intervienen en la coagulación y c) leucocitos: que tienen un rol decisivo en la defensa contra las enfermedades infecciosas. Los leucocitos se dividen por su forma y coloración en: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos, estos últimos tienen un papel muy importante en la respuesta inmune, y se subdividen en: linfocitos B:(crecen fuera del timo),fabrican los anticuerpos y linfocitos T:(producidos en el timo), estos actúan en el interior de las células, atacan a los virus y otros microorganismos que

las invaden. Tienen el papel protagónico en el ataque contra las células que comienzan a crecer descontroladamente.

Dentro de las células T se distinguen:

- Células supresoras CD8 o T8

- Las células cooperadoras/inductoras que se identifican como CD4 o T4, éstas desarrollan una función crucial en la respuesta inmune, por su importancia, determinan el momento y la intensidad de la intervención de cada componente. Estas células tienen la capacidad para activar otras células T, a las B e incluso otros grupos celulares.

El Sistema inmunológico entonces, está compuesto por diferentes grupos de células llamadas linfocitos, entre estas destacan las CD4, que son las que dirigen la defensa enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar al agente dañino, llamado antígeno.

El VIH ataca al Sistema Inmune, específicamente a las células CD4, introduciendo en ellas su código genético. Así las obliga a reproducir el virus en lugar de células CD4, al tiempo que las aniquila.

El VIH ingresa al organismo a través de líquidos corporales como: sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales, y se anida en los linfocitos CD4, allí comienza la actividad viral. El virus se replica y multiplica su capacidad de invasión al sistema inmunológico. Se han postulado una amplia gama de factores que influyen en esta transformación como por ejemplo: la desnutrición, otras infecciones, la reinfección por VIH, el estrés, la depresión, etc. Una vez dada la deficiencia del sistema inmunológico, se precipitan las infecciones y tumores oportunistas que constituyen criterios diagnósticos del SIDA.

Entre el ingreso del virus y las formas terminales de la enfermedad existe una serie de manifestaciones clínicas. Con el propósito de entender mejor las distintas presentaciones de la infección por VIH durante su evolución, se han dado algunas clasificaciones con diferentes criterios.

ETAPAS DE LA INFECCIÓN

INFECCIÓN AGUDA: Entre 2 y 4 semanas después de la exposición al VIH se produce un cuadro agudo caracterizado por fiebre, ganglios inflamados, malestar y decaimiento; estos son eventos de corta duración y desaparecen. Este cuadro coincide con el momento en que se hacen detectables en las pruebas de laboratorio los anticuerpos contra el virus (seroconversión). En la mayoría de los casos este cuadro pasa inadvertido y puede confundirse con un estado gripal. En la mayoría de los pacientes la seroconversión se produce entre la segunda y la octava semana de la exposición y sólo

una pequeña parte lo hacen con expresión clínica. Algunos pacientes desarrollan niveles detectables de anticuerpos en etapas más tardías (hasta 6 o más meses después).

INFECCIÓN ASINTOMÁTICA: A partir de este momento el individuo permanece libre de síntomas y signos clínicos, pero es portador del virus, y tiene la capacidad de transmitirlo a otras personas. En esta etapa el paciente presenta como única "diferencia" una prueba de laboratorio positiva para anticuerpos VIH, siendo su estado clínico igual al de una persona no infectada.

LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE: Se caracteriza por ganglios aumentados de tamaño con más de tres meses de evolución, sin una causa etiológica definida que se presentan en una persona seropositiva, la presencia de estas adenopatías carece de un valor pronóstico.

Al progresar la inmunodeficiencia, algunos pacientes comienzan a presentar manifestaciones no específicas; es decir, que pueden responder a causas ajenas al VIH, y verse también en personas no infectadas, tales como: alteraciones en la piel y mucosas, herpes zoster, prurito, entre otras.

FASE TERMINAL O SIDA: Es el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida producida por el VIH que ocasiona una serie de cuadros clínicos de tipo infeccioso y tumoral, localizados y/o diseminados que caracterizan a este Síndrome.

Después de un período variable de seropositividad asintomática una variedad de signos y síntomas marcan el deterioro clínico. La pérdida de peso, la fiebre, la diarrea crónica, la candidiasis oral, el zoster externo, la sudoración nocturna, el cansancio muscular, etc., son las entidades que se presentan con mayor frecuencia y ocurren individual, simultánea o secuencialmente y son marcadores de la progresión de la enfermedad. Simultáneamente puede darse el descenso de linfocitos CD4. Es la consecuencia del deterioro inmunológico, lo cual da lugar a la aparición de las llamadas enfermedades oportunistas, lo que señala el paso a la etapa avanzada de la enfermedad, el SIDA propiamente dicho.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Estas son las situaciones clínicas y las manifestaciones específicas que definen el SIDA:

- Enfermedad constitucional (Síndrome de desgaste): Se define por la pérdida de peso involuntaria (del 10 al 15% del peso total, en menos de un mes, fiebre, diarreas por más de un mes, debilidad y/o cansancio.
- Complejo SIDA-Demencia o Síndromes neurológicos, se define por hallazgos clínicos de trastornos cognitivos y motores que interfieren en las actividades diarias del individuo, hay alteraciones físicas o cambios en el comportamiento:

- Problemas físicos: Falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento, neuropatías (dolor y sensibilidad motores)

- De conducta: Cambios repentinos de carácter sin razón aparente, depresión, pérdida de la memoria, entre otras. Estos trastornos pueden ser resultado del daño directo del VIH en el cerebro, o por otras infecciones o tumores.

- *Neoplasias Secundarias (cáncer): El paciente puede presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cáncer; ya sea Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), que afecta principalmente la piel y las mucosas como la boca, y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático (ganglios o cadenas de ganglios, bazo, etc.).*

- Infecciones oportunistas graves o de difícil tratamiento y recurrentes.

Estas infecciones oportunistas incluyen un listado de enfermedades específicas:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*,
- Toxoplasmosis cerebral
- Leucoencefalopatía multifocal
- *Mycobacteriosis atípica*
- *Isosporiasis*
- Strongyloidiasis extraintestinal
- Herpes simplex mucocutáneo crónico
- Citomegalovirus
- Histoplasmosis diseminada
- Salmonellosis reactivante
- Criptococosis meníngea
- Candidiasis esofágica, branquial o pulmonar.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

Debido a que los primeros casos de SIDA involucraban casi exclusivamente a hombres homosexuales, no se conocía como agente causal a un virus, y se consideraba que el contagio se debía a las prácticas sexuales.

Hubo mucha especulación acerca de como una persona podía contraer SIDA. El miedo y la incertidumbre eran comunes y entendibles dado que la causa de la nueva y devastadora enfermedad era conocida.

Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados decisivos. Hasta la fecha, el VIH y las células infectadas por VIH han sido aisladas en cantidades sustanciales, sólo en sangre, secreciones vaginales, semen y leche materna, y en menos cantidad en otros fluidos corporales tales como la saliva y la orina (Glasner y Kaslow, 1990; Levy, 1992 cit., en Kalichman, 1995).

Los únicos reservorios naturales del VIH son los tejidos de los individuos infectados. El VIH se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, sin embargo, su concentración varía para cada tejido, para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección. En estos tejidos el virus se encuentra especialmente en el interior de los linfocitos infectados y de los macrófagos. Por su alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el líquido más contaminante.

Las células infectadas son mucho más abundantes en los tejidos y secreciones de individuos infectados que presentan concomitantemente procesos inflamatorios, como ocurre con el herpes genital, la sífilis, etc. Se considera que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de carácter inflamatorio ulcerativo facilitan la transmisión del VIH haciendo más infectante al portador y más susceptible al infectado que las padezca, pues produce lesiones abiertas (Cahn, 1992).

El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo como para atravesar las barreras naturales del individuo y poner en contacto al VIH con los tejidos del nuevo receptor. Se concede gran importancia a la integridad de la piel y las mucosas como defensa contra la infección por VIH (Cahn, 1992).

De esta manera, las vías fundamentales de transmisión son:

- De persona a persona, a través del intercambio de fluidos durante la relación sexual sin protección.
- Por el uso de jeringas contaminadas.
- Por transfusiones de sangre
- De madre a hijo durante el embarazo, parto o la lactancia.

Este cuadro muestra cuáles son las vías más comunes de transmisión (Kalichman, 1995).

VIAS DE TRANSMISIÓN	
Penetración anal	El semen o la sangre infectada penetra a la mucosa anal o al pene por medio de la absorción o por pequeñas heridas.
Penetración Vaginal	Los fluidos vaginales infectados, semen o sangre, entran a la vagina o a la mucosa del pene, o por pequeñas heridas.
Contacto oral	El semen o los fluidos vaginales infectados entran al torrente sanguíneo a través de pequeñas heridas en la cavidad oral o por células infectadas que penetran en la vagina o pene a través de pequeñas heridas.
Perinatal	Se puede transmitir por medio de la placenta durante la gestación o por medio de sangre, durante el trabajo de parto o al alimentar al bebé.
Sanguínea	Por transfusiones de sangre infectada por VIH, por la utilización de agujas no esterilizadas o infectadas (esto es frecuente en drogadictos intravenosos). Aquí, las células infectadas entran directamente al torrente sanguíneo.

DIAGNÓSTICO

Los métodos más comunes para determinar si una persona es portadora o está infectada se basan en la detección de anticuerpos contra el VIH en la sangre, lo cual nos indica si posee o no el virus. Estos anticuerpos son proteínas que nuestro cuerpo produce para eliminar cualquier microorganismo o agente extraño que pudiera perjudicarlo. Actualmente se valora la detección de anticuerpos contra el VIH por medio de otros líquidos corporales como saliva u orina (Soto, Hernández, Sifuentes y cols, 1992; cit., en Del Río Chiriboga, 1994). Sin embargo, en la actualidad sólo se aceptan para el diagnóstico las pruebas realizadas en sangre (suero o plasma).

Las pruebas serológicas se clasifican en pruebas de escrutinio (pruebas presuntivas) y pruebas suplementarias (o pruebas confirmatorias), las más utilizadas son:

ELISA (*Enzyme- Linked Immunosorbent Assay*). Es la primera prueba que se utiliza para el diagnóstico de la infección por VIH; es altamente sensible. Un resultado negativo puede significar la inexistencia del virus o su existencia en período de ventana (tiempo en que aún no se producen

anticuerpos contra el virus y que puede durar de una semana a seis meses). Un resultado positivo significa la presencia de anticuerpos contra el VIH. En este caso la prueba se repite. Y si ésta es positiva, se procede a otro tipo de exámenes llamados confirmatorios.

Western Blot: Esta es una prueba confirmatoria más precisa y específica que la ELISA. Tiene una alta sensibilidad y especificidad (cerca al 100%). Es un estudio costoso y técnicamente difícil. En caso de un resultado indeterminado (es decir, que no se precise si es positivo o negativo), se deberá repetir la prueba en un período de uno a tres meses.

IFA (Inmunofluorescent Assay). Esta prueba también es utilizada como confirmatoria de un resultado positivo de la prueba ELISA, es un examen más económico y más rápido que el Western Blot, y requiere de técnicas especiales (Cassuto, 1991).

Es importante reiterar que estas pruebas no dan un diagnóstico de SIDA, ya que éste sólo puede formularse a través de una intervención clínica y no sólo con la prueba de laboratorio. Sin embargo, la prueba provee de la información necesaria para comenzar el tratamiento de la infección a tiempo, prevenir enfermedades oportunistas y mejorar la calidad de vida.

TRATAMIENTO MÉDICO

En los últimos años, se han descrito importantes hallazgos en cuatro áreas clínicas: infección primaria por VIH; marcadores virológicos de pronóstico y eficacia terapéutica; tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y terapia antiviral.

Se ha puesto mayor atención en el manejo de la infección primaria por VIH, debido a que el tratamiento antirretroviral tiene en corto tiempo un efecto favorable sobre el curso posterior de la infección y evita en la medida de lo posible, el daño inmunológico. Esta perspectiva aún se debate, debido a los efectos secundarios de los antirretrovirales, el desarrollo de la resistencia viral y el elevado costo que tendría el mantenimiento de la terapia por tiempo prolongado.

Por otro lado, se han desarrollado métodos para medir la replicación viral con gran precisión. La medición de la carga viral permite discriminar en forma muy precisa la velocidad de progresión de la infección, esta medición también se ha utilizado como medida de eficacia del tratamiento antiviral. Estudios han demostrado que la modificación en la carga viral que ocurre con este tratamiento se asocia con un cambio en el pronóstico, y por lo tanto la carga viral se puede usar como un marcador de eficacia del tratamiento antiviral (Izazola, 1996).

En cuanto a infecciones oportunistas, se ha avanzado en la evaluación de nuevos esquemas de profilaxis contra diferentes infecciones oportunistas, con especial énfasis en el análisis costo-

eficacia. Las tendencias en profilaxis de infecciones oportunistas permite el uso de medicamentos útiles para varias infecciones.

Los criterios y conceptos en el uso de antivirales contra el VIH han ido cambiando, y tal cambio se acompaña de un mejor conocimiento de su utilización basado en la patogénesis de la enfermedad, el conocimiento del ciclo de replicación del virus, y de nuevas técnicas para determinar la eficacia del tratamiento antiviral así como la aparición de la resistencia.

Además de esto, el concepto de tratamiento se ha modificado, ya que ahora, se piensa que es mejor iniciar un tratamiento lo más rápido posible y hacerlo con los medicamentos más activos, en lugar de esperar a que el paciente presente síntomas.

Existen muchos fármacos que inhiben la replicación viral; hasta hace poco tiempo los más conocidos eran los didoxinucleótidos, los medicamentos de este tipo disponibles para uso médico son:

- Zidovudina (AZT)
- Didanosido (ddI)
- Zalcitobina(ddC)
- Estaduvina (d4T)
- Lamivudina (3TC). Todos inhibidores de transcriptasa inversa.

Han aparecido en el mercado medicamentos denominados Inhibidores de proteasa, que también atacan la replicación viral por bloqueo enzimático, los más usuales son: Indinavir, Ritonavir, Saquinavir y Nelfinavir.

En los primeros años del trabajo con antivirales, se utilizaba sólo un fármaco, sin embargo, la prescripción de un sólo fármaco para el tratamiento de la enfermedad por VIH ha demostrado ser poco eficaz a largo plazo, debido a la capacidad del virus para crear resistencia a la mayoría de los medicamentos, es por esto que se optó por un cambio en el tratamiento y se empezó a trabajar con una terapia combinada de más de dos fármacos para evitar, en lo posible, y durante el mayor tiempo, la progresión de la enfermedad.

De acuerdo a los resultados de diversos estudios clínicos, es evidente que existen muchas alternativas para utilizar los antirretrovirales. Lo importante es conocer en cada caso, las opciones con que se cuenta, y que médico y paciente evalúen en forma conjunta la conveniencia o inconveniencia de seguir determinado esquema terapéutico con el fin de individualizar el tratamiento

tomando en cuenta factores como: el conteo de células CD4, la carga viral y el estado clínico del paciente.

Debido a los avances en el tratamiento de la infección por VIH, el SIDA se considera una enfermedad crónica controlable, al prevenir el desarrollo de infecciones oportunistas.

PREVENCIÓN

Se ha avanzado en el tratamiento del VIH/SIDA, sin embargo dichos tratamientos sólo han beneficiado a un pequeño número de personas (se estima que menos del 5% de las aproximadamente 30,000,000 de personas infectadas con el virus en el mundo están en tratamiento antirretroviral), (Hirschel y Franciolo, 1988; cit., en Del Río Chiriboga, 1998).

Por lo mismo, es importante no dejar a un lado la prevención, ya que se cuenta con intervenciones efectivas para prevenir la transmisión del VIH, y al ponerlas en práctica se evitarían innumerables infecciones.

Dado que se conocen los mecanismos de transmisión del virus, hoy por hoy, la educación es una excelente "vacuna" contra el VIH/SIDA. Si bien la educación es un buen recurso preventivo a nuestro alcance, existe una gran resistencia de diversos grupos sociales para que la educación sexual sea algo real dentro de la educación básica. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la información por sí sola no basta para lograr que la gente modifique sus conductas. Solamente algunas comunidades homosexuales han demostrado cambios sostenidos en sus prácticas sexuales, y una estabilización - o incluso disminución - en la curva de crecimiento de sus casos (Hernández, Uribe, Gotmaker, Ávila, y cols, 1992; cit., en Del Río Chiriboga, 1994). Sin embargo, surge la duda de si esto es el resultado de la educación o del impacto que la infección ha tenido en este grupo.

Con el objeto de establecer una agenda para la prevención del VIH el Instituto de Investigación en SIDA de la Universidad de California en San Francisco realizó en Abril de 1998 una reunión internacional de expertos en SIDA, para definir dicha agenda de acción para la prevención del VIH/SIDA. Los asistentes elaboraron una lista de intervenciones preventivas cuya eficacia está científicamente demostrada:

1. Educación e información pública
2. Acceso sin riesgos a consejería y pruebas de detección
 - Incluyendo el fácil acceso para poblaciones de alto riesgo
3. Cambios de comportamiento
 - Intervenciones individuales, a parejas, grupos y comunidades

4. Programas institucionales

- Educación sexual en las escuelas
- Programas en reclusorios
- Programas en bares

5. Movilización comunitaria

6. Mercadeo social de condones, comportamiento y políticas

7. Cambios en leyes y políticas

- Acceso a condones, agujas/jeringas y servicios médicos

8. Tratamiento

- Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento de la farmacodependencia
- Fármacos antirretrovirales para reducir la transmisión vertical
- Profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas para prevenir la progresión de la enfermedad

9. Programas de sangre segura

- Donación voluntaria y autoexclusión
- Pruebas de detección del VIH en toda unidad de sangre o derivados

Tomando en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, es necesario enfocar las medidas preventivas a este aspecto. Hasta hoy, en este sentido, las únicas medidas preventivas que ofrecen una completa protección contra la transmisión del VIH son:

- La abstinencia sexual y
- Las relaciones sexuales entre compañeros no infectados mutuamente fieles.

Sin embargo, debe reconocerse la dificultad que existe en todas las sociedades y en grupos de todas las edades para adoptar estas medidas como estrategias principales de prevención.

En términos de prevención de la transmisión sexual del VIH, el sexo protegido es la mejor forma de prevenir la propagación del virus. Es necesario un esfuerzo para mantener campañas continuas de sexo protegido y uso del condón (Del Río Chiriboga, 1998).

En el caso de la infección por VIH tener relaciones sexuales no protegidas es el factor de riesgo más importante para adquirir la infección.

Al poner en práctica cualquier estrategia de prevención la limitación más importante es la falta de recursos económicos, sin embargo, se puede lograr alertar y sensibilizar a la población sobre la percepción de riesgo por medio de estrategias apoyadas en los medios masivos de comunicación que generen un clima propicio para que la población reciba el mensaje, el cuál debe ser claro y explícito. También se requiere de otras estrategias más específicas y delimitadas a grupos y sectores, ya que es esto lo que ha demostrado un mayor grado de eficiencia para pasar del conocimiento al cambio de conducta; y también es necesario combatir los mitos, el miedo y la discriminación (Del Río Chiriboga, 1998).

EPIDEMIOLOGÍA

La Epidemiología produce información para la acción, se utiliza para analizar la frecuencia y distribución de las enfermedades y para identificar características en la adquisición de la enfermedad que pueden ser modificadas (factores de riesgo). La Epidemiología se utiliza como una herramienta para analizar la frecuencia y distribución de la epidemia, para la identificación de factores de riesgo que favorecen su transmisión y para evaluar el impacto de intervenciones preventivas.

El uso adecuado de la información epidemiológica permite seleccionar a los grupos más vulnerables a adquirir VIH como población objetivo de intervenciones, o bien permite identificar prácticas, objetivos de cambio de comportamiento, que pueden modificarse para alterar significativamente la epidemia.

La mayor parte de las infecciones por VIH y casos de SIDA está ocurriendo en las regiones en vías de desarrollo de África, Asia, América Latina y el Caribe (Izazola, 1996).

Según las cifras estimadas por el Programa Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA, se calcula que, desde el inicio de la pandemia en la década de los 70's hasta mediados de 1996, en el mundo habrían existido 7.7 millones de personas que desarrollaron SIDA, 5.8 millones que fallecieron por SIDA y 27.9 millones de personas infectadas.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

América Latina y el Caribe tienen un número menor de infecciones por VIH que Asia o África. Sin embargo, y a pesar de que en América Latina y el Caribe reside el 8.4% de la población mundial, estas regiones albergan ya al 11.5% de todas las personas infectadas por VIH.

Se estima que la transmisión homosexual y bisexual en América Latina continúa siendo importante en esta región, pero el contacto heterosexual se está convirtiendo en el modo principal de

transmisión. Para fines de 1994 la región contaba con más de 2 millones de infecciones por VIH, y alrededor de 405,000 casos de SIDA.

Hasta Junio de 1996, la OMS y ONUSIDA notificaron un total de 176,930 casos de SIDA en América Latina y el Caribe. Nueve países (Brasil, México, Argentina, Colombia, Venezuela, Honduras, República Dominicana, Perú y El Salvador) concentraban el 80% de los casos.

El SIDA en Brasil y México está situándose como la más importante causa de muerte entre hombres de 25 a 44 años de edad (Izazola, Valdéz, Sánchez y Del Río Chiriboga 1995, cit., en Ávila 1996).

La distribución de casos de SIDA por categoría de transmisión presenta la siguiente tendencia en algunos países de América Latina: predomina la transmisión por contacto homosexual masculino, seguido por transmisión heterosexual y por último otras categorías (sanguíneo, usuarios de drogas intravenosas, etc.) (Izazola, 1996).

MÉXICO

En el panorama internacional México ocupa uno de los primeros lugares de casos de SIDA en el mundo y se ubica dentro de los primeros cinco países con mayor número de casos. Se han observado los siguientes cambios a lo largo de los años en lo que se refiere a la epidemiología de SIDA en México (García-García, 1993; cit., en Del Río Chiriboga, 1994):

- Los primeros casos tenían antecedentes de ser extranjeros o de haberse realizado viajes fuera del país; actualmente la transmisión ocurre mayoritariamente dentro de nuestras fronteras.
- Al inicio, los casos se registraron en las grandes ciudades, principalmente en la zona metropolitana de la ciudad de México, Jalisco, Puebla, Nuevo León y Coahuila; aunque la mayoría de casos aun se concentran en las grandes urbes, ahora observamos que el problema se está extendiendo a las zonas rurales.
- El SIDA empezó a manifestarse en la población homosexual y ésta sigue concentrando la mayor porción de casos. Actualmente ha aumentado en forma rápida entre la población heterosexual de ambos sexos y en los niños. El SIDA ha pasado de la población de nivel socioeconómico medio y alto a las clases más desprotegidas. De hecho la relación entre hombres y mujeres ha pasado de 24:1 a 6:1.
- La mayoría de los casos en niños ocurre por transmisión perinatal.
- La transmisión en drogadictos intravenosos, aunque escasa en nuestro país, muestra una tendencia discreta hacia el ascenso.

En México, la mortalidad por SIDA ha ganado terreno dentro de las principales causas de muerte entre hombres jóvenes. Hasta 1999, existían en México 42,762 casos diagnosticados en el año. Según ONUSIDA por cada caso de SIDA, deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA y existen además 171,048 casos de VIH. En donde el grupo de edad más afectado es de 15-44 años.

En lo que se refiere a casos de SIDA por categoría de transmisión se tiene que un 86.6.1% la adquirieron por transmisión sexual, y un 38.6% fueron homosexuales y bisexuales.

Si bien es cierta la susceptibilidad biológica de cualquier individuo a la infección por VIH, la epidemiología de la infección muestra que ciertos grupos son más vulnerables debido a sus condiciones sociales, económicas y culturales. Por lo que resulta muy importante el hecho de dirigir la prevención y la investigación a estos grupos, para reducir el impacto que la infección causa en ellos y en sus familias debido a la estigmatización.

HOMOSEXUALIDAD

Desde muy jóvenes se aprende que el sexo "natural" es lo que ocurre con miembros del "sexo opuesto". Por lo tanto el "sexo" entre gente del "mismo sexo" por definición es "antinatural", por ende la homosexualidad se asocia con términos como perversión, inversión y desviación.

Puede parecer que la perversidad y la diversidad se refieren al mismo fenómeno. En realidad se ha abierto un abismo entre ellas que ha representado un cambio radical en el lenguaje de la sexualidad y en la manera en como se piensa acerca de las necesidades y deseos. Porque mientras todos los términos que se relacionan con la "perversidad" sugieren una jerarquía de valores sexuales en la que las "perversiones" están en lo más bajo de la escala, la "diversidad" insinúa un *continuum* de conductas en las que un elemento no tiene un valor más fundamental que cualquier otro (Weeks, 1985).

Denney (1992) señala que la orientación sexual de una persona puede ser definida por los siguientes criterios:

- El primer criterio es la *conducta sexual*. El individuo se involucra en conductas sexuales con personas del sexo opuesto, del mismo sexo o de ambos sexos.
- El segundo criterio es la *orientación erótica*. El individuo se siente atraído eróticamente por individuos del sexo opuesto, del mismo sexo o de ambos sexos.
- El tercer criterio es la *autodefinición*. El individuo se considera a él o a ella misma como homosexual, bisexual o heterosexual.

Estos tres factores deben ser tomados en cuenta cuando se determina la orientación sexual de una persona. Aunque existe gran controversia al momento de precisar el sentido del término "homosexualidad", la conceptualización de la homosexualidad debe hacerse a partir de la experiencia interna del individuo, la definición propuesta por Marmor y Green (1980; cit., en Romo, 1995) parece útil, para ubicar el concepto de homosexualidad, de acuerdo con estos autores, una persona homosexual puede ser definida como aquella que está motivada en la vida adulta por una atracción erótica preferencial a miembros del mismo sexo, y Álvarez Gayou define la homosexualidad el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo (Álvarez Gayou, 1986, en Rubio y Aldana, 1994).

PERSPECTIVA HISTÓRICA

La homosexualidad ha aparecido en todas las culturas y en todos los tiempos, pero la reacción social ante ella ha variado de manera muy importante.

GRECIA

En la Grecia antigua, la homosexualidad y la bisexualidad fueron formas de relación ampliamente aceptadas como naturales en algunos segmentos de la sociedad (Hoffman, 1980; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

Muchos de los héroes mitológicos, como Zeus, Hércules, Poseidón, entre otros, fueron vinculados con conductas homosexuales (Boswell, 1980; cit., en Rubio y Aldana, 1994), las relaciones homosexuales ocurrían entre hombres adultos (Erasta) y jóvenes adolescentes (Eromeno) (Karlen 1980; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992). Es claro que muchos hombres griegos casados, llevaban a cabo actividades homosexuales que no eran vistas como vergonzosas o pecaminosas. Sin embargo, la aceptación de la homosexualidad en Grecia no era tan abierta y sin restricciones. De acuerdo con Ruse (1988; cit., en Rubio y Aldana, 1994), en el período de la Grecia clásica, la homosexualidad era una práctica aceptada, pero era privilegio de las clases altas; estaban *constrañidas a limitaciones de la edad, se esperaba del hombre mayor una fuerte atracción sexual por el joven, además de que admirara su belleza y le hicieran la corte con regalos y favores; el joven, debía de sentir admiración por su amante mayor tomándolo como un modelo a seguir y haciendo todo lo que estuviera de su parte para hacerlo feliz. Todas estas convenciones sociales determinaban la norma de las relaciones sexuales entre Erasta y Eromeno.*

ROMA

En los primeros días del imperio Romano, la homosexualidad no fue aparentemente reglamentada por la ley, y el comportamiento homosexual era común. La actitud durante la Roma antigua precristiana es calificada de ambivalente por Mirabet (1985 cit., en Rubio y Aldana, 1994), algunos historiadores afirman que la homosexualidad estaba legalmente prohibida sin embargo, Greenberg (1988 cit., en Rubio y Aldana 1994) señala que existen evidencias que demuestran lo contrario. Existían matrimonios entre dos hombres o dos mujeres y esto era legal y aceptado entre las clases altas. Se admitían las relaciones activas con jóvenes esclavos y era considerado normal si se reunían tres condiciones: a) no descuidar sus deberes ante el Estado, b) que utilizara como objetos sexuales a personas de condición inferior, de preferencia esclavos y c) que en la relación homosexual el ciudadano tuviera siempre un papel activo. (Mirabet, 1985 cit., en Rubio y Aldana, 1994).

IGLESIA

Aunque mucho se ha escrito acerca de lo fuertemente condenada y perseguida que era la homosexualidad en el Cristianismo; John Boswell (1980 cit., en Masters, Johnson y Kolodny 1992) en su libro llamado "Cristianismo, Tolerancia Social y Homosexualidad", argumenta que en algún momento, la Europa católica, no mostró hostilidad hacia la homosexualidad.

El primer indicio de la posición de la iglesia católica contra la homosexualidad proviene de los escritos de San Agustín y Santo Tomás de Aquino, en donde ambos sugieren que cualquier acto sexual que no tuviera como finalidad la concepción, era antinatural, y por lo tanto un pecado. Siguiendo esta línea de razonamiento, la Iglesia se convierte en una fuerza de la regulación (y castigo) de la conducta sexual. Mientras algunos homosexuales eran poco reprendidos y oraban como penitencia, otros eran torturados y quemados en la hoguera (Haas y Haas, 1993).

En la Edad Media, las acusaciones de la homosexualidad se convirtieron en una de las armas de la Inquisición; se obligaba a los "sospechosos" confesarse culpables; y estas "confesiones" eran utilizadas para presentar a los homosexuales no sólo como desviados sexuales, sino como herejes y traicioneros (Karlen, 1980; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

Las actitudes negativas hacia la homosexualidad que contenían las creencias religiosas dominaron el pensamiento occidental hasta que el punto de vista médico empezó a emerger en los siglos XVIII y XIX (Bullough, 1978 cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992). Esto fue un importante signo de progreso, de cualquier manera desde el punto de vista médico se sustituyó la palabra pecado, por enfermedad.

MESOAMÉRICA

En las culturas Mesoamericanas de las zonas mixtecas y mayas, podía observarse en códices, esculturas y relieves, rituales que involucraban, cópulas, masturbación, homosexualidad, etc. La existencia o no de sodomía indígena fue objeto de gran polémica en el siglo XVI, hay en los textos alusiones a la existencia de transexualismo, travestismo y homosexualidad, principalmente masculinos, aunque también femeninos. Se menciona a hombres que vestían como mujeres, asumían roles sociales e incluso se casaban o eran amantes de otros hombres (Rubio y Aldana, 1994).

También se mencionan deidades del "pecado nefando" y dioses bisexuales en algunos códices, además de celebraciones rituales con estas temáticas. Sin embargo, por otro lado, se transcriben legislaciones muy estrictas contra estas prácticas que eran investigadas perseguidas y

castigadas con la muerte. Lo más probable es que efectivamente existieron estos roles en diversos grados, pero la tolerancia varió entre épocas y culturas: los nahuas aparecen como la cultura más preocupada por erradicarlas, por ejemplo, entre los pipiltin en caso de que un varón fuera "afeminado", el padre podía vender a su hijo, o incluso pedir su muerte; las leyes aztecas contenían ordenanzas que condenaban la conducta homosexual masculina y la castigaban con la muerte, sin embargo, existen reportes de una deidad azteca de la homosexualidad y prostitución masculina "Xochipilli", tomado probablemente de la civilización tolteca (Greenberg, 1988; cit., en Rubio y Aldana, 1994). Los mayas por el contrario, resultan ser más tolerantes, según Las Casas (1967 cit., en Rubio y Aldana, 1994), en estos pueblos habían centros en los que se practicaba "el grave pecado de la sodomía".

Existen diversas definiciones y enfoques que tratan de explicar la homosexualidad, generalmente, la homosexualidad ha sido vista desde la Psicología y la Psiquiatría, lo cual influye en gran medida para que sea considerada como un fenómeno patológico. La cuestión homosexual lleva consigo una serie de prejuicios y miedos tanto a nivel personal como social que hacen imposible su abordaje de una manera objetiva. Esto es comprensible si tomamos en cuenta lo que la homosexualidad ha significado a lo largo de la historia: "enfermedad grave o contagiosa", "perversión", "pecado", entre otros.

En 1974 La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) toma la decisión de que la homosexualidad en sí misma no constituye un desorden mental y que debe desaparecer del DSM.

La APA se ha manifestado en el sentido de que la orientación sexual de las personas no es necesariamente un problema, excepto cuando la misma le causa a la persona dificultades emocionales y mentales como consecuencia de la presión social, lo cual es de gran importancia ya que ha dado lugar a un cambio, que si bien no ha acabado con todos estos prejuicios, sí ha permitido abordar esta cuestión desde diferentes disciplinas, tanto del campo ético como del científico.

El surgimiento de la categoría de homosexualidad y de "el homosexual" ilustra lo que estaba sucediendo. Desde luego, las actividades homosexuales están presentes en todas las culturas y en Occidente hay una historia ininterrumpida de homosexualidad. Pero la idea de que haya algo a lo que pueda llamarse la persona homosexual es relativamente nueva. A partir de mediados del siglo XIX "el homosexual" (el término "homosexualidad" se inventó alrededor de 1860) se consideraba cada vez más como un tipo específico de persona, caracterizado por sentimientos, una latencia y un trastorno psicosexual (Weeks, 1985).

EXPLICACIONES EN TORNO A LA HOMOSEXUALIDAD

Weeks (1985), apunta que, desafortunadamente para la simplificación de las investigaciones, los seres humanos somos criaturas complejas, arbitrarias y variables, construimos fronteras que tienen poca lógica en la "naturaleza" e incluso cambiamos nuestro comportamiento en respuesta a factores morales, políticos o accidentales; pese a esto, diversas disciplinas se han empeñado en buscar argumentos para justificar o entender los orígenes de la orientación homosexual, en los niveles psicosociales (psicoanálisis, teoría del aprendizaje, cognoscitiva) y biológicos (factores genéticos y hormonales).

EXPLICACIONES PSICOSOCIALES.

Una de las primeras explicaciones propuestas en esta área fue la hecha por Freud (1905). De acuerdo a este autor, en todo ser humano hay una bisexualidad, un hermafroditismo anatómico. En la constitución normal de toda persona existe una disposición bisexual orgánica que evoluciona hacia la monosexualidad, pero que conserva retos del sexo contrario.

Otro concepto importante expuesto por Freud, es el de "polimorfismo perverso". En todo niño existe una pluralidad de posibilidades sexuales que va limitándose por una progresiva represión de la sociedad en la que vive, realizada en gran parte, por la educación.

Freud en *Tres ensayos de la sexualidad* en 1905 hace un análisis de la homosexualidad y otras "aberraciones sexuales" porque consideraba que su existencia transformaba las opiniones respecto de lo que constituía el sexo.

Freud en un intento de ampliar el significado de la sexualidad consideraba que las perversiones simplemente son actos que extienden las prácticas sexuales más allá de las regiones del cuerpo convencionalmente designadas como apropiadas (es decir, los genitales de ambos sexos) o bien que se demoran en actividades que pueden ser decentes si al final llevan a la sexualidad genital (la llamada estimulación erótica, tal como besar, acariciar, chupar, morder), pero que se convierten en perversión si permanecen como fines en sí mismas (Freud, 1905; cit., en Weeks, 1985).

El efecto de la postura de Freud fue sugerir que las perversiones, lejos de ser propiedad exclusiva de una minoría enferma o anormal, son propiedad común de todos nosotros. Estas perversiones -"desviaciones respecto al objeto sexual"-, en las que se incluye la homosexualidad representaban el resurgimiento de instintos componentes que todos heredamos. "Ninguna persona sana, según parece, puede dejar de añadir algo que podría llamarse perverso al objeto sexual

normal; y la universalidad de este descubrimiento en sí es suficiente para mostrar lo inapropiado que es utilizar la palabra perversión como una palabra de censura" (Freud, 1905).

Freud argumenta que reducir la elección de la pareja (objeto) a una del mismo sexo en la homosexualidad es paralela a una reducción similar en la heterosexualidad y sugiere: "Desde el punto de vista del Psicoanálisis, el interés sexual exclusivo sentido por los hombres respecto de las mujeres también es un problema que debe dilucidarse". Freud se distanció de toda idea de que la homosexualidad fuese un signo de "degeneración" sobre la base de que esto no era sino un juicio de valor con una condena en lugar de una explicación. La homosexualidad en lo que se refiere a la elección de objeto y la organización genital de la actividad sexual, es un *continuum* respecto a la heterosexualidad. Entonces la homosexualidad no era una enfermedad. No necesitaba "curación"; estaba generalizada, y como la heterosexualidad, era un conjunto de distintas necesidades y deseos: "Lo que hemos reunido, por razones de convivencia, bajo el nombre de homosexualidad, puede derivarse de una diversidad de procesos de inhibiciones sociales" (Freud, 1905).

Respecto a la curación de la homosexualidad, Freud se muestra escéptico y afirma que es igualmente difícil convertir a un homosexual en heterosexual que transformar a un heterosexual en homosexual.

Freud se opone rotundamente no sólo al hecho sino también a la tentativa de separar a los homosexuales del resto de la sociedad, de marginarlos como un grupo aparte. Para Freud, la base de esta posición es que el deseo homosexual está presente en todo ser humano.

Weeks, (1985) señala que aquí, aparentemente vemos la homosexualidad desmitificada, como un fenómeno más o menos común, parte de la vida de todos, y sujeto a la luz del razonamiento científico. Y sin embargo, no es exactamente así como se ha visto dentro del Psicoanálisis, ni tampoco fue así en la práctica. En una carta a la madre de un joven homosexual, Freud le aseguraba que la homosexualidad no era un vicio ni una degradación, ni tampoco era una enfermedad: no era algo de que avergonzarse. Pero añadía "La consideramos como una variación de la función sexual producida por una interrupción del desarrollo sexual" (Freud, 1905).

Freud plantea un desarrollo de la sexualidad en términos de logros de desarrollo; una vez que el individuo; una vez que el individuo ha pasado por una etapa tiene que abandonar lo que le era gratificante para pasar a la etapa siguiente. Aquí está la dificultad; un "desarrollo" supone un resultado final apropiado y la "interrupción", un bloqueo.

Para Freud el término "perversión" tenía un significado técnico preciso, era un aspecto de la vida de todos del que no podríamos escapar. Sólo cuando se convertía en un fin en sí mismo y

bloqueaba el camino de la "sexualidad madura" se volvía un problema. Sin embargo, era muy difícil separar ese significado de los significados morales y políticos más amplios ligados a él. De este modo, se permite la entrada a juicios de valor en un discurso clínico supuestamente neutral. Algunos freudianos posteriores (Moberly, Socandes, Jones) pretendían abandonar la idea de que la homosexualidad en sí no era una patología, han desechado incluso el concepto fundamental de Freud de la bisexualidad universal. Tales posiciones se debieron a las ambigüedades en los textos de Freud.

En 1920 Freud afirma que la homosexualidad no es una enfermedad y sustituye el término perversión, por el término de variante. Hay una clara evolución de Freud en lo referente a la homosexualidad, dice que no puede garantizarse la "abolición" o la "curación" de la homosexualidad, reitera que en todo homosexual se haya presente también una heterosexualidad. El objeto del Psicoanálisis de una persona homosexual no es que cambie de objeto sexual, sino que encuentre armonía, paz y eficacia, siendo homosexual o dejando de serlo. Lo que importa es conseguir serenidad y equilibrio personal por encima de uno u otro comportamiento sexual.

El psicoanálisis ha contribuido de modo fundamental a la teorización del sexo durante este siglo, aunque su impacto con frecuencia ha sido ambiguo y contradictorio. Al igual que muchas otras de las grandes preocupaciones intelectuales del siglo XX (como el marxismo, la democracia), tiene diferentes significados en distintos contextos.

Teoría del Aprendizaje

Otra teoría psicológica que ha sido utilizada para explicar el desarrollo de la homosexualidad es la Teoría del aprendizaje. De acuerdo a esta teoría, las conductas que son reforzadas incrementan en frecuencia, y las conductas que son castigadas disminuyen. En términos de esta perspectiva teórica, podemos esperar que dentro de nuestra cultura haya más individuos heterosexuales ya que reforzamos la heterosexualidad y castigamos la homosexualidad.

Siguiendo con este planteamiento, los homosexuales pueden ser individuos quienes han tenido experiencias negativas con la heterosexualidad o experiencias positivas con la homosexualidad (Álvarez y Hernández, 1995).

Teoría Cognoscitiva

Esta teoría argumenta que el niño o niña nace neutro en cuanto a su identidad de niño o niña, sin embargo, tiene como tarea irse clasificando como hombre o mujer, y esto se logra después de

haber establecido su propia identificación, así, tanto niños como niñas irán clasificando a personas, actividades y cosas de acuerdo a los mensajes que han tenido como niños y niñas.

De esta manera, todas las ejecuciones de roles de sexo socialmente determinadas como apropiadas para hombres y para mujeres son desde entonces más fácilmente desempeñadas por el niño que posee el aprendizaje "correcto". Socialmente, muchos aspectos del comportamiento dependen de nuestra identidad de sexo, por lo que se considera indispensable el aprendizaje correcto" para desempeñar el rol asignado.

Para seguir con el estudio de este tema desde el punto de vista social, se parte de la base de que la gran mayoría del complejo conductual característico de nuestra especie es adquirido a través de un proceso de aprendizaje, si bien es cierto que se habla de un impulso sexual innato- en términos biológicos dicho impulso se va moldeando a través del desarrollo y contacto que el individuo tiene en los diferentes grupos sociales a los que va perteneciendo (familia, escuela, trabajo).

Bajo este supuesto se puede decir que no se nace homosexual, pero tampoco heterosexual, sino que el tipo de actividad sexual preferido posteriormente es el resultado de experiencias ambientales, en una palabra, a través del aprendizaje que está involucrado dentro del proceso de socialización del individuo. Siguiendo este enfoque, son los factores sociales los que provocan la adquisición de las preferencias socio-sexuales (Álvarez y Hernández, 1995).

Social

Desde el punto de vista social, según Weinstein y Platt (1969), los individuos "aceptan y reproducen los esquemas de conducta requeridos por la sociedad", en los que la familia es el conducto principal para esta modelación social, y los "papeles sociales" netamente complementarios son el resultado necesario. No sólo se considera a la sociedad como el motor principal, sino que debemos suponer que los individuos son hojas en blanco *tabula rasa*, sobre las que se imprimen las características requeridas para el funcionamiento adecuado de la sociedad. Ésta incluso crea papeles sociales "desviados" y estigmatizados -por ejemplo, el "papel" de los homosexuales en nuestra cultura- para ofrecer nichos a quienes no están totalmente adaptados y como un llamado de alerta para el resto de la sociedad sobre los terribles efectos de apartarse de las convenciones.

En el estudio de la homosexualidad, las investigaciones psicosociales tienen un papel importante, el primero de estos estudios, fue "El informe Kinsey", el cual rompió de alguna manera con la imagen de los homosexuales y obligó a replantear muchos de los enfoques tradicionales.

Después de las entrevistas realizadas a miles de hombres y mujeres por Kínsey y cols. (1953) éstos, idearon una escala para representar la orientación sexual como un continuo que va de conductas exclusivamente homosexuales a conductas exclusivamente heterosexuales; de acuerdo a los datos entre el 18 y el 42% de los hombres entrevistados y entre el 11 y 20% de las mujeres reportaron haber tenido al menos una experiencia homosexual. Tales porcentajes sugieren que la orientación sexual es un continuo más que una clara dicotomía.

Aún cuando la muestra no fuese representativa, y los porcentajes estuviesen exagerados, ya no podría considerarse la actividad homosexual como un síntoma patológico de una pequeña minoría, por lo menos entre un sector significativo de los estadounidenses, era algo común.

Es importante tener presente que un individuo no necesariamente es exclusivamente heterosexual, homosexual o bisexual durante toda su vida. De hecho, no existe el homosexual puro como tampoco existe el heterosexual puro, todo es un continuo. Este dato no es más que la expresión de la bisexualidad psicológica puesta de relieve por el psicoanálisis. Freud estaba convencido de que en todo homosexual se puede encontrar algo de orientación heterosexual, como en todo heterosexual existe la posibilidad de una elección homosexual de objeto. En general, afirma Freud "el hombre oscila durante toda su vida entre sentimientos homosexuales y heterosexuales" (Freud, 1905; cit en Mirabet, 1985).

Aunque en general hay una tendencia a basar la orientación sexual de una persona sólo en la conducta sexual, se cometen menos errores si se toman en cuenta todos los criterios (conducta sexual, orientación erótica y autodefinición).

EXPLICACIONES BIOLÓGICAS

Casi todos los teóricos de la homosexualidad coinciden en la posibilidad de que existan factores biológicos en la aparición de la orientación homosexual, sin embargo, esto lleva a dos extremos, por un lado, para algunos sería la demostración de que se trata de una enfermedad, para otros, sería una forma de deslindar responsabilidades ante la propia conducta.

Factores Genéticos

El interés por encontrar un factor en los genes no es reciente. Existen estudios desde los años cincuenta en esta línea que, sin embargo, no han podido ser comprobados en subsecuentes réplicas.

Kallman (1952 cit., en Denney, 1992) estudió a un número de gemelos idénticos y fraternos en los cuáles uno de los gemelos era homosexual. Él quería ver si la incidencia de homosexualidad era mayor entre los gemelos idénticos que entre los gemelos fraternos, sólo el 12% de los gemelos

fraternos fueron ambos homosexuales, mientras que el 100% de los gemelos idénticos ambos fueron homosexuales. Este estudio parece tener evidencia de un componente genético de la homosexualidad. Sin embargo, Kallman no postula que la homosexualidad como tal sea directamente heredada, ni que sea necesariamente inalterada. Considera más bien que el factor hereditario hace al individuo particularmente propenso a ser homosexual. Compara la situación con la herencia de la propensión a usar una mano más que la otra. De cualquier manera, la evidencia reciente no apoya los hallazgos de Kallman.

Aunque hasta hoy no existe una prueba concluyente sobre el asunto, el equipo de genetistas del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica ha realizado investigaciones que aportan nuevos elementos en la búsqueda de la determinación genética de la homosexualidad.

Hammer y cols., (1993 en Denney, 1992) reportaron haber encontrado una relación entre algunos casos de homosexualidad masculina y una pequeña extensión de DNA en el cromosoma X. Para este estudio trazaron el árbol genealógico de 76 hombres homosexuales y encontraron que el 13.5% de los hermanos eran también homosexuales, lo cuál dio pauta a la búsqueda del supuesto *gen de la homosexualidad, para lo cual reclutó a 40 pares de hermanos homosexuales, tomó muestras de ADN y analizaron los genes utilizando marcadores, los cuáles permitieron identificar un gen particular en el cromosoma X común en 33 pares de los hermanos estudiados.*

De acuerdo con Hammer, no es probable que la relación entre marcadores y homosexualidad sea casual, sin embargo, es cauteloso y advierte que esto no es lo único que explica la homosexualidad masculina y concluye afirmando que es muy probable que la homosexualidad provenga o tenga como origen una variedad de causas tanto genéticas como del entorno.

Influencia Hormonal

Los intentos por encontrar diferencias significativas entre los niveles hormonales de adultos homosexuales y heterosexuales, han tenido poco o ningún éxito.

Investigaciones más recientes se han enfocado en los efectos de las hormonas en la orientación sexual. Algunas de las hormonas segregadas por las suprarrenales, y presentes en ambos sexos, son andrógenos. La sangre femenina contiene normalmente una cantidad considerable de andrógenos, y la masculina contiene algo de estrógenos. Esta observación sugiere una teoría atractivamente simple, según la cual la conducta sexual "desviada" deriva de un desequilibrio en la proporción de andrógenos y estrógenos. El varón homosexual tendría pocos andrógenos o demasiados estrógenos, y tendría en consecuencia a un comportamiento sexual femenino. (West, 1955; cit., en Alvarez y Hernández, 1995). *Frecuentemente se ha asumido que los hombres*

homosexuales tienen menores niveles de andrógenos que los hombres heterosexuales. De cualquier modo, el dar hormonas femeninas a los hombres heterosexuales, no los hace homosexuales, esto simplemente disminuye su energía sexual. Además, dar hormonas masculinas a las mujeres heterosexuales no las hace homosexuales, esto intensifica su interés en actividades heterosexuales. (Bancroft, 1981 cit., en Denney, 1992.).

La conclusión es que en los individuos homosexuales adultos no se encuentran diferencias hormonales entre ellos e individuos heterosexuales.

Otro posible factor causal en la homosexualidad puede ser el exceso o deficiencia de ciertas hormonas sexuales durante el desarrollo prenatal (Ellis y Ames, 1987 cit., en Denney, 1992). La deficiencia de testosterona en un momento crítico del desarrollo uterino puede llevar a un comportamiento homosexual en hombres, y un exceso de testosterona durante el desarrollo prenatal, puede llevar a una conducta homosexual en mujeres.

Money (1972; cit., en Rubio y Aldana, 1994) en un seguimiento de su estudio, encontró que *entre las niñas expuestas a niveles altos de andrógenos había mayor posibilidad de desarrollo de orientación homosexual*, pero era sólo una posibilidad, no era determinante. Los niños con niveles prenatales más altos de andrógenos tienden a ser más agresivos y competitivos, pero no son distintos en cuanto a orientación sexual.

Estos resultados señalan que la orientación sexual puede tener una base biológica. Pero hasta la fecha no se ha determinado si la influencia de factores biológicos es total en la orientación sexual.

Las explicaciones biológicas son un recurso muy socorrido para quienes no encuentran ninguna explicación para las diferencias sexuales. Así, la biología llena una laguna que hasta la fecha no ha logrado cubrir las explicaciones sociales. Sin embargo, no se pretende minimizar la importancia de lo biológico; *las capacidades biológicas proporcionan el potencial a partir del cuál se configura gran parte de lo humano y fijan el límite de las actividades sociales*, lo realmente importante son los significados sociales que damos a las diferencias biológicas.

IDENTIDAD SEXUAL

La vida familiar, la escuela, la valoración social, las representaciones en los medios de difusión, el involucramiento en lo religioso y lo moral construyen las imágenes de las identidades deseables. En respuesta a todas estas influencias entre muchas otras, construimos nuestras

identidades como hombres y mujeres, heterosexuales y homosexuales, son producto de procesos complejos de definición y autodefinición en un ordenamiento complejo de relaciones sociales.

El ser humano, tiene la capacidad para definirse así mismo y buscar a otros con quien compartir su identidad. Muchos pensamos en nosotros mismos como "católicos", "músicos", "médicos", etc., y tratamos de comportarnos de acuerdo a estas etiquetas. Durante la adolescencia una manera de buscar esta auto-definición es por medio de la sexualidad. Desarrollar un sentido de identidad personal y sexual puede ser un proceso difícil.

La conciencia de la orientación sexual se desarrolla gradualmente durante la infancia y particularmente, durante la adolescencia. Los niños tienen conciencia de su atracción por personas del mismo sexo, de sexo opuesto o de ambos sexos. Al mismo tiempo, ellos tal vez empiecen a tener experiencias sexuales con miembros del mismo sexo, de sexo opuesto o de ambos sexos. Finalmente, empiezan a definirse ellos mismos como heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales.

Sin embargo, aprendemos desde muy jóvenes en nuestra sociedad que ser "hombre" es no ser homosexual. La homosexualidad masculina ha sido estigmatizada. Debemos reconocer, que las identidades sexuales no están predeterminadas ni son automáticas o fijas; están socialmente organizadas y son contingentes y modificables.

Cuando un individuo se define como heterosexual, tomando en cuenta los tres criterios básicos (conducta sexual, autodefinición y orientación erótica), el desarrollo de su orientación sexual es relativamente tranquilo, debido a que la heterosexualidad es considerada como "normal" en nuestra sociedad. Pero cuando un individuo se da cuenta de que se siente atraído por personas del mismo sexo y tiene experiencias sexuales con estas personas, el desarrollo de su autodefinición se complica y el individuo entra en conflicto. Se debe tomar en cuenta que las personas homosexuales no quieren "cambiar de sexo". Un hombre homosexual piensa como un hombre y una mujer homosexual siente y actúa como mujer (Bell, 1981; Blanchard, 1988; Garber, 1991, cit., en Haas y Haas, 1993).

Para Weeks (1985) nuestras identidades sexuales - como hombres y mujeres, "normales" o "anormales", *heterosexuales u homosexuales* - se construyen partiendo de diversos materiales que negociamos en el curso de nuestras vidas, limitados por nuestra herencia biológica, modificados por la contingencia, la reglamentación y el control social.

Algunos homosexuales mencionan haberse dado cuenta de que eran homosexuales a temprana edad, a los 5 ó 6 años, mientras otros no lo notaron, hasta llegada la edad adulta. De

cualquier manera, no es muy probable que un niño tenga un sentido real de su orientación homosexual, los recuerdos que pueden llegar a tener los homosexuales adultos acerca de sus sentimientos y comportamientos homosexuales de la infancia, pueden posiblemente, estar influenciados por las expectativas sociales de lo que los homosexuales "tienen" que sentir (Ross, 1980, cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

La mayoría de las investigaciones acerca de la autodefinition de la identidad homosexual sugieren que es más probable que este proceso ocurra durante la adolescencia en los hombres y más tarde para las mujeres (Dank, 1971; Weinberg, 1978; Cass, 1979; Stanley y Wolfe, 1980; Troiden y Goode 1980; cit., en Masters , Johnson y Kolodny, 1992).

Durante la infancia, al niño se le impone un rol heterosexual, en la casa, en la escuela, en la televisión, en los libros. Este hecho junto con la suposición social de que "todos" son heterosexuales, a menos que se demuestre lo contrario, condiciona a los niños (as) a pensar como heterosexuales y a vivir como tales.

No existe un solo patrón para darse cuenta de la orientación sexual. Muchos hombres homosexuales reportan primero haber tenido algún tipo de contacto sexual con otros adolescentes, lo que les hacía sospechar que eran homosexuales. Sólo después de un período de confusión de identidad, comienzan a pensar en ellos mismos como homosexuales, a buscar a otros homosexuales o a planear cómo manejar su homosexualidad en un mundo heterosexual (Cass, 1979; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

Otros sospecharon que podían ser homosexuales antes de tener alguna actividad sexual y confirman sus "sospechas" por la respuesta que tienen a las experiencias sexuales con otros hombres o porque se sienten mejor con amigos homosexuales que con heterosexuales (Weinberg, 1978; cit., en Haas y Haas, 1993). Para algunos homosexuales, el proceso de autodefinition ocurre después de mucho esfuerzo por cumplir con la expectativa heterosexual, pero dándose cuenta de que resulta intolerable.

Bell, Weinberg y Hammersmith (1981; cit., en Denney, 1992), realizaron un estudio entrevistando a hombres y mujeres homosexuales y heterosexuales para entender mejor el desarrollo de la preferencia sexual. Con base en su investigación, sacaron algunas conclusiones:

- Cuando hombres y mujeres llegan a la adolescencia, es probable que su preferencia sexual haya sido determinada, aunque aún no hayan iniciado su actividad sexual.

- Entre los participantes la homosexualidad estaba indicada o reforzada por sentimientos sexuales que típicamente ocurrieron tres años o más antes de su primera experiencia homosexual "avanzada" y fueron estos sentimientos, más que las actividades homosexuales, las que parecieron ser cruciales en el desarrollo de la homosexualidad adulta.

- Los hombres y mujeres homosexuales en este estudio no fueron particularmente ajenos a experiencias heterosexuales durante su infancia y adolescencia. Ellos son distinguidos por su "complemento" heterosexual, de cualquier manera, estas experiencias no fueron satisfactorias.

- Entre los hombres y mujeres del estudio hay un fuerte vínculo entre la no conformidad de género y el desarrollo de la homosexualidad.

- La identificación de los participantes con el padre del sexo opuesto, durante el desarrollo no parece haber tenido un impacto considerable para determinar su homosexualidad o heterosexualidad.

- Para los participantes de ambos sexos la identificación con el padre del mismo sexo parece haber tenido muy poca influencia en el desarrollo de su orientación sexual.

- Tanto para los hombres como para las mujeres en el estudio, las relaciones con los padres (que generalmente fueron deficientes) parecieron más importantes que cualquier relación que hayan tenido con sus madres.

- En cuanto a lo que se refiere a las diferencias entre hombres y mujeres homosexuales, la *inconformidad de género aparece como más importante para los hombres y las relaciones familiares como factor más importante para las mujeres.*

Aunque los individuos homosexuales comienzan a darse cuenta de sus tendencias homosexuales durante la infancia y adolescencia, el autodefinirse como homosexuales, es un proceso mucho más gradual. La autodefinición como homosexuales, toma más tiempo y resulta más difícil que la definición como heterosexual, debido a la evaluación negativa de la homosexualidad en nuestra cultura.

Por esto, no resulta sorprendente que los individuos homosexuales no puedan aceptar y reconocer sus tendencias abiertamente y de manera inmediata; por lo cual, parece que les lleva varios años entre el reconocimiento de las inclinaciones homosexuales, la autodefinición como homosexual y el aceptar públicamente la homosexualidad.

Troiden y Goode (1980; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992) hicieron un estudio con 150 hombres homosexuales y encontraron que el promedio de edad en que ellos había considerado

por primera vez que eran homosexuales fue a los 17 años, aunque en promedio, 7 años antes, estos hombres habían experimentado su primera relación homosexual.

Blumstein y Schwartz (1977; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992) mencionan que es mucho más difícil para los hombres aceptar la identidad homosexual que para las mujeres. Tal vez esto se deba a que en nuestra cultura la masculinidad está sobrevalorada; la homosexualidad es vista como algo femenino, y por ellos muchos hombres creen que serán devaluados y perderán su autoestima si aceptan su identidad homosexual.

Una vez que ha sido aceptada la identidad homosexual, queda el problema de revelar la orientación homosexual a otros. Debido al rechazo social de la homosexualidad, muchos homosexuales no están dispuestos a dejar que otros conozcan su orientación sexual, de estas personas se dice que "no han salido del closet".

Otros, por el contrario, son muy abiertos en lo que se refiere a su homosexualidad. Y otros, probablemente la mayoría, están entre estos dos extremos.

Hay entonces, una gran diferencia entre el descubrimiento de la homosexualidad y la aceptación de la misma. Algunos hombres y mujeres homosexuales no tienen problema al respecto, pero en la mayoría de los casos esto genera conflicto y una incertidumbre, dadas las implicaciones que tiene el ser homosexual en una sociedad heterosexual.

Weeks (1985), señala que la búsqueda de identidades sexuales válidas ha caracterizado la historia de la homosexualidad masculina y femenina durante este siglo. Distintos grupos de personas han encontrado diversas maneras de hacerlo; no hay un objetivo predeterminado. Las diferencias de género, geográficas y raciales han producido identidades diferenciadas. No obstante, todo parece indicar que sigue siendo esencial una identidad firme. Es posible que la categorización y la autclasificación, es decir, el proceso de elaborar una identidad social, controle, restrinja e inhiba, como han dicho muchos críticos, pero a la vez como ha señalado Plummer (1980), proporcione "comodidad, seguridad y afirmación".

EL PROCESO DE REVELACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD

La revelación es un proceso en el cuál los homosexuales informan a otros de su orientación sexual. Aunque el término implique un simple evento, en realidad el proceso de revelación es prolongado e implica un reto a las normas culturales y es difícil e incluso doloroso para quienes se revela la orientación sexual. Este puede ser un largo proceso que comienza cuando el homosexual

comunica sus amigos íntimos su orientación sexual, luego, incluyen al grupo de amigos cercanos y finalmente a los miembros de la familia, compañeros de trabajo y conocidos. (Haas y Haas, 1993).

La naturaleza y dificultad del proceso de revelación difiere entre individuos y épocas, recientemente, la epidemia del VIH/SIDA ha aumentado el estigma hacia la identidad lésbica, gay o bisexual, y esto ha incrementado los temores asociados a la revelación (Bohan, 1996).

Muchos homosexuales, mencionan que pueden revelar más rápido su orientación sexual dentro de un ambiente gay que con sus amigos heterosexuales y su familia. Ellos tal vez prefieren ser vistos como heterosexuales para evitar el rechazo social, las repercusiones económicas, u otros problemas, mientras deciden revelar su orientación sexual sólo a otras personas homosexuales. Otros consideran ésta una opción deshonesto, por considerar que no están siendo sinceros. Por otro lado, la posible reacción de la familia influye en esta decisión (Bohan, 1996).

Bohan (1996) señala un patrón típico de revelación: "la primera revelación se hace a la pareja e implica simplemente el reconocimiento de uno mismo y del otro como homosexual, después se revela a otros amigos homosexuales, quienes proveen una fuente segura de retroalimentación positiva para esta revelación". Aunque, aún algunas personas siguen ocultando su orientación sexual a personas gay. Se revela primero a los amigos cercanos. Investigaciones con hombres gay y lesbianas indican que más de la mitad lo han revelado a sus amigos heterosexuales cercanos. Le siguen los hermanos; tanto para los gay como para las lesbianas, es a las hermanas a quienes se les dicen con más frecuencia y antes que a los hermanos. Después de los hermanos (as), es a los padres a quien se les comunica, y es a las madres a quienes se les revela con más frecuencia y antes que a los padres, casi la mitad lo han dicho a la madre y una tercera parte a los padres.

En el ámbito laboral muchos revelan su identidad a un compañero de trabajo, y la gran mayoría se sienten seguros cuando sus jefes no lo saben (Bohan, 1996).

El proceso de revelación puede también ser realizado en muy corto tiempo, aunque parte de este tiempo lo utilizan para pensar y planear antes de tomar la decisión.

Resulta obvio que la revelación no es un proceso que pueda ser descrito en términos simples aplicables a todas las personas. Inevitablemente, la decisión refleja la realidad psicológica de cada individuo en circunstancias particulares de su vida. Para algunas personas la revelación puede estar apoyada por recursos psicológicos e interpersonales; mientras que para otros los costos psicológicos son mayores. Y en otros la vida puede ser lo suficientemente segura para permitir cierta apertura hacia su orientación sexual y aumentar su autoestima y alienta el cambio en otros. Para otros el peligro potencial prohíbe una revelación total y el bienestar personal y social es la "recompensa" por

guardar el secreto. Como en otras cuestiones de desarrollo, la diversidad individual es la regla, y no puede emplearse un solo curso de acción para todos (Bohan, 1996).

El proceso de la revelación de la homosexualidad lleva a un sentimiento integrado del Yo, así como a una identidad completa. Una identidad integrada, es una expresión firme, continua y balanceada de un Yo público y privado como un hombre homosexual (Paradis, 1997). Es decir, la revelación es la parte socialmente visible del desarrollo de la identidad homosexual (Vincke y Bolton, 1994).

La revelación implica un proceso doble, que incluye aquellos mecanismos por los cuales el individuo se hace consciente de su atracción erótico-emocional hacia personas del mismo sexo y el proceso subsecuente y gradual de la reconstrucción de la identidad sexual, así como el ajuste en sus relaciones con otros (Demontesflores y Schultz, 1978; Mc Donald, 1982; cit., en Vincke, 1994).

FUERZAS CULTURALES E IDENTIDAD HOMOSEXUAL

Lukes y Land (1991; cit., en Paradis, 1997) observaron que a través de diversas culturas la homosexualidad ha sido vista como pecado, enfermedad, conducta desviada o un estilo de vida aceptable (Conrad y Schneider, 1985; cit., en Paradis, 1997), lo cual tiene un enorme impacto en la autorrealización, autoestima y revelación de los hombres homosexuales. Como adultos, las tareas de revelación son generalmente complicadas debido a la difusión de la identidad, el miedo a la exposición, el rechazo de los seres queridos y el estigma (Paradis, 1991; cit., en Paradis, 1997).

Muchos hombres son capaces de vivir exitosamente en la cultura mayoritaria mientras mantienen un balance saludable entre sus expresiones públicas y privadas de la identidad homosexual. Sin embargo, para otros, las respuestas negativas consistentes por parte de su grupo primario o de la sociedad pueden inhibir o minar sus intentos de integrar y expresar estos dos aspectos de su vida (Lukes y Land, 1990; cit. en Paradis, 1997).

Existe cierta tendencia a ocultar la identidad cuando habiendo elegido ser abierto, los hombres homosexuales son vistos como diferentes, y pueden ser hostigados o ridiculizados; por lo que se arriesgan a perder amigos, lazos familiares o incluso el trabajo (Cain, 1991; cit., en Paradis, 1997).

ETAPAS DE LA REVELACIÓN.

Existen diversos modelos que intentan conceptualizar el proceso de la revelación en diversas etapas, sin embargo no se ha llegado a un acuerdo en cuanto a la importancia relativa de los pasos involucrados en el proceso.

Cuando el hombre homosexual decide revelar su estilo de vida, deberá completar ciertas tareas de desarrollo, generalmente solo, debido a la falta de apoyo de la sociedad, su comunidad cultural y sus propios amigos y familiares. Esas tareas han sido conceptualizadas por Coleman (1982) como etapas de la revelación:

Pre-revelación.

Durante esta etapa el hombre homosexual enfrenta una crisis. El admitir la atracción hacia el mismo sexo puede provocar ansiedad y ambivalencia. Hay difusión de la identidad y fragmentación; existe una escisión entre estructuras cognitivas y estados afectivos. Para algunos hay aflicción por la pérdida de la imagen anterior (Paradis, 1991; cit. en Paradis, 1997).

En ocasiones los hombres homosexuales todavía no revelan su orientación sexual pensando que es imposible hablar con la gente en su ambiente social (Vincke, 1994).

Revelación

Los individuos revelan su estilo de vida en sus propios marcos de tiempo y a su manera.

Exploración

Cada persona empezará a desarrollar diferentes maneras de iniciar contacto social y sexual con otros hombres. Tal vez existan temores asociados con la intimidad y el significado de las relaciones interpersonales. Una tarea que puede resultar compleja es el negociar relaciones sociales y sexuales (Lapkin y Paradis, 1992; Mays y cols., 1989; cit. en Paradis, 1997).

Primeras relaciones.

La tarea en esta etapa es aprender el funcionamiento de las relaciones homosexuales. En ocasiones las dificultades se presentan cuando la pareja no coincide en sus etapas del proceso de revelación (Mattison y Mc Whirter, 1988; cit. en Paradis, 1997).

Integración.

La integración de la identidad de un hombre homosexual trae consigo un balance saludable entre el yo público y el privado. Las tareas psicosociales actuales incluyen: mantener una autoimagen positiva, un claro sentido de identidad y relaciones satisfactorias.

El proceso de revelación (salir del closet) puede definirse de la siguiente manera: dejar que otros individuos, conozcan o sepan de su homosexualidad. Dentro de este proceso hay diferentes situaciones:

- Algunos individuos revelan su orientación sexual sólo a otros homosexuales.
- Algunos lo dicen sólo a amigos cercanos o a familiares.
- Otros lo informan a aquellos con quienes empiezan a tener contacto.

Este proceso puede llevar mucho tiempo e incluso extenderse a varios años. Por ejemplo, algunos individuos hablan de su orientación sexual con amigos muy cercanos mucho antes de que intenten decirselo a sus familiares e incluso a sus compañeros de trabajo. Otros deciden repentinamente dar a conocer abiertamente su orientación sexual.

Decidir "salir de closet" es difícil debido a la opinión negativa que la sociedad tiene de la homosexualidad. Muchos homosexuales temen que sus familiares y amigos no estén preparados para aceptar esta revelación.

Antes de arriesgarse a perder a sus amigos y el apoyo de su familia, prefieren ocultar su orientación sexual. De hecho, muchos familiares y amigos tienen dificultad en aceptar que alguien allegado a ellos es homosexual. Weinberg y Williams (1974) mencionan que "las dificultades con los padres se encuentran entre los problemas más fuertes en la vida de muchos homosexuales".

A pesar de lo que implica hablar con los padres acerca de la homosexualidad, parece ser más probable que los homosexuales hablen de ello con sus familiares que con algún otro miembro de la sociedad (Bell y Weinberg, 1978; cit., en Denney, 1992). Además es más probable que se lo digan a las mamás que a los papás.

Por supuesto que el hablar de la propia homosexualidad implica riesgos, si tomamos en cuenta que ante tal revelación un considerable número de familias ha rechazado a alguien homosexual. Es importante hacer un balance entre los riesgos y beneficios al momento de dar a conocer el estilo de vida.

REVELACIÓN A LA FAMILIA DE ORIGEN.

Muchos hombres y mujeres homosexuales nunca revelan su identidad sexual a sus familias biológicas debido a que el costo es demasiado grande. Para otros, la revelación a la familia es lo más importante. Si la respuesta es positiva, aumenta el autoestima y las revelaciones subsecuentes ocurren de acuerdo a la experiencia de autoaceptación. Si la respuesta es negativa, se tiene el riesgo de perder autoestima, así como la pérdida de relaciones importantes (Savin-Williams, 1989; cit., en Bohan, 1996).

La decisión de revelar a la familia está llena de ansiedad y esperanza, y el esfuerzo es prolongado. Algunas veces el hecho de dar a conocer la orientación sexual tiene ciertas implicaciones. Por un lado, se asocia a la epidemia del VIH/SIDA, lo cual resulta doloroso, debido a cómo ha afectado a las personas homosexuales, y por otro lado tienen que enfrentarse simultáneamente al estigma por la enfermedad y el rechazo de sus familiares por su identidad sexual.

Un estudio de la relación de 93 hombres homosexuales y sus padres (Cramer y Roach, 1988; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992), indicó lo siguiente:

- La mayoría de las relaciones entre hijos homosexuales y sus padres, se vuelven tensas inmediatamente después de la revelación, pero esta confusión inicial tiende a cambiar y mejora la relación – en algunos casos la relación es mejor que antes de que se hablara acerca de la orientación sexual.

- Muchos hombres homosexuales no han revelado su orientación sexual a sus padres por que les preocupa lastimarlos, decepcionarlos, o por miedo al rechazo.

- Las razones más frecuentemente mencionadas para revelar a los padres la orientación sexual, es el deseo por compartir sus asuntos personales con ellos, ya que resulta difícil y desgastante, esconder la verdad, quieren tener más libertad y esperan mayor intimidad y confianza con sus padres.

- La reacción de los padres hacia la homosexualidad de sus hijos parece ser la misma si el hijo lo reveló voluntariamente o si los padres lo supieron por alguien más , preguntándole a él o por accidente.

REACCIONES FAMILIARES ANTE LA REVELACIÓN.

La reacción de la familia ante la revelación no se puede predecir, por lo regular, la primera reacción es negativa (Borhek, 1988; Savin-Williams, 1989; cit., en Bohan, 1996). Esta reacción negativa, parece tener dos elementos centrales:

- La familia puede responder de acuerdo a sus actitudes hacia la homosexualidad, percibiéndola como una enfermedad o pecado. Los estereotipos negativos afectan los sentimientos positivos hacia el miembro de la familia, y esto provoca que se les trate diferente, como a un extraño.

- No son claros los roles familiares de las personas lesbianas, gay o bisexuales, y en la familia hay una gran confusión acerca de si la persona se siente bien o no con la identidad heterosexual que le había sido "destinada" (Strommen, 1989; cit., en Bohan, 1996).

Algunos autores han propuesto modelos que representan las etapas en la respuesta familiar a la revelación, sin embargo, como en todos los modelos, esto no puede generalizarse.

En una síntesis de su trabajo (De Vine, 1985 y Wirth, 1983; cit., en Bohan, 1996) sugieren algunos pasos en el proceso de adaptación de la familia ante la revelación, pueden manifestarse diferentes reacciones, y no necesariamente en el orden descrito.

Antes de la revelación, la familia, frecuentemente experimenta una "conciencia subliminal", cuando tienen la sensación de que algún miembro de la familia puede ser homosexual o bisexual. Pueden emplear mucho tiempo negándolo y evadiendo situaciones que puedan revelar tal posibilidad y acentuando actitudes heterosexuales. Esta táctica llega a su fin cuando los individuos revelan su identidad sexual. La revelación puede ser gradual o abrupta; pero en cualquier caso, lleva a la familia a una etapa de "impacto". Frecuentemente se paralizan y recurren a la negación. La familia puede negarse a reconocer esta identidad, y eso ocasiona otros problemas, ya que se busca la intervención profesional, religiosa, o buscan que se relacionen con personas heterosexuales. Esto es común, ya que buscan las posibles causas "externas" que provocaron esta situación.

Después del impacto inicial, los miembros de la familia pueden experimentar "confusión y culpa". Empieza a ser claro que la identidad sexual es real y no puede cambiarse, ante lo cual los familiares tienen una sensación de confusión, vergüenza y pérdida. Pasan por un período de duelo ya que están "perdiendo" a la persona que creían conocer y las "esperanzas" que habían puesto en esta persona (Borhek, 1988; cit., en Bohan, 1996). Muchos padres experimentan una gran culpa porque consideran que han promovido esta conducta.

Cuando ya han visto que la identidad sexual es una realidad, pueden expresar enojo hacia el miembro homosexual. Algunos recurren al chantaje tanto económico como emocional, les prohíben participar en reuniones familiares, los repudian, los desheredan, insisten en que la revelación fue un "gesto hostil". Algunos miembros de la familia intentan romper cualquier forma de relación con una persona homosexual (Brown, 1988; cit., en Bohan, 1996).

En la fase de "negociación" pueden intentar varias técnicas para manejar el estigma que tienen hacia la persona homosexual. Algunas familias intentan mantener la integridad familiar ante los ojos de otros, para ocultar la identidad sexual de su familiar. Frecuentemente las relaciones familiares son llevadas como siempre, pero existe un acuerdo en cuanto a no discutir este tema. La persona homosexual debe de sobrellevar el miedo al rechazo que caracteriza su vida antes de la revelación, además del coraje por la falta de aceptación y comprensión que siguen a esta. Otros miembros de la

familia tienen que manejar sus sentimientos de pérdida y duelo, además de la culpa y la vergüenza provocados por esta situación.

Si la familia es apta para manejar esto, puede darse la "aceptación y resolución". Esto permite a la familia ajustarse a la realidad de tener a una persona homosexual en la familia y modificar las relaciones familiares para integrarlo a la relación familiar sin pretender cambiarlo. Este proceso lleva a la "integración" en donde la familia provee un ambiente positivo y alegre para la persona homosexual. Frecuentemente a raíz de esto "se destapa" la orientación sexual en otros ámbitos.

En una encuesta realizada por Robinson, Walters y Skeen, (1989; cit., en Bohan, 1996) observaron como los padres enfrentan la revelación de la orientación sexual de sus hijos. La mayoría de los padres en esta muestra mencionaron haber pasado a través de las cinco etapas: impacto, negociación, culpa, enojo y aceptación. Algunos se sienten "liberados" al confirmar sus sospechas. Muchos reportaron que el conocer esto fue comparable a la muerte de un hijo, y a esto siguió una intensa pena y dolor. A pesar de las reacciones negativas iniciales, el 97% mencionó que habían trabajado estos sentimientos para poder llegar a la etapa de aceptación.

La mayoría de los padres reaccionan de manera negativa y agresiva ante el hecho de que su hijo o hija sea homosexual, y muchos buscan ayuda profesional, para "corregir el problema". En algunos casos, los padres rechazan ver o hablar con sus hijos, en otros casos toman una actitud menos severa tanto los padres como los familiares, pero permanecen inconformes ante la idea de tener un familiar homosexual.

Estos resultados sugieren que a pesar de que el proceso puede ser largo y difícil, muchas familias están dispuestas a superar estas reacciones negativas y aceptar a la persona homosexual.

Para facilitar dicho proceso Weeks (1985) sugiere un "pluralismo radical", pluralismo porque comienza con una suposición del hecho de que existen distintos gustos, placeres y relaciones; radical debido al apoyo decidido de la variedad como un adjunto necesario de nuestro mundo cada vez más complejo.

El pluralismo moral comienza con una creencia diferente: que el sexo en sí no es ni bueno ni malo, sino un campo de posibilidades y potencialidades que deben juzgarse por el contexto en el que ocurren. De este modo, se abre el camino a la aceptación de la diversidad como la norma de nuestra cultura y el medio apropiado para pensar sobre la sexualidad.

ESTIGMA

Desde el inicio, al SIDA se le ha vinculado con la homosexualidad, la prostitución y la promiscuidad, por lo que ha traído consigo una serie de rechazos, prejuicios, discriminación y estigma hacia las personas que se han infectado con el VIH/SIDA.

En 1981, fueron detectados 5 casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii*, después se detectaron 26 casos de Sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer en la piel y en ambas situaciones se observó la juventud de los pacientes, el curso acelerado y fulminante de la enfermedad y, como factor común, todos los hombres eran homosexuales (Ramos, 1989; cit., en Ruiz, 1996). Estas características, trajeron como consecuencia, que al hacer referencia a la presencia del virus y debido a los lentos descubrimientos científicos, se propagaran rápidamente creencias erróneas, dando pie a que se llamara a esa nueva entidad, "Cáncer Gay", "Enfermedad Rosa" o "Síndrome relacionado a los Homosexuales". Y se identifica a los hombres homosexuales como culpables o creadores de la enfermedad.

En consecuencia, el SIDA adquiere un doble estigma: la identificación como una enfermedad peligrosa y mortal, y la asociación del SIDA con grupos de personas ampliamente estigmatizados como: homosexuales, prostitutas y drogadictos intravenosos (Herek y Glunt, 1988).

A partir de los efectos que causa el estigma en las personas, en cuanto a su bienestar tanto psicológico, como físico, ya que crea situaciones de estrés, se hace necesario, estudiar la manera teórica en que se crean, por qué se crean y cuáles son las consecuencias para las personas discriminadas como lo pueden ser: personas homosexuales y personas seropositivas.

Se llega a tener la creencia de que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana, valiéndose de este supuesto, se practican diversos tipos de discriminación mediante los cuales se reducen en la práctica, sus posibilidades de vida. Se construye una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona.

ESTIGMA

Los griegos crearon el término *estigma* para referirse a signos corporales en los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes y quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor -una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos- (Goffman, 1963). Actualmente, la persona estigmatizada posee un atributo que la vuelve diferente a los demás, es vista como a una persona inferior y se le menosprecia.

El término **estigma** es utilizado para hacer referencia a un atributo desacreditador, Goffman destaca la importancia de estudiar el estigma no solo como un proceso de categorización, sino también como un lenguaje de relaciones. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad del otro y por consiguiente, no es honroso ni humillante en si mismo. El estigma es un patrón de prejuicio social, desacreditando las experiencias de un individuo, como resultado de los juicios de otros hacia sus características personales o como miembro de un grupo (Goffman, 1963; Herek, 1990). El estigma es un constructo social -un reflejo de la cultura, no una propiedad de los individuos- (Ainlay, Coleman y Becker, 1986; en Pryor y Reeder, 1993).

Ruiz (1996) plantea el prejuicio en dirección activa sobre los otros y a los estigmas como la imposición de los otros que se sufre pasivamente; *se prejuzga a alguien por pertenecer a un grupo, se tiene un estigma por ser parte de ese grupo*; ambos procesos van entrelazados y son producto de un conjunto de creencias formadas en relación a ese grupo. El proceso es dinámico, por una parte el estigmatizado desarrolla una serie de expectativas que afecta a su entorno, puede estar consciente de cómo le afecta el estigma, asumirlo, rechazarlo y buscará librarse de él tratando de recobrar ese estatus perdido e incluso hará uso de su estigma, sacándole ventaja haciendo de éste, su estilo de vida o una forma diferente de vida.

El estigma hacia el VIH/SIDA se da como resultado debido a sus propiedades inherentes, como una enfermedad (deteriorante, que altera las relaciones interpersonales, su poder de contagio, amenazante, etc.) y por su identificación con personas y grupos ya estigmatizados, previo a la epidemia (Des Jarlais, Friedman y Hopkins, 1985; Herek 1984; en Pryor y Reeder, 1993).

Herek y Capitanio (1997) definen el estigma del VIH/SIDA como el prejuicio, desprestigio y discriminación a personas que se percibe, viven con SIDA o VIH, así como a los individuos, grupos y comunidades con quienes se asocian.

Ruiz (1996), plantea el estigma como un producto de las creencias y prejuicios y resume: *el estigma es un proceso de atribución con el que los individuos tienden a categorizar a otros o "marcarlos socialmente" a través de lo que consideran un defecto, por lo que se daría una diferenciación entre "normales" y "estigmatizados", en donde se ponen en juego el uso de creencias y prejuicios para diferenciarse del sujeto estigmatizado, bajándolo de estatus y así, marcar una distancia y diferenciación con este, y a partir de esto, salvaguardar su integridad de individuo compatible con un entorno social específico y propio de él.*

ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD

Las epidemias desde hace tiempo han tenido alcances psicosociales, ya en el s. XIV, la plaga fue vista como un castigo debido a la conducta inmoral o pecadora, así como la influenza o la

epidemia del cólera en 1930 (Herek, 1990; cit. en Kalichman, 1995). El caso del VIH, tiene diversos factores para ser el blanco perfecto, de prejuicio y estigma, debido a que el VIH es asociado a la sexualidad y aunque las vías de transmisión son diversas, la principal es la vía sexual, lo que trae como consecuencia que se piense en promiscuidad, homosexualidad, infidelidad, etc.

La forma de pensar en el quehacer científico y en el dominio público difícilmente es la misma. Así, mientras los primeros buscaban patrones comunes como factores epidemiológicos para comprender este virus, en los segundos, estos mismos patrones, al convertirse en noticia, causaron múltiples reacciones: la principal, es que el SIDA es una amenaza mortal y ante la incertidumbre que provoca esta amenaza, las repuestas se diversifican, se buscan culpables y se justifican las muertes (Ruiz, 1996).

En general, la sociedad en México es muy conservadora y apegada a valores tradicionales y religiosos, situación que permite mayor generalización de creencias y prejuicios, por consiguiente un alto nivel de estigma en torno al SIDA (Ruiz, 1996). Sin embargo, el estigma tiene funciones instrumentales, ya que provee un medio para mantener distancia social y permite tener una sensación de seguridad personal (Kegels, Coates, Christopher y cols., 1989; Mondragón, Kirkman-Liff y Schneller; 1991; en Kalichman, 1995). De igual forma los juicios morales que tienen muchas personas acerca de la responsabilidad por contraer el VIH/SIDA sirve para distinguir a las personas de "personas como ellos" y "personas como nosotros" (McDonell, 1993; Kalichman, 1996).

De acuerdo a Goffman (1963), se pueden mencionar 3 tipos de estigma:

- a) las abominaciones del cuerpo -distintas deformidades físicas-,
- b) *los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de reconocidos informes sobre, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio, etc. y*
- c) *los estigmas tribales de la raza, la religión y la nación, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.*

En estos ejemplos de estigma, se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos.

Las personas seropositivas potencialmente tienen los tres tipos de estigma. Las manifestaciones físicas del VIH durante las etapas últimas de la infección son visibles e incluyen

frecuentemente una pérdida de peso importante. La percepción de la homosexualidad y de la drogadicción son dos conductas asociadas a la infección por VIH, sugiriendo que aquellos que se involucran en estas situaciones son inmorales y desagradables (Conrad, 1986; Pryor, Reeder, Vinacco y cols., 1989; cit. en Pryor y Reeder, 1993). Finalmente la asociación del VIH/SIDA con grupos *previamente estigmatizados, como los grupos de homosexuales, proveen una categorización social conveniente para personas seropositivas.*

Di Placido (en Herek, 1998) plantea que las lesbianas, los hombres homosexuales y los bisexuales enfrentan a diario situaciones de discriminación, estigma y violencia, por lo que deben lidiar con grandes cantidades de estrés, como resultado de vivir en una sociedad heterosexista y *homofóbica. Los homosexuales representan una minoría sexual y, como otras minorías, en muchas ocasiones, son tratados con discriminación y desdén, por lo que las minorías sexuales experimentan estrés, como resultado del estigma hacia ellos. Virginia Brooks (cit. en Herek, 1998) señala que la causa inicial del estrés de las minorías es la atribución cultural de estatus inferior hacia ciertos grupos, ese atributo de inferioridad precipita eventos negativos para el integrante de la minoría sobre el cual el individuo tiene poco control.*

CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA EN HOMBRES HOMOSEXUALES QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA

Existen algunos estudios que demuestran que el estrés se asocia con cambios en el estado del sistema inmunológico y su incidencia en enfermedades infecciosas, por lo que el estrés y el sistema inmunológico están vinculados. El estrés puede hacer enfermar a una persona o al menos es más probable que alguien se enferme durante o después de tener una gran demanda o amenaza (Temoshok y Baum, 1990). En un estudio longitudinal de Cole, Taylor, Visscher y cols., (1993) se encontró que la infección por VIH avanzó más rápido entre aquellos que ocultaron su identidad homosexual que entre quienes no lo hicieron, debido a que la inhibición psicológica influye en la actividad del sistema nervioso simpático y en la función inmunológica.

Puede pensarse que el estigma hacia las personas que han revelado su homosexualidad es más visible que quienes no lo han hecho, sin embargo tanto quienes lo han revelado, como quienes no, experimentan estrés. De acuerdo a Di Placido (cit. en Herek, 1998), los homosexuales *experimentan dos tipos de estresores: estresores externos y estresores internos.*

Quienes han revelado su homosexualidad experimentan los estresores externos que se crean en el ambiente social y son todos los eventos negativos diarios a los que se tienen que enfrentar, sólo por su condición de ser homosexuales, tales como discriminación, rechazo (Bradford, 1994; cit. en Herek 1998), violencia (D'Augelli, 1989; Duncan, 1990; Garnets, Herek y Levy, 1992; op. cit.), *asi como abuso verbal y físico.*

Aquellos que no han revelado su homosexualidad experimentan estresores internos como lo son:

a) *homofobia internalizada*, que es la internalización de actitudes negativas hacia los homosexuales, lo cual permanece como un factor importante en su ajuste psicológico a través de la vida (Malyon, 1982; cit. en Herek, 1998) y representa un obstáculo para su bienestar, ya que se vincula con depresión (Meyer, 1995; Shidlo, 1994; op. cit.), alcoholismo (Finnegan y Cook, 1984; op. cit.), abuso de sustancias (Glauss, 1988; op. cit.) desórdenes alimenticios y suicidio (Rofes, 1983; op. cit.). De acuerdo a Bohan (1996), la homofobia internalizada es el resultado inevitable de crecer en una sociedad heterosexista,

b) *la inhibición emocional o represión de sentimientos y pensamientos*, ya que deben estar en constante monitoreo para saber si pueden o no, ser abiertos en cuanto a su orientación sexual, Gonsiorek (1988; op. cit.) da el nombre de "análisis de costos-beneficios" a cada situación en la que el homosexual considera revelar o mantener en secreto su homosexualidad, y

c) otro estresor es el que Larson y Chastain (1990; op. cit.) llaman "*self-concealment*" o *guardar secretos*, ya que las situaciones sociales son un desafío para quien ha ocultado su identidad, evitando muestras de afecto a sus amigos, pareja, etc. Todas estas situaciones internas de estrés, se vinculan con síntomas físicos (Pennebaker, Kiecol-Glaser, 1988; op. cit), visitas al doctor (Pennebaker y O'Heeron, 1984; op. cit.), así como a respuestas fisiológicas específicas.

Otra situación difícil que enfrentan los homosexuales son las respuestas familiares al revelar su homosexualidad y muchos de sus problemas se exacerban por la ausencia de apoyo parental, familiar, etc. Este miedo parece justificado. La investigación reporta entre las respuestas, enojo, muchos padres reaccionan negativamente (Strommen, 1989; cit. en Herek, 1998). Borus, Hunter y Rosario (1994; op. cit.) encontraron que algunos jóvenes habían sido ridiculizados poco después de su revelación. Algunos padres experimentaron tristeza inicial, remordimientos y depresión, así como *miedo por el bienestar de sus hijos* (Robinson, Walters y Skeen, 1989; op. cit.). Boxer, Cook y Herdt (1991; op. cit.) encontraron que el 54% de su población homosexual, reveló a la madre y el 28% al padre. En el estudio de D'Augelli, la mitad de las madres aceptaban a sus hijos y sólo un cuarto de los padres lo hacían. Otra investigación reveló que aquellos jóvenes que mantienen buenas relaciones con su familia, pueden experimentar mayor acercamiento después de la revelación (Hotzen, Kenny y Mahalik, 1995; op. cit). En algunas familias después de un período de duelo familiar, eventualmente se obtiene aceptación, apoyo y amor por parte de la familia, lo cual puede ayudarlos a sobrellevar las situaciones de estrés resultante de su estatus de minoría sexual. Una *pobre relación familiar*, por otra parte, puede llevar a un mayor estrés y contribuir a un afrontamiento inadecuado por parte de la persona homosexual dentro de la familia (Di Placido; op. cit).

La amenaza del estigma inhibe también, la revelación de la seropositividad, por lo tanto se limita el apoyo social potencial, creando otra fuente de vulnerabilidad psicológica. Sin embargo Herek y Capitanio (1997) piensan que las personas seropositivas tienen cierto grado de control acerca de la revelación de su seropositividad, por lo que es más probable que revelen su estado serológico a individuos de quienes se pueda esperar aceptación, apoyo y entendimiento.

El estigma ocurre en todas las fases de la infección por VIH e interfiere con el afrontamiento y ajuste (Crandall y Coleman, 1992; cit., en Kalichman, 1995).

Las personas asintomáticas que ocultan su seropositividad y después se enferman, pueden sufrir gran angustia por revelar algo que no desean (Grossman, 1991; Kalichman, op. cit.). Crandall y Coleman (1992; op. cit.) encontraron que el estigma, la depresión y la ansiedad eran altas en aquellas personas cuyas historias de riesgo no habían sido reveladas a nadie. La revelación selectiva de la seropositividad a confidentes cercanos y confiables se relaciona con el ajuste.

Como muchas enfermedades crónicas, el SIDA se caracteriza por pérdida de apoyo social, sensación de soledad y miedo al abandono (Dille, Ochitill, Perl y cols., 1985; cit. en Pryor y Reeder, 1993). *El estigma hacia el VIH/SIDA influye también en la cantidad de apoyo social que otros desean ofrecer* (Turner, Hays y Coates, 1993; en Kalichman, 1995). Los estigmas y miedos hacen menos probable que las personas seropositivas reciban apoyo (Bor, Pryor y Miller, 1990; Kelly, Murphy, Roffman y cols., 1993; Kalichman, op. cit.). Así como el estigma afecta el apoyo social disponible, también afecta la percepción del apoyo social recibido. La carencia de oportunidades para brindar apoyo deja a la gente vulnerable a sentir angustia y a estrategias de afrontamiento inadaptativas.

Aunque la búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento importante y los efectos de las redes sociales influyen en el ajuste psicológico y el bienestar, muchas personas seropositivas se aíslan (McDonell, 1993; cit., en Kalichman, 1995) y son vulnerables a la angustia psicológica (Crandall y Coleman, 1992; op. cit.).

Turner y col. (1993; en Kalichman, op. cit.) encontraron que la aceptación de la orientación sexual da oportunidades para discutir el seroestatus al VIH y además influye en la disponibilidad de apoyo.

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ESTIGMA HACIA EL VIH/SIDA

La construcción social del VIH/SIDA en Estados Unidos la ha colocado como una de las condiciones médicas más estigmatizadas en la historia moderna. El SIDA es visto más que una enfermedad transmisible y mortal (Herek, 1990; op. cit.), es visto como una epidemia de miedo, prejuicio y discriminación en contra de las personas que viven con el virus (Kegels y col., 1989; op. cit.).

Existen diversos factores que contribuyen a estigmatizar el VIH/SIDA: a) falta de información acerca de las formas de transmisión, actitudes y prejuicios en contra de los grupos más afectados por este virus, b) la conducta sexual a través de la cual se transmite el VIH y c) miedos hacia la enfermedad, la muerte en general (Herek y Glunt, 1988; op. cit.), su relación con la sexualidad y por lo tanto la erotofobia y la represión sexual.

El significado social de cualquier fenómeno tiene representaciones colectivas e individuales (Markova y Wilkie, 1987; cit. en Pryor y cols. 1993). La representación cognoscitiva individual que posee cada individuo puede estar fragmentado, conteniendo solo una parte de la representación colectiva, conteniendo sólo partes o propiedades. A partir de esto, existe una explicación de la construcción social del estigma hacia el VIH/SIDA, desde la perspectiva individual:

De acuerdo a Pryor y Ostrom (1987) todas las conductas sociales están determinadas por patrones de memoria (memory driven). Por lo tanto las conductas discriminantes, la evitación y la hostilidad hacia personas seropositivas están trazadas por representaciones cognoscitivas de esas personas y se compara con una red asociativa (Anderson, 1983; en Pryor y Reeder, 1993). En este modelo la persona seropositiva se representa como un nodo vinculado con otros nodos conceptuales, el SIDA es un atributo asociado al nodo de la persona; como cualquier atributo estigmatizante el VIH/SIDA se relaciona a una gama amplia de conceptos. (Figura 1)

FIGURA 1.
Representación de la red asociativa de una persona que vive con el VIH.

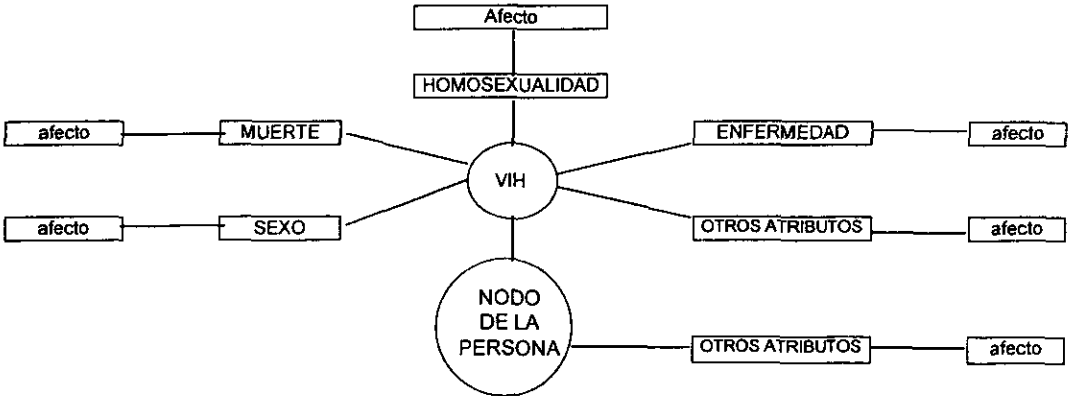


Figura tomada de Pryor y Reeder, 1993.

Las respuestas afectivas hacia una persona que vive con el VIH/SIDA pueden surgir simultáneamente de diversas fuentes a la red. Las experiencias recientes y el acceso de ciertos conceptos son importantes para reaccionar ante una persona seropositiva. Los conceptos asociados vienen a la mente como una unidad. Por ejemplo, una persona piensa en el VIH, como una

enfermedad asociada con los homosexuales y cuánto le desagradan los homosexuales, a través del tiempo, el VIH, los homosexuales y los efectos negativos se convertirán en un solo pensamiento, más que en tres distintos. Cuando uno de estos elementos viene a la mente, los otros también lo hacen, automáticamente. En una situación diferente, si una persona conoce o tiene un familiar con el virus y lo ha cuidado y ha convivido con él, el afecto será otro.

Weiner (1986) considera que la causa es un elemento importante en cuanto a las reacciones estigmatizadoras. La gente atribuye más culpa a los homosexuales que se infectaron a través de contacto sexual que a un niño que se infectó a través de una transfusión sanguínea. Otro elemento es la atribución de control, los hombres homosexuales son más culpables porque se infectaron a través de una conducta que se considera con mayor control volitivo que un niño infectado por una transfusión sanguínea.

Pryor, Reeder, Vibacco y Kott (1989; cit. en Pryor y Reeder, 1993) sugieren que el VIH/SIDA ha adquirido un significado simbólico en nuestra cultura. Como un símbolo o una metáfora, el SIDA representa promiscuidad homosexual, decadencia de la moral e ira de Dios por las transgresiones morales (Conrad, 1986; Krauthammer, 1983; op. cit.). Por lo que cuando la gente reacciona negativamente hacia una persona con VIH/SIDA, están expresando sus sentimientos hacia el símbolo.

Herek (1990) identificó 6 dimensiones generales del estigma:

- a) secreto: una condición es escondida o aparente a otros,
- b) alteración: se interrumpen las interacciones o relaciones sociales,
- c) estética: es el grado en el que otros reaccionan a la condición con disgusto,
- d) origen: la cantidad de responsabilidad atribuida por causar o mantener la condición estigmatizada,
- e) curso: el grado en el que una condición es alterable o progresivamente degenerativa y
- f) peligro: el grado en el que la condición contaminará física, social o moralmente a otro

Usando estas dimensiones, Herek explica el estigma hacia el VIH/SIDA de la siguiente forma: en las primeras fases aunque el VIH es secreto, el SIDA no puede ser ocultado a otros; el VIH interfiere con las redes sociales; la enfermedad incapacita físicamente y la apariencia se modifica; substancialmente su origen en ocasiones se debe al estilo de vida; el curso de la infección por el VIH es degenerativo e inalterable; y el VIH puede ser una condición de riesgo para otros. Por lo tanto la infección por VIH representa los aspectos negativos de las 6 dimensiones estigmatizantes.

ORÍGENES DEL ESTIGMA HACIA EL VIH/SIDA

Los estigmas sociales resultan de los miedos reales e irreales de contraer el VIH. Aunque el miedo se vincula con falta de conocimiento acerca de la transmisión del VIH, la mala información por sí sola no es suficiente para evitar a personas seropositivas. La mala información puede ocasionar hostilidad y evitación. Sin embargo existe gran preocupación por la transmisión a través de contactos casuales y se siguen teniendo prácticas de alto riesgo. Es decir, las conductas de bajo riesgo son sobreestimadas y las prácticas de alto riesgo se subvaloran (Slovic, Fischhoff y Lichtenstein, 1982; en Kalichman, 1995).

Los grupos más afectados por el VIH han sido socialmente apartados, aún antes de la aparición de la epidemia, debido en gran parte a que son grupos minoritarios, previamente estigmatizados (prostitutas, homosexuales, drogadictos intravenosos, etc). La asociación entre grupos estigmatizados y el VIH, crea grandes problemas, ya que se siguen conceptualizando "grupos de riesgo" y se inhibe el poder potencial de las campañas de educación.

La percepción negativa del VIH se debe también a las actitudes culturales y miedos hacia la muerte y a la tendencia de evitar enfermedades terminales. El VIH recuerda a las personas seronegativas su propia vulnerabilidad y mortalidad (Taerk, Gallop, Lancee y cols., 1993; en Kalichman, 1995). Al pensar que las personas seropositivas son diferentes tiene una función protectora de "distanciarse" de la enfermedad (Herek y Glunt., 1988). Weinstein (1980; cit., en Temoshok y Baum, 1990) considera que en general, la gente tiende a pensar que son "invulnerables" y que no serán víctimas de eventos indeseables; creen que un evento negativo es menos probable que les pase, esto es debido a que la gente distorsiona la realidad en una dirección positiva para evitar la ansiedad que resultaría a partir de un punto de vista más real.

REVELACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO AL VIH/SIDA

De acuerdo a Archer y Cook (1984, en Shumaker, 1984), la revelación es un acto implícito de confianza y puede representar el deseo de desarrollar o fortalecer una relación. Al respecto Théry (1998) señala: *el momento en que se informa a alguien no obedece simplemente al hecho de que dicha persona sea capaz de utilizar la información, o de que no lo sea, sino a la necesidad de preservar el vínculo después de la confidencia. Lo que produce temor, no es tanto la exclusión o el rechazo, sino más profundamente, el hecho de que el vínculo se desnaturalice, en donde los roles de las personas se modifiquen para ser "cuidadores"*.

Descubrir la seropositividad trae como consecuencia estrés por el hecho de enfrentar la posibilidad de una enfermedad debilitante, crónica, una muerte temprana, estigma, discriminación, así

como la alteración de las relaciones interpersonales (Weiner, 1985; Forstein, 1984; Stulberg y Smith, 1988; en Hays y cols., 1993), además del impacto a otras esferas (económica, laboral, etc.).

La investigación que existe demuestra que el apoyo de seres queridos puede amortiguar el impacto de factores estresantes y la red social influye en el afrontamiento, adaptación y recuperación de enfermedades serias (Taylor, 1986; Wortman y Conway, 1985). En personas seropositivas promueven la adopción de prácticas médicas importantes que pueden influir en la progresión de la infección por VIH (monitoreado el conteo de células T o tomando los medicamentos antiretrovirales).

Sin embargo, el revelar la seropositividad es una espada de doble filo. Ya que puede abrir la oportunidad para recibir apoyo social, pero añade estrés. Por otro lado ocultar la seropositividad puede ser muy tensionante e interferir en la adherencia al tratamiento médico.

Algunas personas que luchan en pro de los derechos de las personas seropositivas consideran que a través de la revelación del estado serológico se personaliza el VIH y disminuye el estigma, un ejemplo de esto, es la revelación de la seropositividad de Earvin "Magic" Johnson, estrella de baloncesto, lo cual contribuyó en gran parte a desestigmatizar el virus (Hays y cols. 1993). Hays y cols. encontraron que el 98% de su muestra ha revelado su seropositividad a su pareja y el 95% a su mejor amigo homosexual, el 77% al amigo heterosexual, el 60% a colegas y a algún miembro de su familia, principalmente la hermana y el 40% a los padres. También encontraron que es más probable que los hombres homosexuales seropositivos revelen el seroestatus a sus amigos homosexuales y parejas y no se lo revelan a sus familiares y colegas, hasta que son sintomáticos.

Los costos personales y sociales vinculados con el VIH ocasionan que mucha gente seropositiva no revele su estado serológico (Crandall y Coleman, 1992; cit. en Kalichman, 1995).

Aunque la investigación es contundente en cuanto a los beneficios que se pueden obtener al revelar la seropositividad, es importante, de igual forma, conocer el otro lado de la moneda y saber, cuáles son las causas por las que no se revela la seropositividad. Hays, McKusik, Pollack y cols., (1993) encontraron que los hombres seropositivos homosexuales no revelan su seropositividad porque:

- a) creen que la revelación causaría angustia innecesaria e inútil a sus familiares, al no revelarlo, dicen, sienten que están protegiendo a sus seres queridos del dolor o ansiedad,
- b) sienten que serán discriminados y pueden perder su trabajo, alguna oportunidad de promoción en el trabajo o su seguro,

- c) piensan que el conocimiento de su seropositividad tensionaría la relación con sus seres queridos y afectaría negativamente la manera en que otros interactúan con él, ya que se crearía una atmósfera de tristeza, preocupación y estrés,
- d) consideran que no hay beneficios al revelarlo, ya que no están suficientemente informados acerca del VIH y no serán capaces de proveer apoyo satisfactorio,
- e) aunque en ocasiones están emocionalmente cercanos a la persona, sienten que no vale la pena comunicárselo, ya que la relación no es de mucha comunicación (lo cual demuestra que el proceso de la revelación es un proceso altamente selectivo, con el que se desea, en ocasiones mejorar la relación y en donde tiene que existir mucha comunicación previa),
- f) la red social, en ocasiones no sabe acerca de su homosexualidad y el hecho de revelar la seropositividad es una situación en la que se confirma la homosexualidad, y
- g) aunque si existe la idea de revelar la seropositividad, muchos consideran que no encuentran el momento adecuado.

Combatiendo el estigma

Existen algunos trabajos para reducir el estigma hacia grupos o personas estigmatizadas, uno de estos, es un estudio de Herek y Capitanio (1997), en donde sugieren que el contacto directo con una minoría estigmatizada es más efectivo para reducir el estigma cuando los miembros del grupo minoritario se conocen personalmente, cuando son amigos cercanos o miembros de la familia inmediata y cuando ellos han revelado directamente su estado serológico (cuando el seroestatus no se adivina o es revelado por una tercera persona), sin embargo, es un prerequisite el no tener una actitud negativa hacia los homosexuales.

Haddock y Zanna (cit. en Herek, 1998) encontraron a través de su investigación que las actitudes hacia los hombres homosexuales provienen de múltiples fuentes de información y que, para cambiar esas actitudes se requieren mas que técnicas diseñadas para modificar el contenido de los estereotipos individuales.

Ya que el estigma puede crear barreras entre un grupo y otro, la inadecuada percepción de riesgo de la población, estrés en la población estigmatizada, aislamiento y en ocasiones depresión, es necesario hablar abiertamente de temas como: homosexualidad, prácticas de riesgo, etc., para derribar mitos y prejuicios y evitar que la epidemia siga en aumento, así como elaborar estrategias para disminuir la discriminación y el estigma, y que las campañas de prevención tengan eco en la población en general.

APOYO SOCIAL

En los últimos años, se han realizado diversas investigaciones en torno al apoyo y las redes sociales debido a la influencia que tienen en la salud y el bienestar de la persona, así como en la adaptación a situaciones estresantes en general, como lo pueden ser las enfermedades crónicas.

Durkheim investigó un aparente debilitamiento de la integración social, la cual era atribuida al surgimiento de una sociedad industrializada, y los lazos entre los individuos, la familia, y la comunidad en general, se disolvían, produciendo una pérdida de apoyo y la reducción en los lazos sociales (Helar, 1979; cit. en Brownell, 1984). Debido a esto, se considera que las relaciones interpersonales amortiguan o mitigan la percepción negativa de diversas circunstancias estresantes como el ocultar el seroestatus al VIH/SIDA o la orientación sexual, por lo que surge la necesidad de fomentar el desarrollo de las redes sociales y el apoyo social como estrategias de prevención o de intervención.

Gracias al desarrollo de las investigaciones sobre el apoyo social, existen diversas definiciones, formas de estudio y evaluaciones. Por lo que se revisará la teoría de la manera en como influye el apoyo social en el ser humano, así como algunas investigaciones empíricas de los efectos que el apoyo social tiene en hombres homosexuales que viven con el VIH/SIDA.

En algunas definiciones de apoyo social se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, ofreciendo conceptualizaciones basadas en la existencia, la cantidad y las propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas. Existen otras definiciones que subrayan los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en este tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen destacando distintas dimensiones como: el apoyo emocional, de estima y material (Barrón, 1990^a; cit. en Barrón, 1996). Asimismo, el contexto en el que ocurren dichas transacciones, va a influir decisivamente en el proceso y en sus resultados, en su efectividad. Hay que tomar en cuenta quién da el apoyo, cuánto apoyo se ofrece, en qué momento, etc.

PERSPECTIVA ESTRUCTURAL

Se utilizan los análisis de redes y se examinan todos los contactos que mantiene el sujeto. Se define el apoyo social en términos del número de determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familiares), frecuencia de contacto con los mismos. Kessler, McLeod y Wethington (en prensa; cit. en Shumaker, 1984) encontraron que es más probable que las mujeres reconozcan y respondan a las necesidades de los otros, que intervengan como apoyo en las crisis y que sean influenciadas por las crisis de las personas de su red social, en comparación con los hombres. Algunos estudios acerca de roles sexuales, género y estrés en general, indican que las mujeres buscan y usan varios tipos de ayuda con mayor frecuencia que los hombres (Gourash, 1978; Greenlay y Mechonic, 1976; Pearlin, 1975; Vaux, en prensa, cit. en Chesler y Barbarian, 1984).

En lo que respecta a las diferencias entre los roles parentales, Knapp y Hansen (1973; op.cit.) reportan que los padres de los niños con cáncer tienden a ser menos abiertos y accesibles emocionalmente que las madres y una situación similar ha sido reportada en padres de niños con otras enfermedades, como fibrosis quística (Boyle, de Sant Agnese, Sack, Millican y Kulczycky, 1976) y hemofilia (Mattson y Gross, 1966).

Una vez que se asume que las redes sociales tienen efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar, también dentro de esta perspectiva se han investigado qué tipos de redes y contactos son más beneficiosos y contribuyen en mayor medida al bienestar. Se han estudiado distintas dimensiones de las redes, destacando las siguientes:

a) **Tamaño de la red.** Se entiende al número de personas que la componen, o el número de sujetos con quien mantiene contacto personal el sujeto central. Esta variable se relaciona positivamente con la salud y el bienestar, teniendo las redes grandes efectos más beneficiosos que las redes pequeñas (Phillips, 1981, Veil y cols., 1988; cit. en Barrón, 1996).

b) **Densidad.** Hace referencia a la interconexión entre las personas que forman parte de la misma independientemente del sujeto central. Sin embargo la adaptación de las redes de apoyo, varía con el tipo de estresor. Por ejemplo, las redes densas facilitan el afrontamiento de situaciones crónicas como enfermedades mentales o la vejez (Cohen y Sokolovsky, 1979), mientras menos densa sea la red, mejores resultados se obtienen con cambios en la vida, como la viudez o el regresar a la escuela en los cuales la adopción de nuevos roles o el acceso a la información, es necesaria (Hirsch, 1980; Walker y cols., 1977; cit. en Hays, 1990). Wilcox, (1981; cit. en Barrón 1996), considera que las redes más densas se caracterizan generalmente por tener normas más flexibles y por permitir un mayor acceso a una variedad de roles más amplia, por lo tanto, fomentan el bienestar, de mejor manera que las menos densas.

c) **Reciprocidad.** Esta dimensión hace referencia al grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. La reciprocidad es un elemento importante en el funcionamiento normal de una red de apoyo. Las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas en las que el sujeto focal inicia siempre el contacto. *Tipicamente, las personas que padecen algún tipo de trastorno tienen relaciones menos simétricas al compararlas con poblaciones sanas* (Gottlieb, 1983; Green-Body, 1985; cit. en Barrón 1996).

d) **Homogeneidad.** Se entiende como la semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada: actitudes, experiencias, valores, etc. Las personas que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes (Brim, 1974; cit. en Barrón, 1996).

ESTRUCTURA DEL APOYO SOCIAL EN PERSONAS HOMOSEXUALES SEROPOSITIVAS

Ya que las comunidades homosexuales se han organizado para apoyar a la gente que vive con VIH/SIDA las redes sociales de hombres homosexuales son cualitativamente diferentes a las de los hombres heterosexuales (Kurdek, 1988; cit en Kalichman 1995), debido a que los hombres homosexuales han migrado históricamente a ciudades grandes sin sus familias y otras fuentes potenciales de apoyo. (Turner, Hays y Coates, op. cit.).

Las comunidades homosexuales bien definidas o identificadas en muchas ciudades, proveen múltiples fuentes potenciales de apoyo (Briton, Zarski y Hobfoll, 1993; op. cit.). Y aunque las redes sociales dentro de las comunidades homosexuales son diferentes a otras poblaciones, los beneficios del apoyo social no difieren (Kurdek, 1988; op. cit.). Las oportunidades para acceder al apoyo social se reducen por el desempleo, la pobreza, el aislamiento y otros factores relacionados con desventajas sociales (Stowe, Ross, Wodak y cols., 1993; op. cit.). El estigma social, la pérdida de recursos financieros, los cambios de autoimagen y el alejamiento de grupos semejantes, son aspectos de la infección por el VIH que afectan la disponibilidad y satisfacción del apoyo social (Hays, Chauncey y Tobey, 1990; Turner y cols., 1993; op. cit.).

La depresión y la angustia psicológica, el miedo de que otros descubran la seropositividad y la preocupación de transmitir el virus, promueve conductas de aislamiento (Namir, Alumbaugh, Fawzy y cols., 1989; cit. en Kalichman 1995). Incluso antes de saber acerca de su seropositividad, las redes sociales son divididas. Por ejemplo, los hombres homosexuales comúnmente tienen dos grupos de miembros de familia, aquéllos quienes saben su orientación sexual y quienes lo ignoran (Hays y cols. op. cit.). Aunque la segmentación conduce a contactos sociales reducidos, el número actual de contactos *per se* es menos importante en el ajuste psicológico que la calidad del contacto mismo (Hays y cols., 1990; Namir y cols., 1989; op. cit.), ya que el apoyo informal que proveen la familia y amigos es frecuentemente más eficaz y más valorado que el que proveen los profesionales de la salud (Gottlieb, 1981; Hays y cols. op. cit.)

Las fuentes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA incluyen 4 tipos de cuidadores: la pareja, los amigos, la familia y los cuidadores profesionales (Pearlin, Mullan, Aneshensel y cols., 1994; cit. en Kalichman, 1995).

PAREJA

La pareja es una fuente primaria de apoyo social (Bor, Pryor y Miller, 1990; Hays y cols., 1990; Kurdek, 1988; op. cit.). Como en cualquier otra condición médica crónica, el apoyo del cónyuge o

pareja de largo tiempo es un aspecto importante del sistema de apoyo social efectivo en la infección por VIH (Wolcott, Namir, Fawzy y cols., 1986; Kalichman, 1995).

Desafortunadamente, el apoyo social ofrecido por la pareja es frecuentemente amenazado por el VIH. En particular las relaciones y el vínculo de pareja pueden deteriorarse cuando uno o ambos son seropositivos (Gochros, 1992; Kalichman, op.cit.), las relaciones sexuales pueden volverse tensionantes por el declinamiento de la salud, así como por el miedo de transmitir el VIH (Donlou, Wolcott, Gottlieb y cols., 1985; Green 1993; op. cit.). De igual forma el estrés causado por el VIH, puede causar el rompimiento de relaciones duraderas (Coates, Moore y McKusick, 1987; op. cit).

Como muchas personas seropositivas viven solas o sin pareja duradera (Hart, Fitzpatrick, McLean y cols., 1990; cit. en Kalichman 1995), los amigos y/o semejantes son frecuentemente la fuente primaria de apoyo social.

AMIGOS Y SEMEJANTES

Las redes de apoyo social durante la infección por VIH consisten primariamente en amistades y semejantes. Los amigos son la fuente principal de apoyo social entre hombres homo y bisexuales, así como entre drogadictos intravenosos (Namir y cols., 1989; Stowe, Ross, Wodack y cols., 1993; cit. en Kalichman, 1995) ya que ofrecen empatía, accesibilidad, valores y cultura compartida y son asociados con el ajuste psicológico entre las personas seropositivas (Hays y col., 1990; cit., en Kalichman 1995). Asimismo, Hays y cols., (1990), encontraron que las redes compuestas predominantemente de semejantes, eran más satisfactorias, que aquéllas en donde predominaban familiares.

La integración en una comunidad que es sensible a las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA incrementa el número de semejantes seropositivos que se tienen. Los estudios demuestran que las redes sociales de los hombres homosexuales contienen al menos una persona que vive con el VIH/SIDA. Para la persona que tiene SIDA, la oportunidad de dar apoyo recíproco y asistencia -en oposición a estar constantemente en un papel de "víctima"-, promueve un sentimiento de autoestima, de contribuir activamente al mundo. El apoyo recíproco que la persona con SIDA puede otorgar a su red social se encuentra fuertemente vinculado con el bienestar emocional, incluyendo menor depresión y confusión (Hays y cols., 1990). En ocasiones se ha visto que el proveer apoyo a otros es más amortiguador del estrés, que recibir apoyo (Maton, Templeton y Greiner, 1988; op. cit.).

A medida que la epidemia por VIH se expande, surgen organizaciones que ayudan a las personas seropositivas, manteniéndolas unidas. Las relaciones entre personas seropositivas se establecen en experiencias comunes que derriban barreras de ignorancia y estigma.

APOYO FAMILIAR

Las investigaciones del apoyo social entre individuos que tienen enfermedades como cáncer, muestran que existen algunos factores que interfieren con el grado con el que la familia y amigos proveen apoyo efectivo a un ser querido enfermo, como lo pueden ser malentendidos acerca de las conductas que son útiles y la ansiedad inherente al interactuar con una persona enferma. (Dunkel-Shtetear y Wortman, 1982; Kaplan, Smith, Grobstein y Fischman, 1977; en Hays y cols, 1990). Entre los motivos que inhiben el solicitar o proveer ayuda a la red social se encuentran: preocupaciones por el impacto emocional de la enfermedad, los intentos por ayudar tal vez comprometan la privacidad y alteren la amistad (o relación), el "estigma" que existe por necesitar ayuda, preocupaciones por la "efectividad de la ayuda, preocupaciones por vencer las barreras de los tradicionales "roles de sexo" para otorgar y dar ayuda (Chesler y Barbarin, 1984).

La familia típicamente provee apoyo durante enfermedades crónicas a pesar de las alteraciones causadas en la continuidad familiar (Sales, 1991; cit., en Kalichman, 1995). Sin embargo, el estigma que precede la infección por VIH crea barreras para otorgar el apoyo familiar (Frierson y Lippman, 1987; en Kalichman, 1995), debido a que el rechazo de la familia puede estar vinculado cercanamente a una larga historia de rechazo.

La literatura en apoyo social y enfermedades como el cáncer enfatiza el rol central de la familia para la adaptación y recuperación (Kaplan y cols. 1977), sin embargo, Hays y cols. (1990) señalan que los familiares pueden tener un rol potencialmente problemático en los esfuerzos del hombre homosexual seropositivo para afrontar el VIH, ya que, para el hombre adulto, quien ha sido independiente previamente, el ser cuidado y atendido por la familia, puede resultarle incómodo.

Hays y cols. (1990), encontraron que tanto personas seropositivas, como seronegativas, percibían a sus padres y familiares como los que menos apoyo otorgaban en sus vidas. Sin embargo también reportaron que el 92% de hombres homosexuales con SIDA buscaron ayuda de familiares, un número más alto que hombres homosexuales asintomáticos y seronegativos. La familia es llamada para asumir las responsabilidades más grandes, particularmente en las últimas fases de la infección (Takigiku, Brubaker y Hennon, 1993).

Cuidar a una persona enferma es un rol muy estresante. Las enfermedades crónicas tienen efectos psicológicos similares en la familia, así como en los mismos pacientes (Cassileth, Lusk, Strouse y cols., 1985; en Kalichman 1995). Los cuidadores familiares reportan altos niveles de angustia, depresión y pensamientos repetidos de muerte (Bumbalo, Patsdaughter y McShane, 1993; McShane, Bumbalo y Patsdaughter, 1994; en Kalichman 1995). Los padres experimentan angustia

por la incertidumbre de la infección por VIH y por la presencia de los efectos deteriorantes de la enfermedad a través del tiempo (Siegl y Morse, 1994; op. cit.).

El apoyo familiar puede contribuir al ajuste de individuos seropositivos, ya que la comunicación que permita la libre expresión de las preocupaciones acerca del SIDA, contribuirá a la satisfacción del apoyo entre hombres homosexuales, porque la familia es una fuente de apoyo importante, particularmente cuando las relaciones familiares permiten una comunicación abierta entre los integrantes (Turner y cols., 1993).

CUIDADORES PROFESIONALES

Los cuidadores profesionales son cruciales en el sistema de apoyo social en la infección por VIH. Aunque la pareja, amigos y familiares provean apoyo emocional y asistencia en las tareas diarias, los profesionales de la salud son percibidos como un vínculo crítico en la información de la salud, así como de consejos (Hays y cols., 1990; en Kalichman 1995). También encontraron que las personas con SIDA son vistas como fuente importante de información, en vista de las pocas oportunidades de reciprocidad provistas hacia los profesionales.

PERSPECTIVA FUNCIONAL

A la hora de definir el apoyo social desde ella se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales de apoyo (Barrón, 1990b; cit. en Barrón 1996).

Las teorías del apoyo social tradicionalmente abarcan tres funciones que amortiguan el estrés y promueven el bienestar: apoyo emocional, informativo e instrumental.

FUNCIÓN DE APOYO EMOCIONAL.

Hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía, estima y/o pertenencia a grupos. También promueve sentimientos de autovalía y de pertenencia (Cohen y Willis, 1985; cit. en Kalichman, 1995).

El mecanismo a través del cual opera este tipo de apoyo en el bienestar es a través de su efecto en la autoestima, ya que un elemento importante en este recurso es la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otros. Asimismo, las conversaciones con otras personas que son fuente de

apoyo muestran que los problemas son compartidos con los demás y que quizá sean relativamente frecuentes en la población.

Apoyo Emocional en personas seropositivas

Las amistades pueden establecer y mantener el balance emocional y son, además consideradas una prioridad en el afrontamiento del VIH, también promueve el bienestar psicológico, ya que fomenta la esperanza y el optimismo (Rabkin, Williams, Neugebauer y cols., 1990; Wolcott y cols., 1986; Zich y Temoshok, 1990; cit., en Kalichman 1995). En un estudio de hombres homosexuales seropositivos, se encontró que las conductas emocionales de apoyo, como expresar preocupación, dar ánimo y servir como confidente, fueron situaciones valoradas como las más útiles (Hays, Magger y Chauncey, 1994; en Kalichman 1995).

Un tipo de apoyo emocional identificado por personas seropositivas, es el contacto físico (Wolcott y col., 1986; cit., en Kalichman 1995). El contacto físico comunica el no temer la transmisión casual del VIH y puede ser un símbolo de aceptación y entendimiento. Tener un confidente es otro tipo de apoyo que promueve el bienestar (Ostrow 1989; Ostrow, Grant y Atkinson, 1988; Remien, Rabkin, Williams y cols., 1992; op. cit.).

El apoyo emocional puede resultar del simple hecho de estar con alguien, disfrutando de su compañía. Por lo tanto, el apoyo emocional ocurre cuando se reconocen los sentimientos propios sin reparar en si el contacto se da en relaciones cercanas o íntimas, entre amigos, en grupos de apoyo o dentro de las relaciones profesionales de apoyo (Wolcott y col., 1986; cit., en Kalichman 1995). Hays y cols. (1990), encontraron que el apoyo emocional y no el instrumental predice una mejor adaptación al VIH/SIDA.

Psicoterapia con personas que viven con el VIH/SIDA

La psicoterapia con personas seropositivas puede facilitar la adherencia al tratamiento médico, así como a las indicaciones del personal médico, a través de este proceso se enfatiza "el aquí y ahora" y se encuadra la enfermedad como una oportunidad para revisar las relaciones interpersonales y otros asuntos de importancia (Markowitz, Klerman y Perry, 1992; en Kalichman, 1995).

Levine y cols. (1991, op.cit.) señalan que los grupos terapéuticos de personas seropositivas se centran en una psicoterapia de apoyo en las que se da información exacta del virus, se conocen diversas estrategias de afrontamiento, se trabajan pérdidas y duelos anticipados, se reducen temores y se establecen estrategias para crear redes de apoyo efectivas.

A través de la terapia cognitivo-conductual se aprenden estrategias para reducir el estrés, técnicas de relajación, construcción de habilidades de comunicación y cambios del estilo de vida, vinculados con la salud.

Los temas más comunes en la psicoterapia son:

- Educación e información
- Promoción de la salud
- Revelación de la seropositividad
- Relaciones interpersonales
- Suicidio y muerte anticipada
- Efectos neurológicos de la infección por VIH
- Tratamiento médico
- Tratamiento para el abuso de sustancias
- Planes de vida
- Autoestima y autovalía
- Espiritualidad
- Redefinición de la calidad de vida
- Uso del tiempo de manera significativa
- Permacer atado y dejar ir

Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo pueden ayudar a la gente que viven con el VIH a tener una sensación de balance emocional. Estos grupos enfatizan la esperanza, las oportunidades de tener "insights" de otros, catarsis emocional y conexiones interpersonales (Buck, 1991; cit., en Kalichman 1995). Mathews y Bowes (1989; cit., en Kalichman 1995) identifican varias dimensiones en las que los grupos de autoapoyo son efectivos: compartiendo experiencias comunes, reforzando la esperanza, se ayuda y aprende de las experiencias de otros, se fomenta la independencia, permiten el centrarse en uno mismo y promueven elecciones informadas, facilitando la expresión emocional, la aceptación y reducen los temores vinculados con la enfermedad. El estar con personas con situaciones compartidas crea un ambiente potencial de apoyo, a través del mutuo entendimiento. (Adelman, 1989; O'Dowd, 1988; Siegel, 1986; cit., en Kalichman 1995).

FUNCIÓN DE APOYO MATERIAL O INSTRUMENTAL.

El apoyo material son las acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas: ayudar en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etc.

Este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar al disminuir la sobrecarga de las tareas y dejar tiempo libre para actividades recreativas o de ocio. Las personas suelen ser reacias a pedir este tipo de ayuda a no ser que estén implicados en una red de intercambios mutuos. De hecho el apoyo material es efectivo sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada. En caso contrario, si evalúa la ayuda como inadecuada (lo cual puede suceder si el individuo siente amenazada su libertad o si se siente en deuda), el apoyo instrumental puede aumentar el estrés y el malestar.

Apoyo Instrumental en personas seropositivas

La asistencia práctica con necesidades diarias ayuda a reducir la angustia e incrementa positivamente la valoración de la salud (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1992; Namir y col., 1989; cit., en Kalichman 1995). La disponibilidad de ayuda puede aliviar substancialmente el estrés causado por limitaciones físicas, por lo que en algunas circunstancias el apoyo instrumental puede tener beneficios psicológicos más grandes, que el apoyo emocional o informativo (Namir y col., 1989; en Kalichman 1995).

FUNCIÓN DEL APOYO INFORMATIVO

Se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejos o guía relevante que les ayude a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él. Puede resultar difícil separar esta función de la del apoyo emocional, ya que dar un consejo puede ser percibido por el receptor como una muestra de cariño, como una muestra de que se preocupan por él. De hecho ambos tipos de apoyo suelen darse conjuntamente.

Apoyo Informativo en personas seropositivas

La incertidumbre por el VIH puede causar una fuerte necesidad de información (Hays y cols., 1992), por lo que la información exacta puede guiar a expectativas realistas acerca del curso de la enfermedad, lo cual puede facilitar el ajuste psicológico (Linn, Lewis, Cain y cols., 1993; en Kalichman, 1995). Las personas seropositivas desean información acerca de su pronóstico, cuidados de salud, opciones de tratamiento, seguro médico, etc., ya que el estar informado contribuye a tener una sensación de control sobre la infección por VIH y afrontar los problemas (Hays y cols., 1992; op. cit.).

PERSPECTIVA CONTEXTUAL

Esta perspectiva nos recuerda que un adecuado modelo predictivo de la relación entre apoyo social y bienestar debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Por tanto, en el estudio del apoyo social hay que incluir, entre otros, los siguientes aspectos contextuales (Cohen y Syme, 1985; cit en Barrón, 1996):

a) Características de los participantes, ya que en función de su procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no. El mismo recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, e inaceptable si lo proporciona otra persona. En este sentido, parece que el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que para tratar problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el procedente de los amigos. Di Placido (en Herek, 1998) señala que la comunidad gay puede ofrecer apoyo emocional, así como información acerca de asuntos prácticos de la vida diaria, como sus derechos humanos, qué vecindarios son seguros para vivir, y qué servicios médicos están disponibles para los miembros de la comunidad gay en donde no los discriminan o rechazan.

b) Momento en que se da el apoyo, dado que las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación estresante. El afrontamiento con el estrés es un proceso que puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. Esto refleja el desarrollo continuo de evaluaciones y reevaluaciones de la relación cambiante entre el individuo y las dificultades que afronta. Es decir, el apoyo que es adecuado en un momento concreto puede no serlo en otro.

c) Duración. La habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, especialmente para aquellas personas que presentan problemas crónicos o que sufren estrés a largo plazo.

d) Finalidad. La efectividad del apoyo social depende, tal y como lo proponen Cohen y McKay (1984, cit. en Barrón 1996), de la adecuación entre el apoyo que se da y la necesidades suscitadas por el problema concreto. Es decir, diferentes problemas requerirán distintos tipos de apoyo.

Como en el caso de otras dimensiones psicológicas de la infección por VIH, la necesidad y disponibilidad de cada tipo de apoyo social, cambia durante el avance de la infección por VIH/SIDA.

APOYO SOCIAL DURANTE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

Después de recibir un resultado positivo, los individuos tienden a estar en crisis y a beneficiarse más del apoyo emocional e informativo (Coleman y Harris, 1989; cit., en Kalichman 1995), los cuales desafortunadamente no están disponibles por miedos, estigma y actitudes hacia la enfermedad, muerte y SIDA (Green, 1993; Kalichman, op. cit.).

Ante la notificación del resultado y el progreso de la infección por VIH, la necesidad de múltiples tipos de apoyo, de diversas fuentes se incrementa (Lennon, Martin y Dean, 1990; op. cit.).

La fatiga, la autoestima disminuida, las incapacidades físicas y enfermedades, reducen la habilidad de individuos para mantener relaciones interpersonales (Turner y col., 1993; cit., en Kalichman 1995), porque la enfermedad trae consigo insatisfacción con el apoyo, incluso cuando está disponible (Green, 1993; Zich y Temoshok, 1987, 1990; op. cit.).

Hays, Turner y Coates, (1992), encontraron que apoyo informativo influye en el ajuste psicológico, pero depende del número de síntomas que la persona tiene. Los hombres homosexuales seropositivos con más síntomas y menos apoyo informativo estaban más deprimidos que algunos hombres homosexuales con pocos síntomas y mucho apoyo informativo. Así que, el apoyo informativo amortigua el estrés relacionado con el desarrollo de síntomas (Hays y col., 1992; cit., en Kalichman 1995). El vínculo existente entre el apoyo social y la enfermedad sugiere que los individuos que necesitan más apoyo, tienden a estar, en ocasiones, insatisfechos con el apoyo que reciben (Turner y col., 1993; cit., en Kalichman 1995).

La disponibilidad disminuida de apoyo social en las etapas tardías de la infección por VIH contribuye a sentir ira, resentimiento, desesperanza y depresión (Zich y Temoshok, 1987, 1990; en Kalichman, 1995). Ya que la infección por VIH conduce invariablemente a la hospitalización, desempleo y fatiga, el desarrollo de la enfermedad puede contribuir al aislamiento social. Las personas dentro de una red social, pueden enfermarse, otros se cansan emocionalmente y otros se apartan de la enfermedad, así como de la muerte anticipada (Namir y cols., 1989; op. cit.), por lo que, las personas que viven con el VIH/SIDA buscan apoyo de fuentes múltiples, particularmente cuando se les compara con personas asintomáticas o seronegativas (Hays y cols. 1990).

Sin embargo, cada autor, así como cada estudio, define el apoyo social, de distinta manera, por lo cual, se presentan a continuación algunas definiciones:

Shumaker y Brownell (1984) definen el apoyo social como el intercambio de recursos entre al menos 2 individuos percibidos como el donante y el receptor con la intención de incrementar el bienestar del receptor.

Linn y cols. (1986, cit. en Barrón 1996) definen el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Antonucci e Israel (1986) definen las redes de apoyo como el conjunto de contactos personales, a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios de información y nuevos contactos sociales.

Green (1993; cit., en Kalichman, 1995) considera que el apoyo social es un concepto multidimensional que incluye necesidades de apoyo, recursos disponibles y satisfacción. Adicionalmente el apoyo social hace referencia a aspectos múltiples de las relaciones interpersonales, incluyendo el número y tipo de contactos que tiene una persona, la satisfacción funcional de las relaciones y la calidad o adecuación del apoyo.

APOYO SOCIAL Y ENFERMEDAD

Se ha observado que las relaciones interpersonales pueden ayudar a aliviar la angustia psicológica asociada con enfermedades crónicas y amenazantes de la vida (Cobb, 1976). El apoyo social adecuado puede proteger a las personas en algunas situaciones de crisis, como lo pueden ser: bajo peso al nacer, la muerte, artritis, tuberculosis, depresión, alcoholismo y otras enfermedades psiquiátricas, ya que debido al apoyo se puede reducir la cantidad de medicina requerida y acelera la recuperación de las enfermedades, facilitando el cumplimiento de los regímenes médicos.

El apoyo social también promueve conductas de afrontamiento cognoscitivas y conductuales, facilitando un sentimiento de pertenencia, promoviendo el autoestima, incrementando la disponibilidad de recursos para el afrontamiento (Linn, Lewis, Cain y col., 1993; Wolf, Balson, Morse y cols., 1991; cit., en Kalichman, 1995) y el mantenimiento de la esperanza en hombres homosexuales (Rabkin, Joseph, Ostrow y col., 1990; cit., en Lackner, 1993).

Desafortunadamente las enfermedades crónicas frecuentemente carecen del adecuado apoyo social en el momento en que más se necesita. La depresión y la ansiedad asociados con enfermedades crónicas pueden romper las relaciones y distanciar a la gente del apoyo social potencial (Shinn, Lechman y Wong, 1984; Turner y col., 1993; cit. en Kalichman, 1995). En lo que se refiere a enfermedades crónicas, cada dimensión del apoyo social tiende a variar en cada etapa (Broadhead, Kaplan, James y cols., 1983; op. cit.).

Aunque algunos estudios han sugerido que el apoyo social impide la progresión de la enfermedad (Jensen 1983, Shearn y Fireman, 1985; cit. en Kalichman, 1995), la mayoría de las investigaciones se han centrado en el rol del apoyo social en el ajuste emocional. El apoyo social se relaciona inversamente a la depresión en diabetes (Littlefield, Rodin, Murray y cols. 1990; op. cit.), y es vinculado positivamente al ajuste del cáncer mamario (Meyerowitz 1980; Watson 1983; op. cit.), hemodiálisis (Dimond, 1979; op. cit.), incapacidades resultantes de apoplejía (Evans y Nothwood,

1983, Schulz, Tompkins y Rav, 1989; op. cit.) y artritis reumatoide (Goodenow, Reisine y Grady, 1990; op. cit.).

Existen diversos modelos que explican la manera en que influye el apoyo social en la salud; existen modelos que enfatizan los efectos principales (o efectos directos) del apoyo y modelos que ven el apoyo social como un amortiguador inmediato del estrés:

a) Los modelos de *efectos principales* postulan que el apoyo social incrementa directamente la salud, por medio de la información, fomentando la autoestima y el control percibido (Cohen, 1988; cit. en Kalichman, 1995).

Esta hipótesis sostiene que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar, fomenta directamente la salud, independientemente del nivel de estrés. Es decir, a mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independientemente de que la persona esté expuesta a estresores o no (Cohen y cols., 1985; cit. en Barrón, 1995).

La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, permitiendo una sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal. Dichos estados psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física, bien por sus efectos en el sistema neuroendocrino o inmunológico o por provocar cambios en conductas que promueven la salud (dejar de fumar, hacer ejercicio, etc.)

Bloom (1990; cit. en Barrón, 1996), sugiere que la red social puede influir en la salud de dos formas:

- directamente, proporcionando información relevante o fomentando la motivación a implicarse en conductas adaptativas, e
- indirectamente, provocando una mayor adhesión a las recomendaciones terapéuticas al proporcionar el apoyo instrumental necesario para conseguir lo anterior: siguiendo determinados regímenes en el hogar, acompañando al sujeto a rehabilitación, etc.

b) Los modelos *amortiguadores y protectores del estrés*, establecen que cuando una persona está bajo presión, el apoyo social incrementa la información, el bienestar emocional o recursos tangibles que en un momento dado afecta en la salud (Cohen, 1988; cit. en Kalichman 1995).

Esta hipótesis afirma que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como los eventos estresante, (Barrón, 1988; cit. en Barrón 1996). Es decir,

supone que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en aquellos sujetos con un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo en ausencia de estresores el apoyo social no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés.

Vaux (1988; cit. en Barrón 1996), establece un modelo en el que el apoyo social influye en la cadena salud-enfermedad de diversas formas:

a) Acción protectora directa: determinadas conductas de apoyo pueden prevenir la ocurrencia de ciertos estresores,

b) Inoculación: el apoyo social puede reducir la importancia del estresor. No se trata, como en el caso anterior, de prevenir su ocurrencia, sino de conseguir que el resultado de la evaluación cognoscitiva primaria sea de irrelevancia,

c) Acción de apoyo directa: ocurre en aquellos casos en que aunque un sujeto no tenga recursos suficientes para manejar un estresor, los recursos aportados por los demás permiten un afrontamiento eficaz. Se trataría de un apoyo directamente centrado en el problema, no en las evaluaciones,

d) Guía de evaluación secundaria: consistiría en tratar de provocar una evaluación más realista de los recursos, afectaría a la evaluación sobre las posibles formas de solución, ampliando el repertorio de afrontamiento al proponer nuevas estrategias de solución de problemas,

e) Reevaluación: encaminada a lograr una reevaluación del estresor como menos amenazante,

f) Apoyo emocional paliativo: se trata, en este caso, de un apoyo centrado en la emoción, indicado en aquellas ocasiones en que la pérdida o amenaza ya ha ocurrido, y

g) Diversión: se refiere al apoyo dirigido a la emoción cuando no se puede evitar la ocurrencia de ciertas dificultades o problemas. Se dirige a distraer al sujeto hacia actividades o acciones más reforzantes, provocando que no se centre en exceso en el problema.

Un aspecto importante de la hipótesis del efecto protector es su implicación terapéutica potencial. Las intervenciones basadas en el mismo tratan de reforzar aspectos de las redes existentes en la vida de las personas con riesgo de algún trastorno, sobre todo teniendo en cuenta que parece más asequible intentar fortalecer el apoyo social que evitar la exposición a estresores.

REVELACIÓN, RECIPROCIDAD Y PÉRDIDA

En lo que se refiere a la revelación, Irène Théry (1998) señala: *el anuncio de la seropositividad se vive siempre -de manera inmediata o diferida- como un momento de crisis de identidad muy importante. El hecho de hablar o de callarse, los momentos para hacerlo, acompañan un proceso difícil, una tentativa de reconstrucción de la identidad. De hecho, el silencio no es por fuerza el síntoma de un mal funcionamiento de las relaciones. Se reivindica, mucho más a menudo de lo que se cree, como un acto moral, de atención a los demás.*

El sentido de la oración "usted es seropositivo" contiene de manera inevitable el conjunto de las representaciones sociales del SIDA: por una parte, la de la patología y por otra, en forma total la de la epidemia. Por lo tanto, para que la persona esté en posibilidades de transmitir la información acerca de su seropositividad, tendrá que hacer una reelaboración de la misma en contra de los estereotipos dominantes, darle un nuevo sentido personal y aprender que este sentido varía continuamente a lo largo de la enfermedad. Esta apropiación de otro sentido del mensaje de la información, de la epidemia y de la patología, va a acompañar la elección del confidente y el momento de la confidencia (o revelación). Es una elección autorizada por cierto trabajo interior, pero está también ligada a la personalidad de cada allegado. El buen confidente será aquel que pueda, en el momento de ser informado, acompañar dicho trabajo de apropiación de sí. A partir de allí, se verifican situaciones muy diferentes en función de las personas. (Théry, 1998).

Tal vez la situación más sobresaliente del SIDA es que, revelar el diagnóstico a la familia, generalmente implica revelar un estilo de vida que era desconocido, esta situación puede llevar a una crisis familiar, ya que se tendrán que enfrentar con una enfermedad crónica y a la orientación sexual de su hijo (Stulberg y Buckingham, 1988)

La dificultad de la revelación del estado seropositivo es común, incluso hacia la pareja (Marks, Richardson y Maldonado, 1991, 1994; Peterson y Marin, 1988; en Kalichman, 1995), la revelación de la seropositividad de padres a hijos está inhibido por miedo al rechazo y por el deseo de proteger a los niños (Pliskin, Farrell, Crandles y cols., 1993; op. cit.). Los costos potenciales de la revelación, son, por lo tanto, opuestos a los beneficios de ganar apoyo (Turner y cols; op. cit.)

Théry señala: *el secreto alrededor de la seropositividad no siempre se reduce al hecho de que una persona no pueda o no quiera decir a los demás acerca de enfermedad. Muy a menudo, el secreto se vuelve -como poco a poco la revelación- un elemento de dominio y de reconquista de sí mismo, un valor moral, una posibilidad de actuar sin dejar de proteger a otras personas. De alguna manera, de elegir seguir siendo dueño de su vida.*

Reciprocidad

Las oportunidades del apoyo recíproco es otra dimensión importante de sentirse apoyado. En ocasiones proveer apoyo social puede amortiguar aún más que el recibir apoyo ya que la reciprocidad disminuye la hostilidad y depresión entre algunas personas seropositivas (Hays y cols., 1990; en Kalichman, 1995). Muchas personas seropositivas buscan oportunidades para apoyar a otros a través de grupos de apoyo u organizaciones de voluntarios (Miller, Holmes y Averbach, 1992; op. cit.).

Debido a que la investigación ha demostrado de manera contundente los efectos del apoyo social y su importancia, ya sea con efectos directos, fomentando la salud o amortiguando el estrés por ser homosexual y/o seropositivo, surge la necesidad de fortalecer las redes sociales a través de la educación e información, con el objeto de derribar mitos, prejuicios y estigma, hacia la persona que vive con el VIH/SIDA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es una enfermedad que en la actualidad se considera crónica-degenerativa y afecta ya, a poblaciones que anteriormente se consideraban ajenas o distantes, sin embargo, el grupo de los hombres homosexuales es quien tiene el mayor número de casos afectados por esta enfermedad, aunque el número de personas heterosexuales seropositivas, va en aumento. Debido a esto, es importante conocer de que manera el hombre homosexual está afrontando el vivir con el VIH/SIDA, es decir, si utilizan sus redes de apoyo como recurso social.

Las investigaciones en cuanto al apoyo y las redes sociales, señalan que el apoyo social tiene una gran influencia en la salud y en el bienestar físico-emocional de la persona, y amortigua o aminora los efectos estresantes de cualquier situación, ya que facilita y favorece la adaptación a situaciones estresantes en general, como lo puede ser el hecho de ser homosexual y/o de vivir con el VIH/SIDA (lo cual implica un doble estigma). Por lo que también es importante conocer si la población homosexual a estudiar se encuentra o no, satisfecha con su red social. En el marco de estas investigaciones, se ha visto que las redes sociales de las comunidades de personas homosexuales, pueden ser diferentes a otras poblaciones, aunque sus beneficios no difieren.

El rechazo o discriminación por ser homosexual, así como los efectos de vivir en una sociedad heterosexista, como lo puede ser la homofobia internalizada (que es un factor importante para su ajuste psicológico y representa un obstáculo para su bienestar emocional), son factores que impiden la revelación de la homosexualidad y/o de la seropositividad, aunado a la evaluación que deben hacer las personas homosexuales acerca de los costos-beneficios que pueden tener al revelar o no e inhibe los efectos benéficos de apoyo de su red social.

Esta investigación proporcionará información de suma utilidad, ya que permite a las personas homosexuales, profesionales involucrados en esta área, así como a familiares, amigos y personas que conforman las redes sociales de los hombres homosexuales (seronegativos y seropositivos), apoyar para contrarrestar los efectos de este doble estigma y proporcionar bienestar físico y emocional.

1. ¿Quiénes componen las Redes de Apoyo de los hombres homosexuales con diferentes seroestatus a VIH/SIDA y que han revelado y no su homosexualidad y/o su seroestatus?
2. ¿Cuál es el grado de Satisfacción de la Red de Apoyo entre los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA?
3. ¿Existen diferencias en la homofobia internalizada entre los que han revelado y no su homosexualidad?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Describir las redes de apoyo de los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA y de aquellos que han revelado y no su homosexualidad y/o su seropositividad.
- 1.2 Describir el grado de Satisfacción con la Red de Apoyo entre los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA.
- 1.3 Comparar la Homofobia Internalizada entre los que han revelado y no su homosexualidad.

HIPÓTESIS

H₁ La composición de las redes de apoyo variarán de acuerdo al seroestatus al VIH/SIDA.

H₂ La composición de las Redes de Apoyo variarán de acuerdo a la Revelación de la Homosexualidad y/o de la Seropositividad.

H₃ La Satisfacción con la Red, variará en relación con el Seroestatus al VIH/SIDA.

H₄ Los individuos que Revelaron su homosexualidad, mostrarán un grado mayor de satisfacción con la Red, menor Homofobia internalizada y no se sentirán estigmatizados, que aquellos que no lo han revelado.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: es el conjunto de variables atributivas que se refieren a las características sociodemográficas y etnográficas de la población a estudiar:

a) Edad: años transcurridos desde el nacimiento (Newman y Newman, 1985). Variable atributiva continua que se refiere al tiempo de vida en años y meses.

b) Sexo: condición orgánica que distingue dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción (Diccionario Enciclopédico Salvat, tomo 11, 1976). Variable atributiva con dos niveles: hombre y mujer.

c) Salario: Remuneración de un trabajo o servicio (Diccionario Enciclopédico Salvat, tomo 11, 1976). Variable atributiva que se refiere a la remuneración económica o en dinero, recibida por el desempeño de un trabajo.

d) Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Diccionario Enciclopédico Salvat, tomo 5, 1976). Variable atributiva con 6 niveles: primaria, secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura y posgrado.

VARIABLES DE CLASIFICACIÓN:

a) Estado Serológico al VIH/SIDA: Indica la presencia o ausencia de anticuerpos al VIH que los entrevistados manifiestan tener. Variable atributiva con 3 niveles:

- Seronegativos: son las personas que no viven con el VIH/SIDA.
- Seropositivos Asintomáticos: son las personas que viven con el VIH, pero no presentan ningún síntoma.
- Seropositivos Sintomáticos: son las personas que presentan algún síntoma debido al VIH.

b) Revelación: es la comunicación explícita de alguna información personal (Sermat y Smith, 1973; en Shumaker y Brownell, 1984).

- Revelación de la Homosexualidad: es una variable atributiva que se refiere a la comunicación explícita a la familia y amigos de ser homosexual. Fue evaluada a través de un listado de personas, en la que los sujetos respondieron quienes lo saben (Hoppe, 1995).
- Revelación de la Seropositividad: es una variable atributiva que se refiere a la comunicación explícita a la familia y amigos de su seroestatus al VIH/SIDA (Villagrán, 1996). Fue evaluada a

través de un listado de personas, en la que los sujetos respondieron quienes lo saben (Hoppe, 1995).

VARIABLES DEPENDIENTES:

a) Redes de apoyo: Conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios de información y nuevos contactos sociales (Hoppe, 1995). Las redes de apoyo serán evaluadas a través de las subescalas de:

- **Estructura de la red:** se define en términos del número de determinadas relaciones clave que mantiene el sujeto (amigos, familiares, etc) y frecuencia de contacto con los mismos (Barrón, 1996). Solamente se evaluó con las categorías (tipo de relación o de parentesco) mencionadas y la frecuencia de mención de cada una de las categorías de parentesco.
- **Funcionamiento:** Se refiere a las diferentes formas en que una red proporciona ayuda. Se evaluó a través de:

apoyo informativo: se refiere al conocimiento, consejo o guía relevante que los ayude a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él (Barrón, 1996). Se evaluó a través de un reactivo en el cual se pidió que indicaran a tres personas que les brindan este tipo de apoyo.

apoyo emocional: se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar e incluye conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo y provocan que el sujeto se sienta querido, amado y respetado (Barrón, 1996). Se evaluó a través de 3 reactivos en cada uno de los cuales se pedía que señalaran a 3 personas que les otorgan este apoyo.

apoyo instrumental: se refiere a las acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas (Barrón, 1996). Se evaluó a través de 3 reactivos en cada uno de los cuales debían indicar a 3 personas que otorgan este apoyo.

diversión/relajación: se refiere a las oportunidades que tienen el sujeto para desarrollar actividades que le permitan tener momentos de distracción y/o de tranquilidad. Se evaluó a través de 3 reactivos en cada uno de los cuales se les pidió que señalaran a 3 personas que les otorgan este apoyo.

b) Grado de satisfacción de la red: se refiere a la evaluación que el sujeto hace de su red en cuanto a si han sido cubiertas o no sus necesidades y que tan gratificante ha sido el apoyo. Esta variable fué evaluada a través de la satisfacción general, a través de 10 reactivos, para cada tipo de apoyo, con tres opciones de respuesta (menos de las que he querido/necesitado, tantas como he querido/necesitado y más de las que he querido/necesitado), en cuanto a las oportunidades que tuvieron en el último mes, para recibir cada tipo de apoyo estudiado.

c) Homofobia Internalizada: es la internalización de actitudes negativas hacia los homosexuales (Malyon, 1982; en Herek, 1998). Se evaluó a través de una escala con 9 reactivos con respuestas en escala tipo Likert que van desde: nunca a siempre.

d) Percepción del estigma: se refiere a la evaluación que hace el sujeto del rechazo recibido en sus ámbitos sociales: familia, amigos, trabajo, etc (Villagrán, 1996). La percepción del estigma fue evaluada a través de 8 reactivos: que evalúan si la persona se siente rechazada por ser homosexual y/ o por ser seropositiva. Y también se evaluó a través de la reacción familiar al saber acerca de la homosexualidad y/o seropositividad.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, ya que permite analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; y correlacional, ya que pretende conocer el tipo de relación que existe entre los fenómenos (o sino se relacionan) (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

SUJETOS: Se trató de una muestra no probabilística por cuotas ya que, la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, en este tipo de muestra se van conformando cuotas de acuerdo al seroestatus al VIH/SIDA (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Se seleccionó a 100 hombres cuyo criterio de inclusión fue que manifestaran ser homosexuales, esto es, personas con gusto o preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo (Alvarez-Gayou, 1986), con un rango de edades entre 17 y 60 años de edad, divididos en 3 grupos: 50 personas seronegativas (que no tienen el VIH/SIDA) y 50 personas seropositivas (que viven con el VIH/SIDA), de los cuales 25 fueron asintomáticos y 25 sintomáticos.

ESCENARIO. Se aplicaron las encuestas en las instalaciones de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida A.C., en los hospitales: "Gabriel Mancera" y "Especialidades La Raza" (IMSS), en las instalaciones de "Ser Humano A.C." y en el Parque Hundido, con un grupo de reflexión de hombres homosexuales.

INSTRUMENTOS:

1. Datos sociodemográficos: edad, nivel de estudios y salario.
2. Dato sobre el estado serológico.
3. Redes de Apoyo: se adaptaron las desarrolladas por Hoppe, 1995 (Anexo 2). Las redes fueron evaluadas mediante las subescalas:

Estructura de la red: Amplitud y Frecuencia

Funcionamiento: a) apoyo informativo, con 1 reactivo b) apoyo emocional, con 3 reactivos, c) apoyo instrumental, con 3 reactivos y d) diversión/relajación, con 3 reactivos. En donde se utilizaron sólo aquellos reactivos que se refirieron a recibir ese tipo de apoyo.

Grado de satisfacción de la red: general, con 10 reactivos en los cuales se incluyeron los diferentes tipos de apoyo.

4. Revelación de la Homosexualidad y/o seroestatus al VIH/SIDA: Fue evaluado a través de: revelación de la homosexualidad, (listado de 8 personas), revelación del estado serológico (listado de 8 personas) y homofobia internalizada (9 reactivos). Hoppe (1995). (Ver Anexo 4)

5. **Percepción del estigma por ser homosexual: Fué evaluado a través de 4 reactivos (Anexo 3) y de la reacción familiar al revelar la homosexualidad y/o seropositividad.**

PROCEDIMIENTO

De acuerdo a los criterios de inclusión, los primeros cuestionarios se aplicaron en las instalaciones de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, con las personas voluntarias que prestan sus servicios en este lugar, así como con las personas que acuden para solicitar algún servicio. La aplicación del cuestionario se facilitó en este lugar debido a nuestra colaboración como voluntarias en esta institución.

Posteriormente se realizó la aplicación del cuestionario en los hospitales La Raza y Gabriel Mancera del IMSS, conociendo e identificando de antemano los días en que las personas seropositivas acuden por su consulta, a un grupo de autoapoyo o por su medicamento.

Acudimos a las instalaciones de Ser Humano, en donde, colaboradores de este lugar nos facilitaron el acceso a un grupo de reflexión de hombres homosexuales que se reunía en el Parque Hundido.

En cuanto fueron detectados los sujetos, con las características ya explicadas, se solicitó su consentimiento para colaborar en el presente estudio, estableciendo de antemano la confidencialidad y anonimato con que se contó.

Posteriormente se aplicó el cuestionario de Red Social desarrollado por Hoppe, después el de Revelación del Estilo de Vida, Estatus al VIH, Estigma y Discriminación, diseñado por Hoppe (1995). Así como las preguntas de la Percepción del Estigma. El tiempo promedio de aplicación fue de 1 hora en una sola sesión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

- Para la descripción de la población:

Análisis de frecuencias.

- Para las escalas:

Discriminación de reactivos: frecuencias y pruebas t (student).

Análisis factorial

Confiabilidad: alpha de Cronbach.

- Para observar los efectos y/o relación entre las variables independientes y las variables dependientes:

Análisis de varianza

Pruebas post-hoc (Scheffe)

Correlaciones

Los resultados son presentados mediante tablas y figuras.

RESULTADOS

I. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Se entrevistó a 100 hombres homosexuales con diferentes estados serológicos al VIH/SIDA: 50 hombres homosexuales seronegativos, 25 seropositivos asintomáticos y 25 seropositivos sintomáticos.

El promedio general es de 28 años y 10 meses, con un rango de 17 a 60; con un nivel de estudios de: 2% de primaria, 6% secundaria, 7% nivel técnico, 29% bachillerato, 53% licenciatura y 3% de posgrado. El promedio de ingresos económicos es de \$3 606.00, con un rango de \$500 a \$20 000.

Los resultados y características de cada grupo son las siguientes:

- Seronegativos, con una edad promedio de 25 años, con un rango de 17 a 38 años y con una DS* de 5.1; con un nivel de estudios principalmente de: licenciatura (56%), seguido de bachillerato (30%), nivel técnico (10%), 2% de secundaria, y 2% posgrado. Presentan un ingreso promedio de \$3 500, con un rango de \$500 a \$12 000.

- Asintomáticos, con una edad promedio de 30 años, con un rango de 19 a 50 años y con una DS* de 6.4; con un nivel de estudios principalmente de: bachillerato y licenciatura (40% y 40%, respectivamente), seguido de secundaria (16%) y primaria (4%). Presentan un promedio de ingreso de \$3 800, con un rango de \$1 000 a \$20 000.

- Sintomáticos, con una edad promedio de 34 años, con un rango de 20 a 60 años y con una DS* de 8.8; con un nivel de estudios principalmente de: licenciatura (60%), bachillerato (16%), nivel técnico, y posgrado (8% y 8%, respectivamente), primaria y secundaria (4% y 4%, respectivamente). El promedio de ingreso es de \$3 500, con un rango de \$800 a \$8 000

Para conocer si los grupos eran diferentes en cuanto a edad e ingresos, se aplicó una prueba estadística One way. Los resultados indican que en cuanto a edad el grupo de seronegativos es estadísticamente diferente ($F_{(2,97)}=16.59$ y $p<.001$) a los grupos de seropositivos, esto es, los seronegativos son significativamente más jóvenes. En cuanto al ingreso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En la variable de nivel de estudios, no fue posible aplicar el estadístico chi cuadrada ya que se presentaron celdillas con menos de 5 sujetos.

* Desviación Standard

II. REDES DE APOYO

Para cumplir con el primer objetivo acerca de la descripción de las redes de apoyo de los hombres homosexuales, se realizaron análisis de frecuencias. Los resultados que a continuación se presentan se han dividido en dos secciones:

A. Redes de apoyo por seroestatus al VIH/SIDA y

B. Redes de apoyo por revelación de:

B.1. Homosexualidad

B.2. Seropositividad al VIH/SIDA

Ambas secciones consideran los siguientes puntos:

1. Estructura de la red:

1.1 amplitud de la red

2. Funcionamiento de la red:

2.1 apoyo informativo,

2.2 apoyo emocional,

2.3 apoyo instrumental y

2.4 apoyo diversión/relajación.

A. REDES DE APOYO POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

1. ESTRUCTURA DE LA RED:

1.1 AMPLITUD

APOYO INFORMATIVO

El número de categorías mencionadas en cuanto al apoyo informativo en los 3 grupos es igual (13); destacándose que en el grupo de los sintomáticos, aparece la persona seropositiva; en el grupo de los asintomáticos y sintomáticos mencionan al médico y en los tres grupos de estudio se presenta la figura del psicólogo, como fuente de apoyo informativo (Tabla 1).

APOYO EMOCIONAL

Se observa que el número de categorías varía según el grupo, así, el grupo de seronegativos mencionó más categorías que la de los asintomáticos y sintomáticos; las categorías que no coinciden en mención son: jefes, compañeros, maestros, sacerdote (los cuales fueron mencionados por los

seronegativos). Se destaca que el psicólogo y el médico, así como la red consanguínea otorgan apoyo emocional a los tres grupos (Tabla 1).

APOYO INSTRUMENTAL

El número de categorías mencionadas varía, según el grupo, destacándose nuevamente con el menor número de categorías a los asintomáticos, seguidos de los seronegativos y de los sintomáticos. Se destaca el apoyo instrumental de la familia extensiva (sobrinos, tíos) y conocidos, tanto por seronegativos como por sintomáticos, no así para los asintomáticos (Tabla 1).

APOYO DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

En esta categoría se observa que los seronegativos mencionan un mayor número de categorías, seguidos de los asintomáticos y los sintomáticos respectivamente, la diferencia que se observa del primer grupo con los últimos dos, es la presencia del terapeuta Reiki y la mención de Dios, como apoyo para relajación (Tabla 1).

Tabla 1
Amplitud de la red de cada grupo en los diferentes tipos de apoyo

APOYO	Informativo			Emocional			Instrumental			Diversión/Relajación		
	1*	2**	3***	1*	2**	3***	1*	2**	3***	1*	2**	3***
RED SOCIAL												
Familia	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Madre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Padre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Padres	X	X		X			X			X	X	
Hermanos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hermanas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pareja	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ex-Pareja				X						X		
Amigos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigo homosexual				X		X	X					
Amigo VIH+			X	X	X	X			X	X		
Sobrinos			X				X	X				X
Tíos		X					X	X		X		
Primos	X	X		X		X			X	X	X	
Abuelos		X						X		X	X	
Psicólogo	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Terapeuta Reiki											X	X
Dios											X	
Médico		X	X	X	X	X			X			
Compañeros	X		X	X		X	X	X		X		
Compañeras	X			X								
Jefe				X		X						
Maestro				X								
Conocidos					X	X	X		X			
Sacerdote				X								
Yo mismo				X						X		X
total	13	13	13	21	12	18	14	10	15	16	14	12

*1=Seronegativos (n=50)

** 2=Asintomáticos (n=25)

*** 3=Sintomáticos (n=25)

2. FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Para la representación gráfica de las redes sociales en los diferentes tipos de apoyo (informativo, emocional, instrumental y diversión/relajación) se graficaron los datos de manera que aquellas personas que fueron mencionadas con más frecuencia se ubicaron en el punto más cercano al sujeto (representado por un círculo) y aquellas personas mencionadas con menor frecuencia se ubicaron en el punto más alejado del sujeto. Las figuras a través de las cuales se representan los resultados, se elaboraron a partir de las tablas que se encuentran en el Anexo 1 y el número de la figura corresponde al número de la tabla en el anexo. La frecuencia de mención va en el sentido de las manecillas del reloj.

A QUIENES ACUDEN POR TIPO DE APOYO:

Para la elaboración de tablas y gráficas, en aquellos tipos de apoyo que fueron evaluados con más de una pregunta, solamente se consideraran una vez las categorías mencionadas, por ejemplo: si la madre fue mencionada más de una vez como alguien que apoya, la categoría sólo fue considerada en una ocasión, de tal manera que los resultados no se vieran inflados.

1. APOYO INFORMATIVO

En esta sección se mencionan **las personas en las que se piensa para pedir información o consejo antes de tomar decisiones importantes en la vida** (Figura 1).

Se observa que para los tres grupos, las personas a quienes se acudiría para pedir apoyo informacional son: padres (principalmente la madre), los amigos (as), los hermanos (principalmente las hermanas) y la pareja. Se destaca la presencia del psicólogo/médico(a) en los tres grupos, como recurso social.

Es importante destacar que para la elaboración de las figuras se designó una sola categoría para padres (madre, padre o cuando se haya mencionado padres en general).

2.- APOYO EMOCIONAL

Es el apoyo que fomenta la sensación de bienestar afectivo y que provoca que el sujeto se sienta querido, amado y respetado. Para evaluar este tipo de apoyo, se pidió que respondiera a 3 preguntas: (Figura 2)

2.1 Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas (sobre tu familia, trabajo, pareja, amigos, etc.), ¿con quién hablarías?

2.2 ¿Cuentas con alguien que se interese por tus ideas y las cosas que haces?

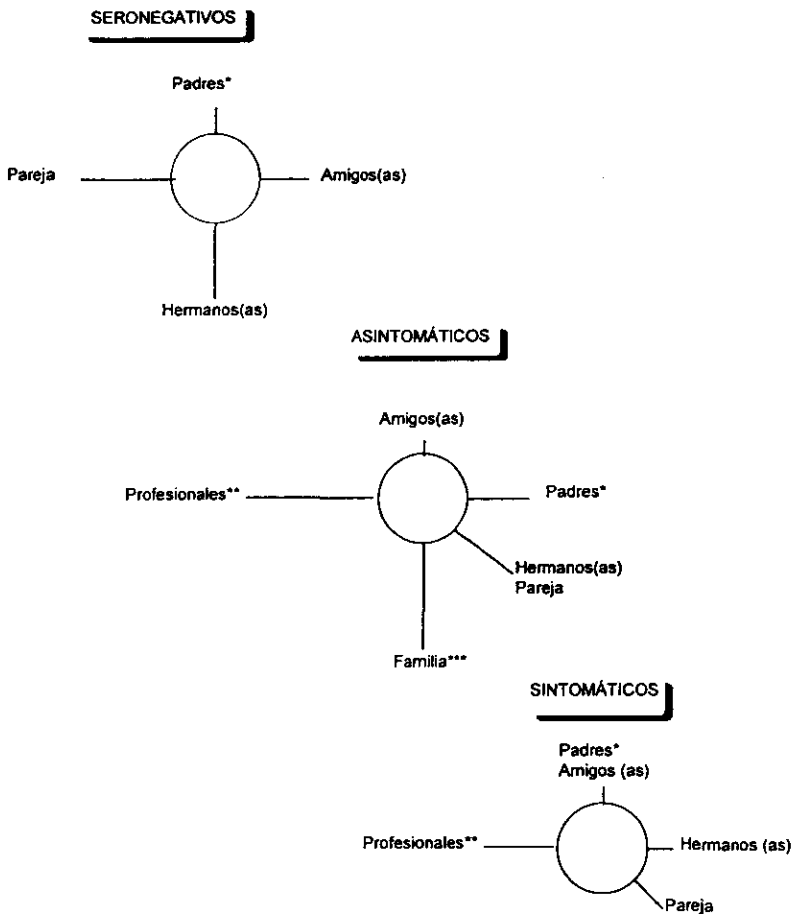
2.3 Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus preocupaciones emocionales relacionadas con la infección DEL VIH/SIDA, ¿con quién hablarías?

En los tres grupos se mencionó con mayor frecuencia a los amigos. También se considera que pueden apoyar emocionalmente: a los Seronegativos: padres, pareja y hermanos (as); a los Asintomáticos, las hermanas y la pareja-madre; a los Sintomáticos, los profesionales, los hermanos (as) y la familia. Los tres grupos mencionan a los profesionales de la salud, como el psicólogo y el médico.

APOYO INFORMATIVO

Figura 1

Personas que integran la red de apoyo informativo

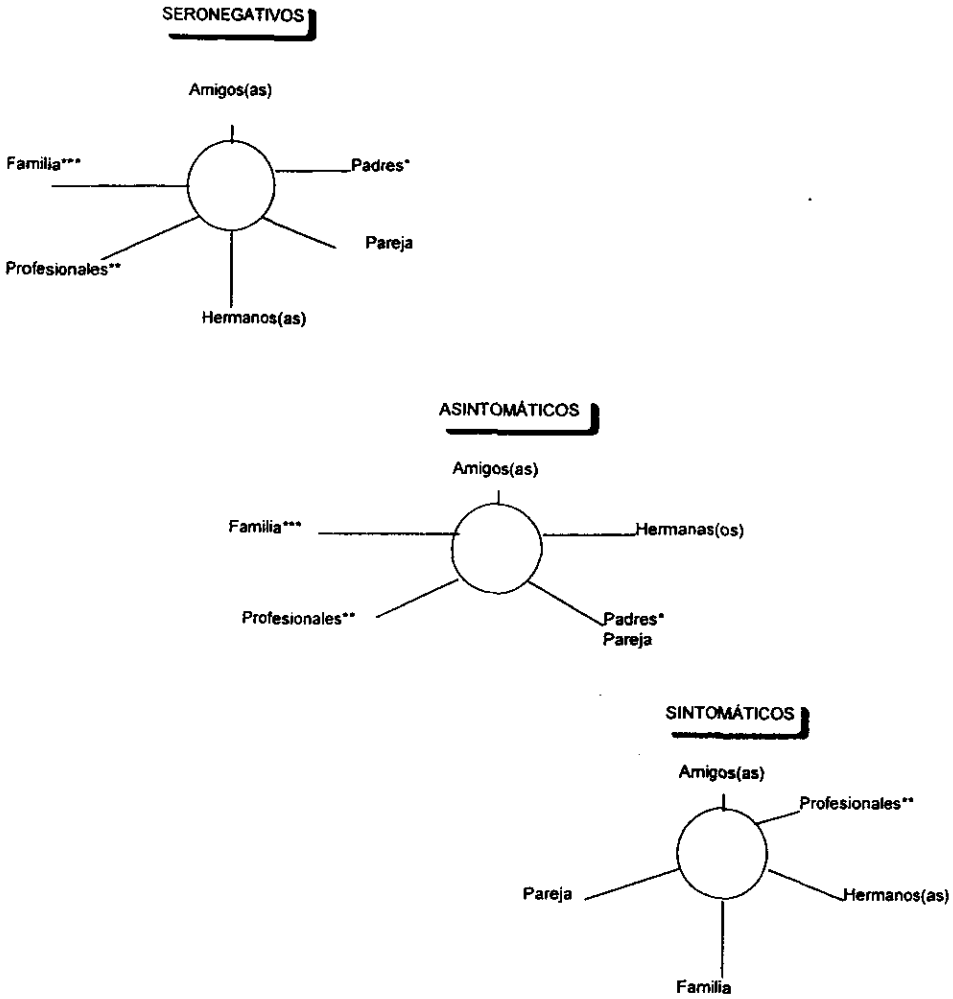


* principalmente la madre
 ** psicólogos, médicos
 *** sobrinos, primos, tíos, abuelos.

APOYO EMOCIONAL

Figura 2

Personas que integran la red de apoyo emocional



* Principalmente la madre
** Psicólogo, médicos
*** Sobrinos, primos, tíos, abuelos

3.- APOYO INSTRUMENTAL

Es el apoyo material o las acciones proporcionadas por otras personas que permiten resolver problemas prácticos facilitando la realización de tareas cotidianas. Los resultados que a continuación se presentan son de las respuestas proporcionadas a 3 preguntas: (Figura 3)

3.1 ¿ A quien le pedirías ayuda para realizar cosas que necesites hacer como: manejar, ir de compras, hacer el aseo, etc.

3.2 Si te enfermas y tienes que estar en cama por días, semanas o por un largo período de tiempo, ¿hay alguna persona que cuide de tí?

3.3 Si necesitas dinero, ¿a quién se lo pedirías?

Se observa lo siguiente: los Seronegativos acuden a los padres (principalmente a la madre), amigos y hermanos (as); los Asintomáticos a: los amigos (as), hermanos, a los padres y pareja; y los Sintomáticos mencionan a los amigos (as), hermanos (as) y familia-padres.

4.- APOYO DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

Las redes de apoyo pueden proporcionar un ambiente idóneo para que la persona pueda distraerse, relajarse y estar tranquilo, lo cual ayuda para el control del estrés. Este apoyo, fue evaluado mediante 3 preguntas: (Figura 4)

4.1 ¿Tienes con quién relajarte o estar tranquilo?

4.2 ¿Tienes con quien divertirse?

4.3 ¿Tienes con quien pasar Navidad y/o Año Nuevo?

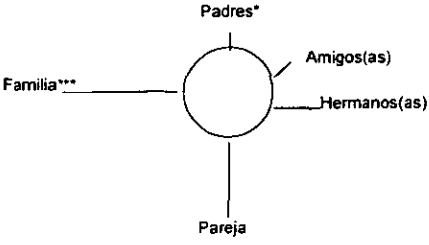
Las personas mencionadas principalmente fueron: los amigos(as) y la familia, así como la pareja en los tres grupos. Es importante destacar la presencia del psicólogo, mencionado en los tres grupos; el terapeuta Reiki (que es una terapia alternativa de relajación, a través del manejo de energía) en el grupo de los Asintomáticos y Sintomáticos, se considera como una opción para relajarse; cabe señalar que algunas personas de los tres grupos, se consideraron a sí mismos, como fuente de relajación y se considera a la familia como una opción para divertirse.

APOYO INSTRUMENTAL

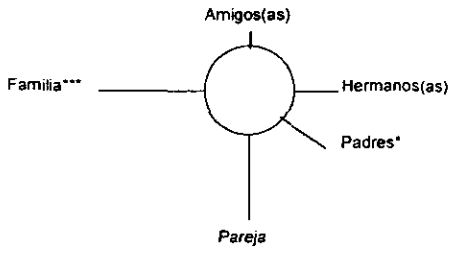
Figura 3

Personas que integran la red de apoyo instrumental.

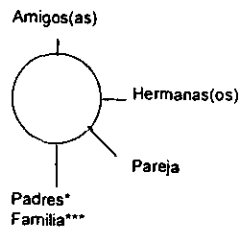
SERONEGATIVOS



ASINTOMÁTICOS



SINTOMÁTICOS

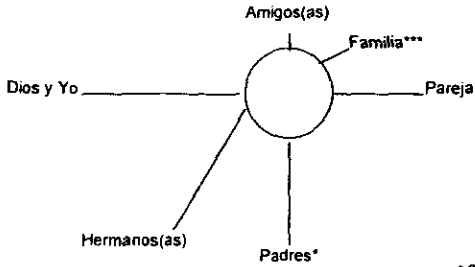


* Principalmente la madre
*** Sobrinos, primos, tíos, abuelos.

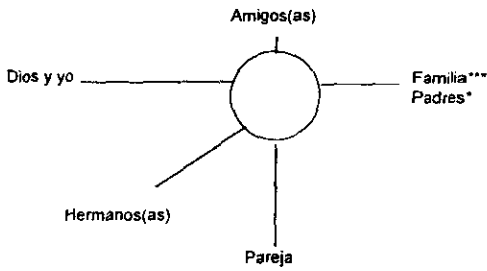
Figura 4

Personas que integran la red de apoyo diversión/relajación.

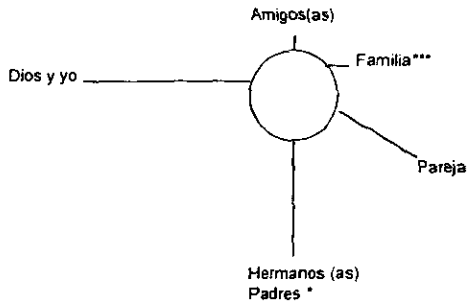
SERONEGATIVOS



ASINTOMÁTICOS



SINTOMÁTICOS



* Principalmente la madre
*** Sobrinos, primos, tíos, abuelos, etc.

B. REDES DE APOYO POR REVELACIÓN

Para continuar con el primer objetivo acerca de describir las redes de apoyo de quienes han revelado y no su homosexualidad y/o su seropositividad, se realizaron algunas preguntas acerca de la revelación de la homosexualidad y a continuación se presentan los resultados obtenidos:

B.1. REDES DE APOYO Y REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD

Ya que uno de los requisitos para ingresar a la investigación fue que se asumieran como personas homosexuales, se les preguntó: **¿A qué edad te diste cuenta que eras homosexual?** Se obtuvo una edad promedio de 11 años 5 meses, con un rango que va desde 4-23 años. En cuanto a los 3 grupos de estudio, los Seronegativos obtuvieron una edad promedio de 12 años (con un rango de 4-23 años) y una DS* de 4.9; los Asintomáticos con una edad promedio de 11 años 8 meses (con un rango de 4-19 años) y una DS* de 4.6 y los Sintomáticos a los 10 años 4 meses (con un rango de 4-19 años) y una DS* de 4.06. Para conocer si existen diferencias en cuanto a la edad de saberse homosexual se aplicó un One way, el cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Se preguntó también, qué personas saben de su homosexualidad, independientemente de la manera en la que se haya revelado (por comunicación directa, por otras personas o si solo se dieron cuenta). Los resultados indican un patrón típico en los tres grupos de estudio, conocen de su homosexualidad los amigos, la madre y las hermanas; después los hermanos y conocidos-compañeros (Tabla 2).

Tabla 2
Revelación de la homosexualidad

SEROESTATUS AL VIH/SIDA	Seronegativos (n=50)		Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		Total (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RED SOCIAL								
Madre	40	80	21	84	22	88	83	83
Padre	23	46	9	36	15	60	47	47
Hermana	34	68	18	72	21	84	73	73
Hermano	25	50	18	72	17	68	60	60
Parientes	18	36	13	52	16	64	47	47
Amigos	42	84	25	100	25	100	92	92
Conocidos	24	48	14	56	19	76	57	57
Compañeros	24	48	11	44	10	40	45	45

Para clasificar a los sujetos del estudio en: revelaron homosexualidad y no revelaron homosexualidad, se les pidió que respondieran a la pregunta: **¿Cuál fue la reacción de tu familia al enterarse de tu homosexualidad?**, respondieron a la pregunta 88 sujetos, 12 de los cuales indicaron que la familia no lo sabía y 76 dieron las siguientes respuestas:

*Desviación Standard

En los tres grupos, la primera reacción a conocer la homosexualidad fue negativa, actualmente hay reacciones positivas, la relación mejoró en la mayoría de los casos, aunque algunos consideran que la relación no cambió.

Entre las reacciones negativas se encuentran negación, culpa, frustración, indiferencia, enojo, burla, crítica, etc., entre las positivas están: aceptación, compañía y apoyo.

Para el desarrollo de la siguiente sección, se consideraron 76 sujetos que revelaron la homosexualidad y 12 que no lo hicieron.

1. ESTRUCTURA DE LA RED:

1.1 AMPLITUD

APOYO INFORMATIVO

El número de categorías mencionadas en cuanto a este tipo de apoyo es diferente, los que han revelado muestran una red más amplia (17 categorías) a diferencia de los que no (10 categorías). Ambos grupos acuden con su familia nuclear (padres, hermanos); en el grupo de los que si han revelado su homosexualidad acuden con frecuencia a su familia extensiva (sobrinos, tíos y primos), así como con el Psicólogo (Tabla 3).

APOYO EMOCIONAL

El número de categorías mencionadas también varía, ya que quienes han revelado su homosexualidad, indican una red más amplia (22 categorías), los cuales acuden con la familia extensiva, así como con el médico, compañeros, jefe, etc. a diferencia de quienes no lo han hecho. Ambos grupos acuden con el Psicólogo (Tabla 3).

APOYO INSTRUMENTAL

En este tipo de apoyo quienes si han revelado la homosexualidad mencionan un mayor número de categorías (19), que quienes no lo han revelado (13). Ambos grupos acuden con su familia nuclear. Los que si han revelado, mencionan a la persona seropositiva, al psicólogo y al médico, como apoyo instrumental, a diferencia de quienes no han revelado su homosexualidad (Tabla 3).

APOYO DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

El número de categorías varía según el grupo, destacándose nuevamente con el menor número de categorías quienes no han revelado (10). Ambos grupos acuden con su familia nuclear, quienes si han revelado acuden también con la familia extensiva, con el terapeuta Reiki, así como con el psicólogo, como recursos sociales (Tabla 3).

Tabla 3.
Amplitud de la red de quienes han revelado y no la homosexualidad en los diferentes tipos de apoyo.

APOYO	INFORMATIVO		EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		DIVERSIÓN/RELAJACIÓN	
	si (n=76)	no (n=12)	si (n=76)	no (n=12)	si (n=76)	no (n=12)	si (n=76)	no (n=12)
RED SOCIAL								
Familia	X	X	X	X	X	X	X	X
Madre	X	X	X	X	X	X	X	X
Padre	X	X	X	X	X	X	X	X
Padres	X		X		X	X	X	X
Hermanos	X	X	X	X	X	X	X	X
Hermanas	X	X	X	X	X	X	X	X
Pareja	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigos	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigas	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigo homosexual			X		X			
Amigo VIH+			X		X			
Sobrinos	X		X		X	X	X	
Tíos	X		X		X	X		
Primos	X		X		X		X	
Abuelos					X		X	
Psicólogo	X		X	X	X		X	
Terapeuta Reiki							X	
Dios							X	
Médico	X	X	X	X	X			
Compañeros	X		X	X	X	X	X	
Compañeras	X	X	X		X		X	
Jefe			X					
Maestro			X					
Conocidos			X		X			
Sacerdote				X				
Yo mismo	X		X				X	X
total	17	10	22	12	19	13	18	10

2. FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Las figuras que se utilizan para exponer los resultados fueron elaborados a partir de las tablas que se muestran en el Anexo 1; el número de la figura, corresponde al de la tabla.

2.1. APOYO INFORMATIVO

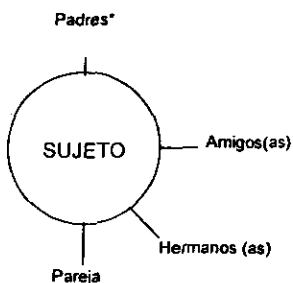
Este tipo de apoyo se evaluó a través de la pregunta: **a quién pides información o consejo para tomar una decisión importante en tu vida.**

Los que si han revelado su homosexualidad mencionan con mayor frecuencia a: la madre, a los amigos (principalmente varones), a los hermanos (as) y a la pareja.

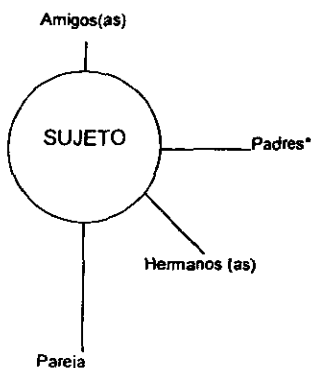
Los que no han revelado su homosexualidad reciben apoyo informativo por parte de los amigos (as), padres (principalmente de la madre), hermanos (as) y pareja.

Figura 5.

SI REVELARON



NO REVELARON



* Principalmente la madre

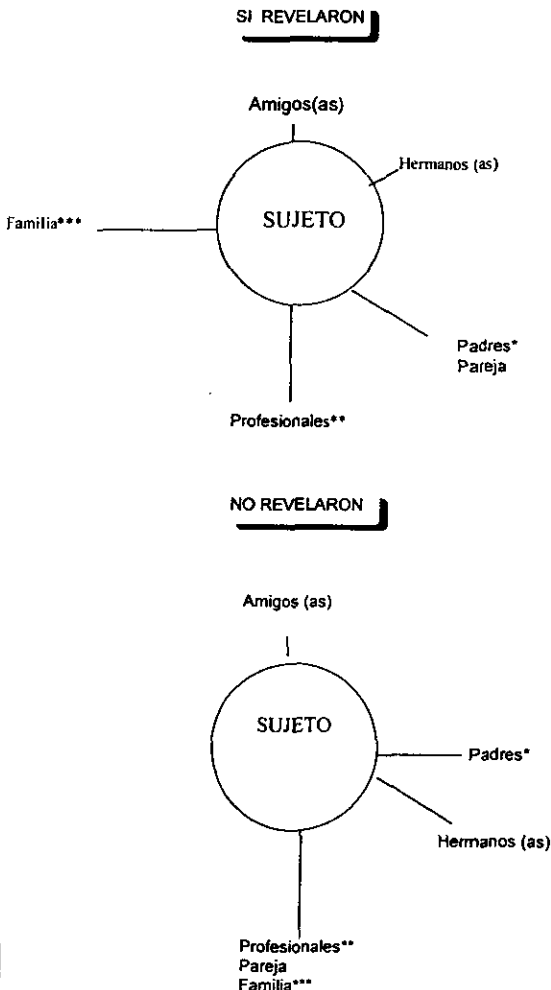
2.2. APOYO EMOCIONAL

El apoyo emocional está conformado por preguntas como: **con quién hablas de tus cosas personales y privadas, quién se interesa por tus ideas y las cosas que haces y con quién hablas acerca de tus preocupaciones acerca del VIH/SIDA.** (Figura 6)

Los que han revelado su homosexualidad mencionan con mayor frecuencia a: amigos (as), hermanos (principalmente mujeres), pareja-padres y profesionales de la salud.

Los que no han revelado su homosexualidad mencionan a: amigos (as), madre, hermanos (as) profesionales de la salud y pareja-familia

Figura 6



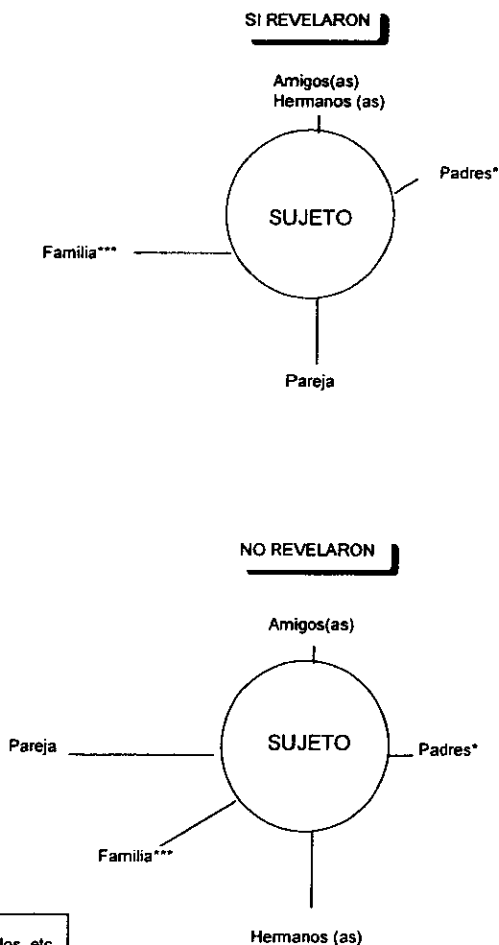
2.3. APOYO INSTRUMENTAL

El apoyo instrumental está conformado por las preguntas: ¿a quién pides ayuda para realizar cosas que necesitas hacer?, ¿Quién te cuida cuando te enfermas y a quién pides dinero cuando lo necesitas?.

Los que si han revelado su homosexualidad reciben apoyo instrumental por parte de: los amigos (principalmente varones), hermanas, madre, pareja y familia.

Los que no han revelado su homosexualidad mencionan a: amigos (as), padres (principalmente la madre), hermanos (as), familia y pareja.

Figura 7.



*Principalmente la madre
***Sobrinos, primos, tíos, abuelos, etc.

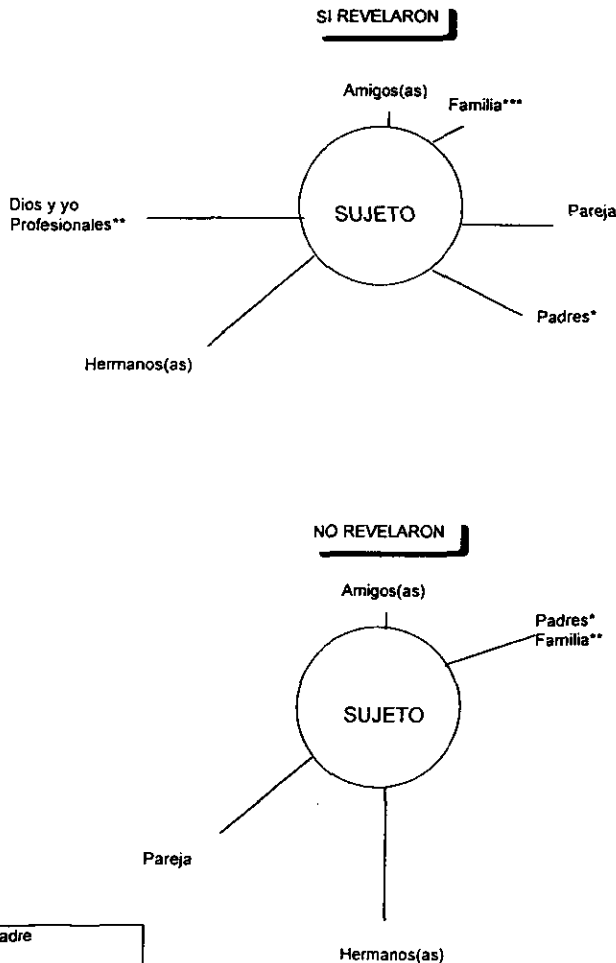
2.4. DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

Para evaluar este tipo de apoyo se preguntó: **a quién acudes para relajarte o estar tranquilo, a quien acudes para divertirte y con quién pasas Navidad y/o Año Nuevo.**

Los que si han revelado su homosexualidad se divierten/relajan con: los amigos (principalmente varones), la familia, la pareja y la madre.

Los que no han revelado su homosexualidad mencionan a: amigos (principalmente varones), familia-madre, hermanos (as) y pareja.

Figura 8



B. 2. REDES DE APOYO Y REVELACIÓN DE LA SEROPOSITIVIDAD

Para cumplir con la última parte del primer objetivo que se refiere a las Redes de Apoyo de los que han revelado y no su homosexualidad y/o seropositividad, se llevaron a cabo una serie de análisis de frecuencias.

Se les pidió en primer lugar que indicaran quienes de un listado de personas conocían de su seropositividad (independientemente de la forma en la que se hayan dado cuenta). Los resultados se presentan en la Tabla 4:

Conocen de su seropositividad, principalmente los amigos, tanto en Asintomáticos como en Sintomáticos. En el grupo de Asintomáticos lo saben también: la madre y las hermanas. En el grupo de Sintomáticos, lo saben las hermanas, hermanos-parientes y la madre.

Tabla 4
Revelación del estado serológico

GRUPOS	Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		TOTAL (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Madre	17	68	15	60	32	64
Padre	9	36	13	52	22	44
Hermana	16	64	21	84	37	74
Hermano	14	36	17	68	31	62
Parientes	6	24	17	68	23	46
Amigos	25	100	22	88	47	74
Conocidos	9	36	13	52	22	44
Compañeros	8	32	3	12	11	22

Para clasificar a los sujetos del estudio en los que han revelado y no el seroestatus al VIH/SIDA, se pidió que respondieran a la pregunta: **¿Cuál fue la reacción de tu familia al conocer tu seropositividad?**, respondieron a la pregunta 45 personas, 5 de los cuales no habían revelado; las reacciones de la familia de los 40 sujetos que revelaron son las siguientes:

Inicialmente negativas, en la mayoría de los casos, actualmente las reacciones son positivas y se reporta que la relación en algunos casos mejoró y en otros no cambió.

Entre las reacciones negativas se encuentran: culpa, indiferencia, llanto, rechazo, enojo, reclamo, etc.; y las reacciones positivas, básicamente fueron de aceptación, compañía y apoyo.

La siguiente sección se desarrolló a partir de las 40 personas seropositivas que revelaron la seropositividad y las 5 personas que no lo hicieron.

1. ESTRUCTURA DE LA RED

1.1 AMPLITUD

APOYO INFORMATIVO

En esta categoría se observa que quienes han revelado la seropositividad mencionan un mayor número de categorías (17) en comparación con los que no lo han revelado (7). Los que si han revelado acuden con la familia nuclear (padres, hermanos(as)) y con la extensiva (sobrinos, primos, tíos y abuelos). Los que no han revelado acuden a la madre y los hermanos (as). Ambos grupos acuden al médico como recurso social (Tabla 5).

APOYO EMOCIONAL

Se observa nuevamente que el número de categorías mencionadas es mayor en los que han revelado (19), a diferencia de los que no han revelado (9). Ambos grupos acuden a la familia nuclear, a los amigos (as), al psicólogo y al médico, adicionalmente; los que si han revelado acuden a la familia extensiva, al jefe y a los conocidos (Tabla 5).

APOYO INSTRUMENTAL

El número de categorías mencionadas también es mayor en el grupo que reveló (16), en comparación con quienes no lo hicieron (9). Tanto los que han revelado, como los que no, acuden a la familia nuclear. Los que si han revelado, acuden a la familia extensiva, al psicólogo y al médico, entre otros (Tabla 5).

DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

Quienes han revelado la seropositividad mencionan un mayor número de categorías (16) en comparación con quienes no lo han hecho (8). Ambos grupos coinciden al acudir con la familia nuclear. Los que si han revelado acuden con la familia extensiva, el psicólogo y el terapeuta Reiki, entre otros (Tabla 5).

Tabla 5.
Amplitud de la red de quienes han revelado y no su seropositividad
en los diferentes tipos de apoyo.

APOYO	INFORMATIVO		EMOCIONAL		INSTRUMENTAL		DIVERSIÓN/ RELAJACIÓN	
	SI (n=40)	NO (n=5)	SI (n=40)	NO (n=5)	SI (n=40)	NO (n=5)	SI (n=40)	NO (n=5)
RED SOCIAL								
Familia	X		X	X	X	X	X	X
Madre	X	X	X	X	X	X	X	X
Padre	X		X		X	X	X	X
Padres	X						X	X
Hermanos	X	X	X	X	X	X	X	X
Hermanas	X	X	X	X	X	X	X	X
Pareja	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigos	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigas	X	X	X	X	X	X	X	X
Amigo homosexual			X					
Amigo VIH+	X		X		X			
Sobrinos	X		X		X	X	X	
Tíos	X		X		X			
Primos	X		X		X		X	
Abuelos	X				X		X	
Psicólogo	X		X	X	X		X	
Terapeuta Reiki							X	
Dios							X	
Médico	X	X	X	X	X			
Compañeros	X							
Compañeras								
Jefe			X					
Maestro								
Conocidos			X		X			
Sacerdote								
Yo mismo							X	
total	17	7	17	9	16	9	16	8

2. FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Las siguientes figuras fueron elaboradas a partir de las tablas que se presentan en el Anexo 1 (el número de la figura corresponde al número de la tabla).

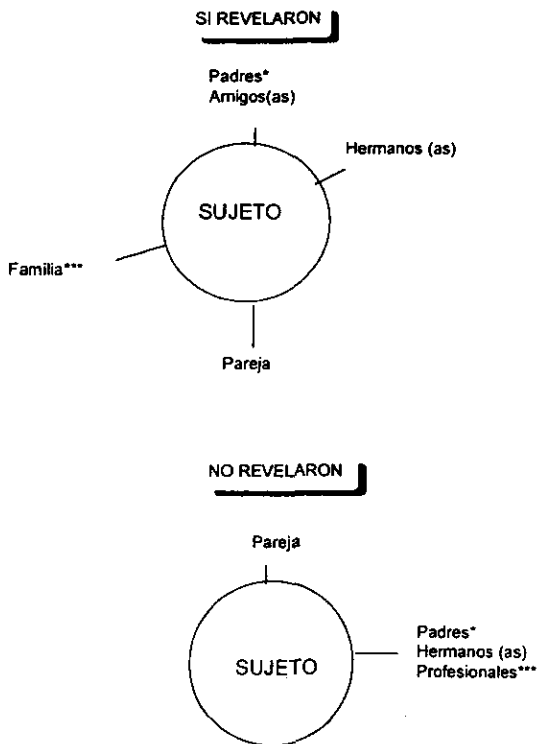
2.1. APOYO INFORMATIVO

Este tipo de apoyo se evaluó a través de la pregunta: **¿a quién pides información o consejo para tomar una decisión importante en tu vida?**

Los que si han revelado su seropositividad mencionan con mayor frecuencia a: los amigos-padres, (principalmente la madre), hermanos (principalmente mujeres), pareja y familia.

Los que no han revelado su seropositividad reciben apoyo informativo por parte de la pareja, madre, hermanos(as) y amigos-profesionales de la salud.

Figura 9.



* Principalmente la madre
*** Psicólogo, médico

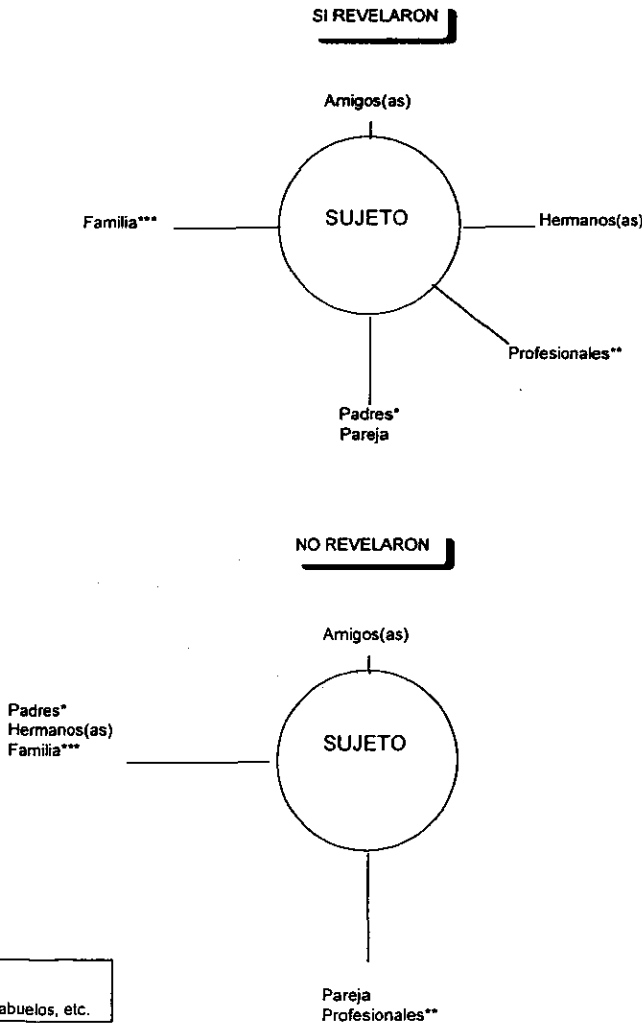
2.2. APOYO EMOCIONAL

El apoyo emocional está conformado por preguntas como: **con quién hablas de tus cosas personales y privadas, quién se interesa por tus ideas y las cosas que haces y con quién hablas acerca de tus preocupaciones acerca del VIH/SIDA.**

Los que si han revelado su seropositividad mencionan con mayor frecuencia: amigos(as), hermanos (as), profesionales de la salud y madre-pareja.

Los que no han revelado su seropositividad reciben apoyo emocional por parte de: amigos(as)-pareja-profesionales de la salud y padres-familia.

Figura 10.



2.3. APOYO INSTRUMENTAL

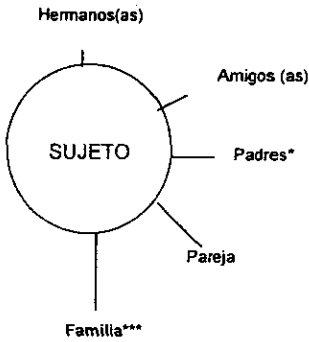
El apoyo instrumental está conformado por preguntas como: a quién pides ayuda para realizar cosas que necesitas hacer, quién te cuida cuando te enfermas y a quién pides dinero cuando lo necesitas.

Los que si han revelado su seropositividad mencionan con mayor frecuencia: hermanos (principalmente mujeres), amigos (as), madre y pareja.

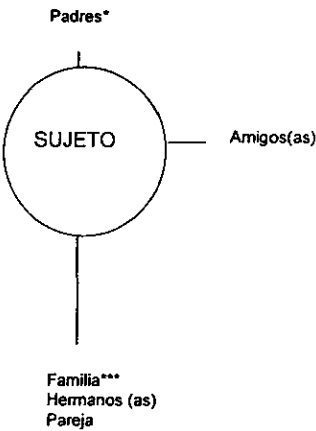
Los que no han revelado su seropositividad reciben apoyo instrumental por parte de: madre y amigos.

Figura 11.

SI REVELARON



NO REVELARON



* Principalmente la madre
*** Sobrinos, primos, tíos, abuelos, etc.

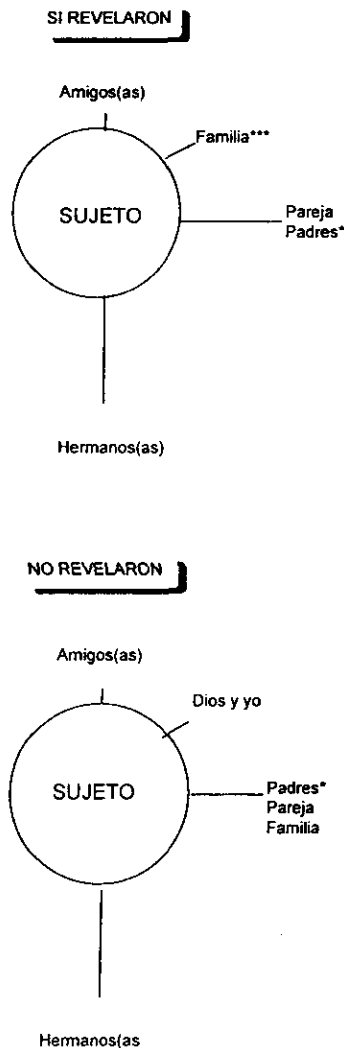
2.4. DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

Para evaluar este tipo de apoyo se preguntó: a quién acudes para relajarte o estar tranquilo, a quien acudes para divertirte y con quién pasas Navidad y/o Año Nuevo.

Los que si han revelado su seropositividad mencionan con mayor frecuencia: amigos(as), familia, pareja-padres (principalmente la madre).

Los que no han revelado su seropositividad se divierten/relajan con: amigos(as)-ellos mismos y madre-familia-pareja.

Figura 12.



C. SATISFACCIÓN CON LA RED SOCIAL

La siguiente sección está destinada a cubrir el segundo objetivo, que se refiere a describir el grado de satisfacción con la red de apoyo por: 1) grupos con diferente seroestatus al VIH/SIDA y 2) por revelación y no de homosexualidad

La evaluación de la satisfacción con la red, está integrada por 10 preguntas: 1 para apoyo de informativo; 3 para apoyo emocional, 3 para apoyo instrumental y 3 para apoyo diversión/relajación.

Dado que las respuestas se ubican en una escala ordinal, en las preguntas en donde se presentaron más de dos respuestas, se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

a) Se obtuvo un promedio (se sumaron todos los puntajes correspondientes al tipo de apoyo a evaluar, luego se dividió entre el total de respuestas),

b) Los promedios se recodificaron como a continuación se describe, con la finalidad de mantener la escala de respuesta original: <1.5= menos de lo que han querido; de 1.6-2.5= tanto como he querido y >2.6= más de lo que he querido.

C.1 SATISFACCIÓN CON LA RED SOCIAL POR SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Al aplicar X^2 para conocer la asociación entre la satisfacción con la red y el seroestatus, los resultados indican que no existe asociación significativa.

Se puede observar que en general para los cuatro tipos de apoyo (informativo, emocional, instrumental, diversión/relajación) las opciones de respuesta con mayor porcentaje son: *tanto como han querido*. Sin embargo, el grupo de Sintomáticos muestra proporcionalmente una tendencia a puntuaciones más bajas en algunos tipos de apoyo, como el informativo y el emocional.

Por otra parte, en el tipo de apoyo, Diversión/Relajación, se muestran los porcentajes más bajos en los tres grupos y ninguno evaluó el apoyo recibido como *más de lo que han querido* (Tabla 6).

C.2 SATISFACCIÓN CON LA RED Y REVELACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD

En lo que se refiere a conocer la satisfacción con la red social de las personas que han revelado y no su homosexualidad, encontramos al aplicar X^2 , que no existe asociación estadísticamente significativas entre satisfacción y revelación; sin embargo se encontró que: en general tanto quienes han revelado como quienes no, consideran que el apoyo general recibido ha sido *tanto como han querido* (Tabla 7).

Tabla 6
Satisfacción con las redes de apoyo en los diferentes grupos

APOYO	GRADO DE SATISFACCION	GRUPOS					
		SERONEGATIVOS		ASINTOMÁTICOS		SINTOMÁTICOS	
		n	%	n	%	n	%
INFORMATIVO	Menos de lo que he querido	6	12	4	16	5	20.8
	Tanto como he querido	35	70	18	72	19	79.2
	Más de lo que he querido	9	18	3	12		
EMOCIONAL	Menos de lo que he querido	7	14.9	6	26.1	2	8.3
	Tanto como he querido	38	80.9	16	69.6	22	91.7
	Más de lo que he querido	2	4.3	1	4.3		
INSTRUMENTAL	Menos de lo que he querido	1	2.3	1	7.1	2	13.3
	Tanto como he querido	39	88.6	11	78.6	11	73.3
	Más de lo que he querido	4	9.1	2	14.3	2	13.3
DIVERSIÓN/ RELAJACIÓN	Menos de lo que he querido	19	39.6	10	47.6	3	13.6
	Tanto como he querido	29	60.4	11	52.4	19	86.4
	Más de lo que he querido						

Tabla 7
Revelación de la homosexualidad y satisfacción con la red de apoyo.

APOYO	GRADO DE SATISFACCION	REVELACION DE HOMOSEXUALIDAD			
		SI (n=75)		NO (n=12)	
		n	%	n	%
INFORMATIVO	Menos de lo que he querido	8	10.7	2	16.7
	Tanto como he querido	59	78.7	8	66.7
	Más de lo que he querido	8	10.7	2	16.7
EMOCIONAL	Menos de lo que he querido	8	11.3	4	36.4
	Tanto como he querido	62	87.3	6	54.5
	Más de lo que he querido	1	1.4	1	9.1
INSTRUMENTAL	Menos de lo que he querido	4	7		
	Tanto como he querido	47	82.5	8	88.9
	Más de lo que he querido	6	10.5	1	11.1
DIVERSIÓN/ RELAJACIÓN	Menos de lo que he querido	25	36.8	4	33.3
	Tanto como he querido	43	63.2	8	66.7
	Más de lo que he querido				

D. HOMOFOBIA INTERNALIZADA

La presente sección tiene como finalidad concretar el tercer objetivo, que se refiere a la comparación de la Homofobia Internalizada entre los que han revelado y no su homosexualidad, para lo cual se trabajó con toda la población (100 sujetos).

Se presentará en primer lugar, el análisis psicométrico de la escala y posteriormente los resultados sobre homofobia internalizada y revelación.

D.1 ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

Para depurar la escala se llevaron a cabo los siguientes análisis:

a) se aplicó un análisis de frecuencias, mediante el cual se eliminaron aquellos reactivos que tuvieran más del 37% en una de las opciones de respuesta; fueron nueve reactivos los que discriminaron,

b) se obtuvieron correlaciones entre los reactivos, para decidir el tipo de análisis Factorial a aplicar, dado que las correlaciones que se presentaron son medianas y significativas, se decidió a aplicar un:

c) análisis factorial de componentes principales, rotación varimax (AF),

d) posteriormente se aplicó un alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad.

La escala quedó constituida por 9 reactivos. El AF arrojó 2 factores (Imagen: con 4 reactivos y Relaciones Interpersonales, con 3 reactivos) y un indicador (Orgullo, con 2 reactivos), con valores eigen mayores a 1 y reactivos con pesos factoriales mayores a .50; todos ellos explican el 62.7% de la varianza. Los detalles sobre los resultados, que se presentan en la tabla 8 indican lo siguiente:

Factor *Imagen*. Este factor obtuvo una M= 3.2 y un Alfa=.62. El promedio indica que los individuos tienen una imagen adecuada de sí mismos, esto es, les gusta ser homosexuales, no evitan parecer homosexuales, no buscan cambiar su orientación y no pretenden parecer más atractivos para las mujeres.

Tabla 8
Análisis factorial para la escala de homofobia internalizada

Factor 1 Imagen	M=3.2	α =.62	rango 1-4	Pesos factoriales	
Deseado no ser homosexual				.579	
Evitado parecer homosexual a los ojos de otros				.608	
Has buscado ayuda para cambiar tu orientación homosexual a la heterosexual				.657	
Has tratado de ser más atractivo sexualmente para las mujeres				.740	
Factor 2 Relaciones Interpersonales	M=3.2	α =.69	rango 1-4		
Pensado que lo mejor es evitar relaciones personales y/o sociales con otros hombres homosexuales				.768	
Evitado sentirte atraído por los hombres en general				.837	
Buscado otros hombres para divertirse y relajarte				.703	
Indicador Orgullo		$r=.55, p<.001$	rango 1-4	DS	M
Sentido orgulloso de ser homosexual				.86	3.42
Sentido satisfecho porque eres homosexual				.66	3.71

A mayor puntuación, mayor aceptación de la homosexualidad y menor homofobia internalizada.

Factor *Relaciones Interpersonales* (M=3.2 y Alfa=.69). El promedio indica que la población estudiada se perciben como alguien que puede manejar sus relaciones interpersonales, no evitan las relaciones con otros hombres, se permiten sentirse atraídos por los de su mismo sexo y buscan divertirse y relajarse también con éstos

Indicador *Orgullo*. Dado que la correlación entre los reactivos que componen este indicador obtuvieron una correlación moderada y significativa ($r=.55$ y $p<.001$), se decidió trabajarlos como

unidad; Así, el promedio obtenido por la población es de $M=3.5$. La media indica que la población se siente orgullosa y satisfecha de ser homosexual.

D.2 HOMOFOBIA INTERNALIZADA Y REVELACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD

Para conocer si existen diferencias entre quienes han revelado y no su homosexualidad y la homofobia internalizada (Factores: Imagen, Relaciones Interpersonales e Indicador: Satisfacción) se aplicó una t (Student) para grupos independientes.

Los resultados, que se muestran en la tabla 9 indican que: existen diferencias estadísticamente significativas entre los que han revelado y no en los dos factores: Imagen ($t=2.11$ y $p<.05$) y Relaciones Interpersonales ($t=2.85$ y $p=.006$) y en el Indicador: Satisfacción ($t=2.13$ y $p=.03$).

Los hallazgos apuntan a que aquellos que han revelado su homosexualidad, presentan menor homofobia internalizada, ya que obtuvieron los mayores promedios tanto en los factores: Imagen ($M=3.35$), Relaciones Interpersonales ($M=3.38$) como en el Indicador Satisfacción ($M=3.61$), a diferencia de los que no han revelado ($M= 2.7$, $M=2.76$ y $M=3.05$ respectivamente) (Tabla 9).

Tabla 9
Revelación de la homosexualidad y Homofobia internalizada

REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD	FACTOR DE HOMOFOBIA INTERNALIZADA					
	Imagen		Rel. Interpersonales		Satisfacción	
	M	DS	M	DS	M	DS
No (n=12)	2.70	.94	2.76	.83	3.13	.64
Sí (n=76)	3.35	.51	3.38	.67	3.61	.68
t(Student)	2.11	p=.05	2.85	.006	2.13	.03

E. PERCEPCIÓN DE ESTIGMA

El hecho de ser homosexual o portador del VIH/SIDA, ha sido motivo de discriminación y rechazo por parte de la sociedad, ya que estos grupos se han considerado como "fuera de lo normal", esta actitud trae como resultado que aquellos quienes se encuentran en cualquiera de estas condiciones, se sientan estigmatizados; y por lo tanto se vea afectada su red social.

Para cumplir con el objetivo de conocer la percepción del estigma por ser homosexual o por ser portador de VIH/SIDA, se les pidió a los individuos en el estudio, que respondieran a una serie de preguntas. Los resultados que se presentan en la tabla 10, son los que a continuación se describen.

E.1 PERCEPCIÓN DE ESTIGMA Y HOMOSEXUALIDAD

En primer lugar, se les preguntó: **¿te sientes rechazado por ser homosexual?**, la respuesta es sí, en un 54% de la muestra.

Al 54% que respondió que se sienten rechazados por su homosexualidad, se les preguntó: **¿quienes te han rechazado?**, a lo cual responden que son principalmente los compañeros (de escuela y/o trabajo), los familiares y las personas desconocidas. Se les pidió además que indicaran **¿en qué consiste este rechazo?**, a lo cual responden que consiste principalmente en distanciamiento, discriminación y comentarios/críticas. Por otra parte, también se les pidió que evaluaran el rechazo mediante la siguiente pregunta: **¿cómo consideras que ha sido este rechazo?**, las respuestas apuntan a una evaluación que va de poco a regular.

Tabla 10
Percepción de Estigma por Homosexualidad y/o Seropositividad

Preguntas	Opciones de respuesta	Homosexual n=100		Portador de VIH/SIDA (n=50)	
		n	%	n	%
1. ¿Te sientes rechazado por ser...?)	1) Si	54	54	10	20
	2) No	46	46	38	76
2. ¿Quiénes te han rechazado?	1) Compañeros(trabajo, escuela)	17	31.5		
	2) Familia				
	3) Desconocidos	10	18.5	1	10
	4) Amigos	9	16.7		
	5) Médicos y enfermeras			3	30
	6) Maestros			2	20
3. ¿En qué consiste el rechazo?	1) Distanciamiento	15	27.8	2	20
	2) Discriminación	12	22.2	4	40
	3) Críticas/comentarios	11	20.4	2	20
4. ¿Cómo consideras que ha sido este rechazo?	1) Poco	21	38.9	2	20
	2) Regular	21	38.9	4	40
	3) Mucho	12	22.2	4	40

E.2 PERCEPCIÓN DE ESTIGMA Y SEROPOSITIVIDAD AL VIH/SIDA

Se les pidió en primer lugar que respondieran a la pregunta: **¿te sientes rechazado por ser portador de VIH?**, la respuesta es sí, en un 10% de la muestra.

Al 10% que respondió que se sienten rechazados por su seropositividad, se les preguntó: **¿quiénes te han rechazado?**, las respuestas son: familiares y compañeros. Se les pidió además que indicaran **¿en qué consiste este rechazo?**, a lo cual indicaron que mediante la discriminación y el distanciamiento, se les pidió además, que evaluaran el grado de rechazo mediante la siguiente pregunta: **¿cómo consideras que ha sido este rechazo?**, la respuesta van de regular a mucho.

F. PERCEPCIÓN DE ESTIGMA Y REVELACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD

Para dar cuenta del último objetivo que se refiere a conocer si existe asociación entre estigma por ser homosexual y la revelación, se utilizó una X^2 , los resultados indican que no existe asociación significativa entre estas dos variables (tabla 11); sin embargo, estos resultados deben tomarse con precaución, ya que al menos una de las casillas presenta menos de cinco sujetos.

Tabla 11
Rechazo por ser homosexual y revelación de la homosexualidad

RECHAZO POR SER HOMOSEXUAL	REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD			
	NO (n=12)		SI (n=76)	
	n	%	n	%
SI (N=46)	4	33.3	42	55.3
NO (N=42)	8	66.7	34	44.7

DISCUSIÓN

Se ha documentado ampliamente que los hombres homosexuales que viven con el VIH/SIDA viven con un doble estigma: el de ser homosexuales y el de vivir con el VIH/SIDA. Dado esto, la relevancia que tiene el apoyo social en el bienestar de la persona, se magnifica, por lo tanto, es de suma importancia conocer quienes proporcionan apoyo a esta población, la cual requiere de apoyo para manejar este doble estigma y reducir los efectos que tienen en su salud. Dentro de los objetivos de la investigación, estuvieron: describir las redes de apoyo de los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA y de aquellos que han revelado y no su homosexualidad y/o su seropositividad; describir el grado de satisfacción con la red de apoyo entre los hombres homosexuales con diferentes seroestatus al VIH/SIDA, así como comparar la homofobia internalizada entre los que han revelado y no su homosexualidad.

Las comunidades homosexuales se han organizado para apoyar a la gente que vive con VIH/SIDA y sus redes sociales son cualitativamente diferentes a las de los hombres heterosexuales (Kurdek, 1988; en Kalichman, 1995). Razón por la cual fue necesario conocer las personas que brindan apoyo social (se entiende como la ayuda material y emocional, así como la información y consejos que se pueden dar o recibir) y que integran la red del hombre homosexual con diferentes seroestatus al VIH/SIDA.

La presente discusión se interesa en presentar dos vertientes de estudio sobre el apoyo, la primera que se refiere a la parte estructural de la red (amplitud de las redes) y la otra enfocada al funcionamiento, esta última que acentúa las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales de apoyo (Barrón, 1990; en Barrón, 1996). A partir de esto, se abarcaron 3 grandes áreas: el apoyo informativo, el apoyo emocional y el apoyo instrumental. Aunque la diversión/relajación se consideran parte del apoyo emocional, a partir de los resultados obtenidos, fue necesario incluir esta sección como otro tipo independiente de apoyo, ya que pudimos observar que las redes de apoyo para realizar estas actividades se comportaban de manera diferente a las redes en el apoyo emocional y resultó importante señalarlo.

Para tener una visión más amplia del fenómeno de redes de apoyo, se estudiaron distintas poblaciones: 1) hombres homosexuales seronegativos; 2) hombres homosexuales seropositivos asintomáticos y 3) hombres homosexuales sintomáticos (con manifestaciones del SIDA).

Cabe señalar que en lo que se refiere a enfermedades crónicas, en este caso, el VIH/SIDA, cada dimensión del apoyo social tiende a variar en los diferentes estadios de la enfermedad (Broadhead, 1983; en Kalichman, 1995).

Tal y como se encuentra en otros grupos que padecen enfermedades crónico degenerativas como el cáncer o la diabetes; las redes se van reduciendo o ampliando según la característica del padecimiento y el avance de la enfermedad. Esta variable se relaciona positivamente con la salud y el bienestar, teniendo las redes grandes efectos más benéficos que las redes pequeñas (Philips, 1981; Vieil y cols. 1988; cit., en Barrón, 1996).

La relación entre estresores y el apoyo es, en ocasiones, compleja. Ciertos eventos –por ejemplo, aquellos que involucran pérdidas interpersonales- pueden incrementar la importancia del apoyo. Los eventos o condiciones estigmatizados pueden reducir las intenciones de los otros para proveer apoyo. Por ejemplo, el cáncer, las enfermedades mentales y el SIDA pueden hacer sentir incómoda a la gente que interactúa con las personas que las padecen (Sontag, 1978; Weisman y Worden, 1976; Wortman y Dunkel-Schetter, 1979; cit., en Shinn y cols. 1984).

En el problema que nos ocupa, las redes sociales de los hombres homosexuales con diferentes seroestatus varían, esto es, la red social de los Seronegativos es más amplia que la de los Asintomáticos y los Sintomáticos; por otra parte, la red de los Sintomáticos es más amplia que la de los Asintomáticos; es muy probable que los hombres homosexuales una vez que conocen su seropositividad y aún no presentan los síntomas, se retraigan hacia una red más reducida y por el contrario, una vez que el SIDA aparece, se requiere de una red mayor para hacerle frente.

Las diferencias se evidencian cuando se adentra en los diferentes tipos de apoyo solicitado; tanto en el apoyo emocional como en el instrumental, el grupo de Asintomáticos presenta una red más reducida, en ambos casos, se acude a los más cercanos como lo son la familia nuclear (padres y hermanos) y a aquellos con los cuales se tienen vínculos afectivos más cercanos (pareja y amigos). En cambio, los grupos de Seronegativos y Sintomáticos presentan similitudes, tanto en la amplitud de la red en el apoyo emocional como en el instrumental, a excepción del apoyo diversión y finalmente, los tres grupos presentan amplias similitudes en cuanto al apoyo informativo.

En general, los hallazgos del presente trabajo, coinciden con lo encontrado por Pearlin y cols. (1990; en Kalichman, 1995), en lo referente a los integrantes de las redes sociales de las personas que viven con el VIH/SIDA; el autor menciona como principales apoyadores a pareja, amigos, familia y cuidadores profesionales.

En la siguiente sección se discutirá con mayor amplitud el funcionamiento de las redes de apoyo (Informativo, Emocional, Instrumental y Diversión-Relajación), la satisfacción y su relación con la revelación del seroestatus y la orientación sexual (homosexualidad).

REDES DE APOYO Y SEROESTATUS AL VIH

APOYO INFORMATIVO

En lo que se refiere a este tipo de apoyo, se encontró que quienes otorgan información y consejos son básicamente: de la familia nuclear: la madre y las hermanas y de los grupos no familiares: la pareja, y los amigos (as). La incertidumbre por el VIH puede causar una fuerte necesidad de información (Hays y cols., 1992) y la información exacta puede guiar a expectativas realistas acerca del curso de la enfermedad, lo cual puede facilitar el ajuste psicológico (Linn y cols. 1993; op. cit.). Hays y cols. (1992) también señalan que el estar informado contribuye a tener una sensación de control sobre la infección por VIH y afrontar los problemas.

La red social en este tipo de apoyo tiene pequeñas variaciones en cuanto al orden de mención. Entre los hallazgos más importantes, se encontró que, los seronegativos y los sintomáticos no acuden a la familia para solicitar este tipo de apoyo, a diferencia del grupo de los asintomáticos.

APOYO EMOCIONAL

En el caso del apoyo emocional, el apoyo requerido de la familia nuclear es de: la madre, hermanos (as) y la no nuclear (primos, sobrinos, etc.) ampliándose también hacia los profesionales como el psicólogo y el médico. Cabe aclarar que en el presente estudio, los primeros en mencionarse fueron los amigos, quienes en otros estudios son considerados como fuente primaria del apoyo emocional, ya que los amigos establecen y mantienen el balance emocional y son considerados una prioridad en el afrontamiento del VIH, promueven el bienestar psicológico (Rabkin y cols. 1990; Wolcott y cols. 1986 y Zich y Temoshok, 1990; en Kalichman, 1995) y fomentan la esperanza y el optimismo.

En el grupo de los Asintomáticos y Sintomáticos aparece la figura del psicólogo y del médico y también últimos mencionan a la persona seropositiva, lo que concuerda con lo que Hays y cols. (1992) encontraron en cuanto a que las redes sociales de los hombres homosexuales contienen al menos una persona que viven con el VIH/SIDA. Esta situación promueve en ellos un sentimiento de autoestima y de contribuir activamente al mundo. El apoyo recíproco que la persona seropositiva puede otorgar a su red social se encuentra vinculado con el bienestar emocional, así como a menor depresión y confusión (Hays y cols. 1990).

De acuerdo a Barrón (1990; en Barrón, 1996), puede resultar difícil separar la función del apoyo informativo de la del apoyo emocional, ya que dar un consejo puede ser percibido por el receptor como una muestra de cariño y de que se preocupan por él. De hecho ambos tipos de apoyo suelen darse conjuntamente. Esto también se observó en este estudio ya que las personas que brindan apoyo emocional son las mismas que las que brindan apoyo informativo. Lo cual también se

observa en lo que se refiere a la satisfacción con el apoyo informativo y emocional, en donde los tres grupos de estudio reportaron sentirse satisfechos.

Los resultados probablemente se asocian a que, por un lado, la mayor parte de la población estudiada pertenecía a grupos o instituciones que brindan apoyo a personas que viven con el VIH/SIDA, en donde se les brindan las herramientas necesarias para afrontar su estado serológico (información acerca de tratamientos, alternativas terapéuticas, entre otras).

Se recomienda para una nueva aplicación del instrumento utilizado, aumentar el número de preguntas que capten diferentes situaciones en donde se involucren tipos de información requeridas y situaciones emocionales a las que se pueden enfrentar los diferentes grupos según su seroestatus; también se recomienda el aumento en las opciones de respuesta de la escala, a fin de lograr un instrumento más sensible que sea capaz de captar tales diferencias entre los grupos.

APOYO INSTRUMENTAL

De acuerdo a Namir y cols. (1989; en Kalichman, 1995) la disponibilidad de este tipo de ayuda puede aliviar el estrés causado por limitaciones físicas, por lo que en algunas circunstancias el apoyo instrumental puede tener beneficios psicológicos más grandes que el apoyo emocional e informativo. Las personas suelen ser reacias a pedir este tipo de ayuda a no ser que estén implicadas en una red de intercambios mutuos (Barrón, 1990; en Barrón, 1996).

Para todos los grupos, se destacan como principales personas a quienes se acudiría en caso de requerir apoyo instrumental a: la madre, amigos, hermanos (as) familia y médico. En este sentido, sobresale la presencia de la madre y las hermanas como cuidadoras en caso de enfermedad.

En general, se encontró que la población estudiada estaba satisfecha con el apoyo instrumental recibido, a diferencia de lo que se había venido planteando en otras investigaciones, (Green, 1993 y Zich y Temoshok, 1987; en Kalichman, 1995, señalan que la enfermedad trae consigo insatisfacción con el apoyo, incluso cuando está disponible). Sin embargo, se puede argumentar con respecto a este tipo de apoyo que el número de personas que integran la red social de la persona Sintomática, es mayor que las redes de los asintomáticos y seronegativos. Esto se debe al avance de la infección por VIH, ya que el grupo de los Sintomáticos puede solicitar con mayor frecuencia el apoyo instrumental, debido a la presencia de alguna infección y por ende, se presentan algunas limitaciones físicas y aumentan las necesidades de apoyo. Al respecto, Hays y cols. (1990) encontraron que la gente con SIDA busca apoyo de fuentes múltiples, particularmente cuando se les compara con personas Asintomáticas y Seronegativas.

DIVERSIÓN/RELAJACIÓN

La importancia de este apartado deriva de la necesidad de esta población de buscar alternativas que les permitan enfrentar el doble estigma, ya sea por ser homosexuales o por vivir con el VIH/SIDA. Y los resultados señalan que son nuevamente los amigos y/o semejantes (homosexuales o personas seropositivas) quienes son considerados como fuente primaria en lo que se refiere al apoyo diversión/relajación; a este respecto, Namir y cols. y Stowe y cols. (1989 y 1993 respectivamente, cit. en Kalichman, 1995) encontraron que, los amigos son la fuente principal de apoyo social entre hombres homo y bisexuales, ya que ofrecen empatía, accesibilidad, valores y cultura compartida y son asociados con el ajuste psicológico entre las personas seropositivas (Hays y cols. 1990).

En los tres grupos (Seronegativos, Asintomáticos y Sintomáticos) se encuentran coincidencias, los amigos, la familia y la pareja son mencionados con mayor frecuencia como personas a las que se puede acudir para tener momentos tanto de diversión como de relajación. Tanto los Sintomáticos como los Asintomáticos, mencionan con mayor frecuencia también a psicólogos, al terapeuta Reiki (que es una terapia alternativa a través del manejo de energía) y a ellos mismos.

En lo que respecta a la satisfacción con este tipo de apoyo, aunque los tres grupos se encuentran satisfechos, desearían tener más oportunidades para divertirse o relajarse.

A través de los resultados obtenidos se observa una mínima presencia de las personas seropositivas como una fuente de apoyo social, comparadas con las fuentes primarias de apoyo. Cabe señalar la importancia de este hecho, ya que dentro de los estudios de las redes de apoyo, es de suma importancia no solo el recibir apoyo, sino el dar apoyo, ya que como mencionan Maton y cols. (1988; en Hays y cols. 1990) el proveer apoyo a otros es más amortiguador del estrés, que recibir apoyo.

REVELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA Y ESTATUS AL VIH/SIDA

Archer y Cook (1984; en Shumaker, 1984) señalan que la revelación es un acto implícito de confianza y puede representar el deseo de desarrollar o fortalecer una relación.

La naturaleza y dificultad del proceso de revelación difiere entre individuos y épocas, recientemente la epidemia del VIH/SIDA, ha aumentado el estigma hacia las personas homosexuales y esto ha incrementado los temores asociados a la revelación (Bohan, 1996).

La mayoría de las investigaciones acerca de la autodefinición de la identidad homosexual sugieren que es más probable que este proceso ocurra durante la adolescencia en los hombres y

más tarde para las mujeres (Dank, 1971; Weinberg, 1978; Cass, 1979; Stanley y Wolfe, 1980, Troiden y Goode, 1980; cit., en Masters, Johnson y Kolodny, 1992).

Blumstein y Schwartz (1977; en Hass, 1993) mencionan que es mucho más difícil para los hombres aceptar la identidad homosexual que para las mujeres. Tal vez esto se deba a que en nuestra cultura la masculinidad está sobrevalorada; la homosexualidad es vista como algo que feminiza y por ello muchos creen que serán devaluados y perderán su autoestima si aceptan su identidad homosexual. Una vez que ha sido aceptada la identidad homosexual, queda el problema de revelarlo a otros.

La población estudiada informó que a los 11 años 5 meses (edad promedio) se dieron cuenta de su atracción erótico-afectiva hacia personas del mismo sexo, estos datos difieren a los encontrados por Troiden y Goode (1980; en Masters, Johnson y Kolodny, 1992) en su estudio, donde encontraron que el promedio de edad en que habían considerado por primera vez que eran homosexuales fue a los 17 años.

La revelación es un proceso prolongado que comienza cuando el homosexual comunica a sus mejores amigos su orientación sexual, después a sus amigos cercanos y finalmente a los miembros de la familia, compañeros de trabajo y conocidos. (Hass, 1993).

Al respecto, Bohan (1996) encontró que existe un patrón típico de revelación, que frecuentemente se revela la homosexualidad, en primer lugar a la pareja, después a amigos homosexuales, a personas heterosexuales significativas como amigos cercanos, hermanas y madre, en pocas ocasiones se revela a compañeros de trabajo. Esto coincide con lo encontrado en este estudio en cuanto a las personas a quienes se les revela la homosexualidad, sin embargo difiere en relación a que, el grupo al que primero se le revela es a los amigos, luego a la madre y a las hermanas; cabe señalar que en el presente estudio no se pidió que se especificara la orientación sexual de los amigos, aunque en algunas ocasiones si se mencionó la orientación sexual de éstos.

El mencionar o no la orientación de los amigos es un acontecimiento de suma importancia, ya que tiene algún significado vinculado con la búsqueda del apoyo social; las posibles respuestas al por qué mencionar la orientación sexual o preferencia sexual de los amigos son: en primer lugar, para los que señalaron que sus amigos eran homosexuales, les es muy importante separar los grupos por orientación sexual, dado que con un grupo, es posible que realicen y compartan ciertas actividades e inquietudes que no comparten con el otro y en segundo lugar, los que no señalaron la orientación de sus amigos (la mayoría) pueden no darle importancia a tal diferencia ya que al haber revelado su homosexualidad al grupo de amigos, todos son considerados como uno solo, independientemente de su orientación sexual. Se sugieren estudios en donde se arroje mayor información sobre los lazos de

amistad entre personas heterosexuales, homosexuales y bisexuales, y su relación con las redes de apoyo.

Contrario a lo que se planteó en la hipótesis "la composición de las redes de apoyo variarán de acuerdo a la revelación de la homosexualidad", se encontró que las personas que integran las redes sociales, tanto de quienes han revelado como los que no, son las mismas (amigos, madre, hermanos, pareja); sin embargo, quienes no han revelado, acuden generalmente, después de los amigos, a la madre. Sin embargo las diferencias se evidencian en lo que se refiere a la amplitud de las redes sociales de quienes han revelado y no la homosexualidad; la red social de quienes han revelado la homosexualidad es más amplia que la de los que no lo han revelado, encontrándose la diferencia más amplia en el número de categorías mencionadas en el apoyo emocional.

En lo que respecta al apoyo informativo, emocional y diversión-relajación, ambos grupos acuden a la familia nuclear (padres, hermanos) y quienes han revelado su homosexualidad también acuden a la familia extensiva (primos, tíos, sobrinos); en el apoyo instrumental quienes no han revelado su homosexualidad acuden con la familia extensiva. Cabe destacar la presencia del psicólogo y el médico como recursos sociales en los diferentes tipos de apoyo estudiados.

En lo que respecta a la revelación de la homosexualidad y su relación con otros factores, se encontró que: las personas que han revelado su homosexualidad se sienten tan satisfechos con el apoyo recibido por parte de su red social, como quienes no lo han hecho.

La internalización de conductas negativas hacia los homosexuales es un factor presente en los homosexuales e interviene en lo que respecta a la revelación de la homosexualidad, ya que los resultados establecen una relación entre quienes no han revelado su homosexualidad y sienten homofobia internalizada, en el sentido de que quienes han revelado su homosexualidad, muestran una mayor aceptación de la homosexualidad y menor homofobia internalizada. Se encontró que la mayor parte de la población que ha revelado su homosexualidad se siente satisfecha y orgullosa de ser homosexual, así como de entablar relaciones interpersonales con otros hombres, es muy probable que dado que no existe homofobia internalizada en ellos se sientan con mayor libertad de revelar su homosexualidad. Debe considerarse por otra parte, que la población estudiada, en su mayoría integra grupos de reflexión de homosexuales o pertenece a grupos establecidos de semejantes. Finalmente, no se encontró ninguna asociación entre las personas que han revelado su homosexualidad y el rechazo por ser homosexuales.

Bohan (1996) considera que la homofobia internalizada es el resultado inevitable de vivir en una sociedad heterosexista, lo cual según Malyon (1982; en Herek, 1998) permanece como un factor importante en su ajuste psicológico a través de la vida y Meyer (1995) y Shidlo (1994; op. cit.)

consideran que representa un obstáculo para su bienestar, ya que se vincula con depresión, alcoholismo (Finnegan y Cook, 1984; op. cit.), abuso de sustancias (Glauss, 1988; op. cit) desórdenes alimenticios y suicidio (Rofes, 1983; op. cit.)

La reacción de la familia ante la revelación no se puede predecir, pero por lo regular la primera reacción es negativa (Borhek, 1988; Savin-Williams, 1989; Bohan, 1993). Cramer y Roach (1988; op. cit.) señalan que la mayoría de las relaciones entre hijos homosexuales y sus padres se vuelven tensas inmediatamente después de la revelación pero esta confusión inicial tiende a cambiar y mejora la relación, en algunos casos la relación es mejor antes de que se hablara de la orientación sexual.

Se encontró que la reacción familiar al saber de la homosexualidad de nuestros sujetos en estudio, en general fue negativa, como por ejemplo:

"Rechazo absoluto, corté mi relación con ellos"

"Trataron de mandarme con el psicólogo, mi madre se preguntó en que había fallado y mi padre se sacó mucho de onda".

"Me tuve que salir de la casa, pues todo mundo (ellos) me faltaban el respeto, me maltrataban y me corrían de la casa constantemente".

"La comunicación se limitó a cuestiones que no se referían al aspecto sexual y a algunos valores frente a la vida"

Sin embargo, conforme pasa el tiempo, a partir de la revelación, las reacciones señaladas por los individuos entrevistados, fueron positivas por ejemplo:

"Dijeron que me querían por lo que yo les podía dar: comprensión, amistad, cariño, etc., y no por mi preferencia, la relación no cambió"

"Mi madre dijo que los dedos de sus manos son diferentes y sin embargo, son de la misma mano. Todos tienen una función y son especiales, por ello los quieres, así son los hijos".

"Cambió la relación con mi familia, se convirtió en algo más honesto para ellos, una relación más sincera"

"Al principio asombro, la relación mejoró, esto es, porque es gente que me quiere, además de que la confianza y el trato que les he dado ha sido sincero y honesto".

En cuanto a la relación familiar, la mayoría considera que la revelación no implicó algún cambio, ni positivo ni negativo; la minoría que consideró que hubo cambio, consideró que la relación mejoró en algún sentido.

Dados los anteriores resultados, se recomienda para posteriores estudios incluir el tiempo de haber revelado la homosexualidad y la evaluación del cambio en la relación familiar.

REVELACIÓN DE LA SEROPOSITIVIDAD

Tal vez la situación más sobresaliente del VIH/SIDA es que, revelar el diagnóstico, generalmente implica revelar un estilo de vida que se ocultaba. Esta revelación puede crear una crisis familiar en donde se tiene que afrontar el hecho de que el hijo tiene una enfermedad crónica y que su estilo de vida ha sido escondido para ellos (Stulberg y Buckingham, 1988). Sin embargo, el revelar la seropositividad es una espada de doble filo, ya que puede abrir la oportunidad para recibir apoyo social, pero añade estrés y por otro lado ocultar la seropositividad puede ser muy tensionante e interferir con la adherencia al tratamiento médico (Hays y cols. 1993).

La revelación de la seropositividad al VIH/SIDA, no es asunto fácil, revelar...¿a quién? La revelación de seropositividad se hace, al menos para la población estudiada en personas cercanas afectivamente; se podría pensar en primer lugar en la familia, sin embargo, los miembros de las redes de apoyo a los que con mayor frecuencia se les revela son, en primer lugar a los amigos (en segundo lugar a las hermanas y en tercer lugar a la madre). Para explicar el anterior suceso sería necesario estudiar diversas causas: la primera, pensar que los amigos no tienen ligas afectivas tan complejas como la familia y por lo tanto reaccionarán con menos emotividad y proporcionarán mayor apoyo emocional y pensar que si la reacción de los amigos al revelar no es la esperada, terminar o retraerse de la relación representa un costo emocional menor que el verse rechazado por la familia.

Estos resultados son similares a los que Hays y cols. (1993) encontraron, donde el 98% reveló su seropositividad a la pareja, el 95% a su mejor amigo homosexual, el 77% al amigo heterosexual y el 60% a algún miembro de la familia, principalmente a la hermana y el 40% a los padres.

La reacción familiar al conocer la seropositividad fue similar a la reacción ante la homosexualidad y hubo reacciones negativas como:

"Les dio igual, decían que ya lo sabían, pero no saben que es el VIH/SIDA. Mi madre dice que la virgencita nos va a hacer el milagro ¡creo que su ignorancia es muy grande!"

"Fue una reacción de tristeza y reclamo por no haberlo dicho antes".

"Fue un impacto muy fuerte para ellos, se sintieron muy lastimados".

Es importante señalar que aparentemente el paso del tiempo o algún otro suceso han modificado las relaciones, ya que en la actualidad, la mayoría manifiesta aceptación y apoyo. La población estudiada considera que la relación con la familia no cambió y/o mejoró, testimonios como los siguientes lo indican:

"Buscar información de VIH, asistieron a terapia familiar y me acompañan a las consultas".

"Me ofrecieron apoyo y no han dejado de estar conmigo".

"Al principio hubo angustia, dolor, posteriormente la relación cambió para bien, hubo más atención hacia mi persona y una convivencia más estrecha".

"Apoyo incondicional, abiertamente de apoyo".

La similitud en lo que se refiere a la reacción familiar ante estas situaciones (revelación de la homosexualidad y de la seropositividad) se debe a que tanto la orientación homosexual como el VIH/SIDA son eventos fuertemente estigmatizados ya que se les relaciona a conductas que socialmente se ven como inmorales, vergonzosas o fuera de lo que la mayoría considera como "normal".

En lo que respecta a la hipótesis "la composición de las redes de apoyo variarán de acuerdo de acuerdo a la revelación de la seropositividad", se encontró que quienes han revelado, como los que no, muestran similitudes en cuanto a la composición de su red social (amigos, madre, hermanos, pareja) y su única diferencia radica en el orden de mención de la personas que otorgan los diferentes tipos de apoyo. En lo que se refiere a la estructura de la red, se observó que la red social de quienes sí han revelado la seropositividad es más amplia que quienes no lo han revelado. Ambos grupos acuden a la familia nuclear (padres, hermanos) y quienes sí han revelado la seropositividad, acuden con la familia extensiva (sobrinos, primos, tíos, abuelos),

Herek y Capitano (1997) consideran que las personas seropositivas tienen cierto grado de control acerca de la revelación de su seropositividad, por lo que es más probable que revelen su estado serológico a individuos de quienes se pueda esperar aceptación, apoyo y entendimiento. Hays y cols. (1993), también encontraron que los hombres homosexuales seropositivos revelan su seroestatus a sus amigos homosexuales y parejas y no a sus familiares y colegas hasta que son sintomáticos. Crandall y Coleman (1992; en Kalichman, 1995) señalan que la revelación selectiva de la seropositividad a confidentes cercanos y confiables se relaciona con el ajuste.

En el presente trabajo se encontró una relación importante entre la divulgación de la homosexualidad y/o seropositividad con la satisfacción con la red de apoyo. A este respecto, es importante señalar, como ya se había notado con anterioridad, que la población estudiada, es una población con cierto sesgo, ya que los individuos que participaron fueron voluntarios, que además asistían a grupos de apoyo y reflexión, lo cual proporciona un margen de organización emocional, que les permite un mejor manejo tanto de su homosexualidad como de su seropositividad.

El sexo de la persona a quien se revela es una variable cultural importante, ya que al sexo femenino se le considera con características de personalidad de tolerancia, comprensión, cariño, afectividad, etc. y los individuos del estudio, han revelado principalmente su seropositividad principalmente a: las madres y a las hermanas, así como los amigos. Esto puede deberse a que a la figura femenina se le ha visto como una persona más empática y que otorga apoyo en situaciones de crisis, lo cual concuerda con lo que, señalan al respecto Kessler, McLeod y Wethington, en prensa (en Shumaker, 1984).

Por otra parte, aunque la revelación de la homosexualidad y la seropositividad se ve afectada por el temor al rechazo, discriminación y preocupación por parte de los seres queridos, amigos, colegas, etc., lo cual limita el apoyo social potencial, creando una fuente de vulnerabilidad psicológica muy importante, en el presente estudio no ha tenido impacto, ya que más de la mitad de la población estudiada a pesar de haberse sentido rechazada por ser homosexual y un pequeño porcentaje por ser seropositivos y la mayoría ha revelado su homosexualidad y/o seropositividad.

El apoyo social en ocasiones se ve obstaculizado, debido a prejuicio y estigma, ideas preconcebidas culturalmente y que no permiten el fortalecimiento de las redes de apoyo, por lo tanto y dada la importancia del presente estudio, surge la necesidad de fortalecer las redes de apoyo, como una estrategia de prevención y/o intervención, que a largo plazo podrá, por sí misma, anteponer su importancia a cuestiones morales o a ideas que no permiten a la población brindar un apoyo pleno.

En México, la familia tiene un papel muy importante como fuente de apoyo, y son especialmente las mujeres, las que son vistas como fuente de comprensión, ayuda, amor y protección (Díaz-Guerrero y Szalay, 1993). Tomando en cuenta esto y los resultados encontrados, la madre y las hermanas resultan ser el eje principal para el desarrollo de estrategias de intervención efectivas, ya que crean una atmósfera de confianza para las personas homosexuales y/o personas seropositivas y permiten una libre comunicación con ellos para posteriormente, en el caso de las personas seropositivas acudir al médico, adherirse al tratamiento y reducir el estrés, que por su orientación pueden tener. Esto les permitirá afrontar de una manera más adaptativa el ser homosexuales y/o seropositivos. Vale la pena mencionar como dato importante la ausencia de las figuras masculinas de la familia (padre y hermanos); ya que esto puede estar relacionado con el hecho de que el eje homofóbico es principalmente masculino debido a la conceptualización que culturalmente se tiene de las características que debe tener un "hombre".

Los hallazgos encontrados en esta investigación permiten reafirmar la relevancia del apoyo social en cualquier situación, así como en eventos estresantes y enfermedades crónico-degenerativas, (Cobb, 1976; Chesler y Barbarin, 1984 y Hays y cols., 1990) y estos resultados, pueden ser utilizados por diversas poblaciones como: homosexuales, personas que viven con

VIH/SIDA, profesionales de la salud y cuidadores informales en general (familia, conocidos, amigos, etc.).

En lo que se refiere a la satisfacción del apoyo recibido, se observó que fue una población satisfecha con el apoyo recibido por parte de su red social. Los resultados obtenidos señalan que se trató de una población sesgada, debido a que, por un parte, las personas que no cumplían los criterios de inclusión (homosexuales y sin hijos) eran descartados y por la otra, la mayoría pertenecía a grupos de autoapoyo, de reflexión o terapéuticos (lo cual indica que al pertenecer a un grupo, ya habían revelado por lo menos a una persona la homosexualidad y/o seropositividad), en donde se les brindan los elementos necesarios para afrontar el doble estigma que poseen, por lo cual se sugiere fomentar el desarrollo de este tipo de grupos, ya que como pudo verse en este estudio, los resultados son favorables. Es importante, sin embargo, que para estudios posteriores se trate de muestras probabilísticas en donde toda la población tenga las mismas posibilidades de ser elegida, con el fin de lograr mayor objetividad en cuanto a los resultados que este tipo de estudio requiere.

Aunque en el presente estudio se abordó el tema de la revelación de la homosexualidad y/o seropositividad, se intentó solamente brindar un panorama más amplio de esta situación, se sabe que la revelación es una cuestión personal y que depende de diversos factores, tanto internos como externos y nuestra finalidad no es ubicarnos a favor o en contra de la revelación. Sin embargo, se propone el seguimiento de este tema, para posteriores investigaciones.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente trabajo se concluye que:

Las personas que integran la red social del hombre homosexual son: madre, padre, hermanos (as), pareja, amigos (as), amigos homosexuales, amigos seropositivos, tíos, primos, abuelos, psicólogos, médicos, compañeros, jefes, maestros y sacerdotes.

Se consideran como principales apoyadores a: la madre, la pareja, las hermanas y hermanos y los amigos (sin embargo, el orden de mención varía, de acuerdo al tipo de apoyo requerido).

La muestra reportó como mejores cuidadoras actuales o futuras a la madre y las hermanas.

En general, la población reportó sentirse satisfecha con el apoyo recibido por parte de su red social.

La edad promedio en que la población se dió cuenta de su orientación sexual fue a los 11 años 5 meses.

Las primeras personas a quienes se reveló la homosexualidad fueron: a los amigos, a la madre y a las hermanas (en ese orden).

La primera reacción de la red social, al revelar la orientación homoerótica, fue en general, negativa.

La revelación del estado serológico se hizo, en primer lugar a los amigos, después a las hermanas y finalmente a la madre.

La mayor parte de la población ha revelado tanto su homosexualidad, como su estado serológico.

En general la población se siente satisfecha por ser homosexual, por lo tanto no existe homofobia internalizada en ellos.

No hubo diferencias en el apoyo social de quienes revelaron y quienes no, su homosexualidad y/o su seropositividad.

La revelación de la seropositividad a los familiares aumentó conforme avanzó la infección por VIH/SIDA; es decir, en el grupo de hombres seropositivos sintomáticos.

En general, son las mujeres de la familia (madre y hermanas) a quienes se

revela con más frecuencia tanto la homosexualidad, como la seropositividad.

APORTACIONES

A través de este estudio se conoce la estructura de la red social de un grupo de hombres homosexuales mexicanos.

Este trabajo señala al psicólogo, los grupos de reflexión, los grupos terapéuticos y de autoapoyo, como una fuente importante de apoyo.

Al conocer los principales integrantes de la red social de hombres homosexuales, se pueden promover programas de intervención, para favorecer el bienestar psicológico de estas personas.

Con los resultados obtenidos, surge la necesidad de impulsar y promover grupos terapéuticos que trabajen con esta problemática.

El presente estudio puede ser tomado como modelo, ya que da la pauta para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Dada la importancia de cada uno de los temas abordados aquí, se facilita el desarrollo de éstos de manera independiente.

SUGERENCIAS

Se sugiere para investigaciones posteriores:

Investigar con quién viven en el momento de realizar el estudio.

Investigar el tiempo que tienen de saber acerca de su estado serológico.

Tener una muestra más amplia y evitar las muestras sesgadas.

Facilitar la aplicación del instrumento.

Fomentar el desarrollo de grupos de apoyo, integrados por familiares y amigos.

Sensibilizar a la población en general, acerca de estos temas.

Dada la importancia del psicólogo en la red social del hombre homosexual, surge la necesidad de capacitarlo en temas como el VIH/SIDA, psicoterapia con personas seropositivas e intervención en crisis.

Investigar el tiempo que tienen de pertenecer a algún grupo de reflexión, autoapoyo o terapéutico.

revela con más frecuencia tanto la homosexualidad, como la seropositividad.

APORTACIONES

A través de este estudio se conoce la estructura de la red social de un grupo de hombres homosexuales mexicanos.

Este trabajo señala al psicólogo, los grupos de reflexión, los grupos terapéuticos y de autoapoyo, como una fuente importante de apoyo.

Al conocer los principales integrantes de la red social de hombres homosexuales, se pueden promover programas de intervención, para favorecer el bienestar psicológico de estas personas.

Con los resultados obtenidos, surge la necesidad de impulsar y promover grupos terapéuticos que trabajen con esta problemática.

El presente estudio puede ser tomado como modelo, ya que da la pauta para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Dada la importancia de cada uno de los temas abordados aquí, se facilita el desarrollo de éstos de manera independiente.

SUGERENCIAS

Se sugiere para investigaciones posteriores:

Investigar con quién viven en el momento de realizar el estudio.

Investigar el tiempo que tienen de saber acerca de su estado serológico.

Tener una muestra más amplia y evitar las muestras sesgadas.

Facilitar la aplicación del instrumento.

Fomentar el desarrollo de grupos de apoyo, integrados por familiares y amigos.

Sensibilizar a la población en general, acerca de estos temas.

Dada la importancia del psicólogo en la red social del hombre homosexual, surge la necesidad de capacitarlo en temas como el VIH/SIDA, psicoterapia con personas seropositivas e intervención en crisis.

Investigar el tiempo que tienen de pertenecer a algún grupo de reflexión, autoapoyo o terapéutico.

revela con más frecuencia tanto la homosexualidad, como la seropositividad.

APORTACIONES

A través de este estudio se conoce la estructura de la red social de un grupo de hombres homosexuales mexicanos.

Este trabajo señala al psicólogo, los grupos de reflexión, los grupos terapéuticos y de autoapoyo, como una fuente importante de apoyo.

Al conocer los principales integrantes de la red social de hombres homosexuales, se pueden promover programas de intervención, para favorecer el bienestar psicológico de estas personas.

Con los resultados obtenidos, surge la necesidad de impulsar y promover grupos terapéuticos que trabajen con esta problemática.

El presente estudio puede ser tomado como modelo, ya que da la pauta para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Dada la importancia de cada uno de los temas abordados aquí, se facilita el desarrollo de éstos de manera independiente.

SUGERENCIAS

Se sugiere para investigaciones posteriores:

Investigar con quién viven en el momento de realizar el estudio.

Investigar el tiempo que tienen de saber acerca de su estado serológico.

Tener una muestra más amplia y evitar las muestras sesgadas.

Facilitar la aplicación del instrumento.

Fomentar el desarrollo de grupos de apoyo, integrados por familiares y amigos.

Sensibilizar a la población en general, acerca de estos temas.

Dada la importancia del psicólogo en la red social del hombre homosexual, surge la necesidad de capacitarlo en temas como el VIH/SIDA, psicoterapia con personas seropositivas e intervención en crisis.

Investigar el tiempo que tienen de pertenecer a algún grupo de reflexión, autoapoyo o terapéutico.

Preguntar la orientación sexual de los amigos.

LIMITACIONES

El tiempo de aplicación del instrumento es prolongada.

Encontrar personas homosexuales de "closet".

La bibliografía relacionada al apoyo social, estigma y revelación, en relación al VIH/SIDA, es escasa.

El acceso a la población homosexual y/o seropositiva.

El tamaño y tipo de muestra no permitió obtener diferencias significativas entre los grupos.

No existen trabajos en México, relacionados a los temas abordados en el presente estudio.

No se pueden generalizar los resultados a toda la población homosexual, ya que nuestra muestra fue sesgada, debido a que la mayoría pertenece a algún grupo de reflexión, terapéutico o de apoyo, han revelado por lo menos a una persona su homosexualidad y/o seropositividad y su red de apoyo se modifica.

Preguntar la orientación sexual de los amigos.

LIMITACIONES

El tiempo de aplicación del instrumento es prolongada.

Encontrar personas homosexuales de "closet".

La bibliografía relacionada al apoyo social, estigma y revelación, en relación al VIH/SIDA, es escasa.

El acceso a la población homosexual y/o seropositiva.

El tamaño y tipo de muestra no permitió obtener diferencias significativas entre los grupos.

No existen trabajos en México, relacionados a los temas abordados en el presente estudio.

No se pueden generalizar los resultados a toda la población homosexual, ya que nuestra muestra fue sesgada, debido a que la mayoría pertenece a algún grupo de reflexión, terapéutico o de apoyo, han revelado por lo menos a una persona su homosexualidad y/o seropositividad y su red de apoyo se modifica.

REFERENCIAS

- Alvarez Mora, M. y Hernández Zamudio, V. (1995). *Estudio comparativo del autoconcepto en un grupo homosexual y un grupo heterosexual*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Antonucci, T. e Israel B. (1986). Veridicality of social support: a comparison of principal and network members's responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 432-437.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social. Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. España: Siglo XXI Editores.
- Bohan, J. (1996). *Psychology and Sexual Orientation*, Gran Bretaña: Routledge
- Brownell, A. y Shumaker, S. (1984). Social Support: an introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues, 40*(4), 1-9.
- Cahn, P., Goodkin, K. (1992). *PSIDA*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Cassuto, J.P. (1991). *Sida e infección por VIH* Barcelona: Massori
- Chesler, M. y Barbarin, O., (1984). Difficulties of providing help in a crisis: relationships between parents of children with cancer and their families. *Journal of Social Issues, 40* (4), 113-134
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.
- Cole, S., Kemeny, N., Taylor, S., Visscher, B. y Fahey, J. (1996). Accelerated course of Human Immunodeficiency Virus Infection in Gay Men Who Conceal their homosexual identity. *Psychosomatic Medicine, 58* (3), 219-231.
- Collins, L.R., (1994). Social support provision to HIV-Infected gay men. *Journal of Applied Social Psychology, 24* (20), 1848-1869.
- Coyne J. y De Longis, A. (1986). Going beyond Social Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (4), 454-460.
- D'Augelli, A., (1998). Developmental Implications of Victimization of Lesbian, Gay and Bisexual Men. En Herek, G. *Stigma and Sexual Orientation*, Cap. 9, 187-210. Estados Unidos: SAGE Publications.
- Del Río Chiriboga, C., (1998). La prevención de la infección por VIH: ¿dónde estamos y hacia donde debemos ir? *SIDA/ETS, 3* (4), 89-92.
- Del Río, Chiriboga, C., (1994). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Antología de la Sexualidad, 3* (3) 451-491. México: CONAPO.
- Di Placido, J., (1998). Minority Stress Among Lesbians, Gay Men and Bisexuals: A Consequence of Heterosexism, Homophobia and Stigmatization. En Herek, G. *Stigma and Sexual Orientation*. Cap. 7, 138-158. Estados Unidos: SAGE Publications.
- Denney, W.N y Quadagno, D. (1992). *Human Sexuality*. Estados Unidos: Mosby Year Book.
- De Vita V., Hellman S. y Rosenberg S. (1990). *Sida, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. Barcelona: Ed. Salvat.
- Collins, R. (1994). Social Support Provision to HIV-Infected Gay Men. *Journal of Applied Social Psychology, 24* (20), 1848-1869
- Cruz Sierra, S. (1997). *Estructura y funcionamiento de la pareja gay masculina*. Tesis de maestría (no publicada). Facultad de Psicología, UNAM.
- Gafo, J. (1997). *La homosexualidad: Un debate abierto*. España: Ed. Descleé de Brouwer.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu.

- Haas, K., y Haas, A. (1993). *Understanding Sexuality*. Estados Unidos: Mosby.
- Hays, R., Chancey, S y Tobey, L. (1990). The social support networks of gay men with AIDS. *Journal of Community Psychology*, 18, October, 374-384.
- Hays, R., McKusick, L., Pollack, L., Hilliard, R., Hoff, C. y Coates, T. (1993). Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS*, 7 (3), 425-431
- Hays, R., Turner, H. y Coates T. (1992) Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (March), 37-53.
- Heller, K., Swindle, W. R., y Dusenbury, L., (1986). Component social support processes: Coments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 6 (4), 466-470
- Herek, G. (1998). *Stigma and sexual orientation. Understanding Prejudice Against Lesbians, Gay men and Bisexuals*, Estados Unidos: Sage Publications
- Herek, G. y Capitano, J. (1997). AIDS Stigma and contact with persons with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, p
- Herek, G. y Glunt, E. (1988). An epidemic of Stigma. *American Psychologist*, 43 (11), 886-891
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (1991). *Metodología de la Investigación*, México: McGraw Hill.
- Hoppe, S. (1995). *Proyecto STAR*. University Hospital, Universidad de Texas en San Antonio
- Izazola, L. (1996). *SIDA: Estado actual del conocimiento*. México: Noriega Editores.
- Kalichman S. (1995). *Understanding AIDS: a guide for Mental Health Professionals*. Estados Unidos: American Psychological Association.
- Kerlinger, F., (1988). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw Hill.
- La Ballena de Jonás, (Agosto, 1998), *Boletín de Albergues de México I.A.P.*
- Lackner, J., Joseph J. y Ostrow D. (1993). A longitudinal study of Psychological Distress in a cohort of gay men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (1), 4-12
- Masters, H. W., Johnson, E. V., y Kolodny, C. R. (1992). *Human Sexuality*. Estados Unidos: Harper Collins.
- McCary, S. (1983). *Sexualidad Humana*. México: Edit. Manual Moderno.
- Mirabet, M.A., (1985) *Homosexualidad Hoy*. Barcelona: Edit. Herder.
- Paradis, B. (1997). Multicultural Identity and Gay Men in the Era of AIDS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (2), April, 300-307
- Pryor, B y Reeder G. (1993). *The Social Psychology of HIV Infection*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates
- Romo Aguirre, I. (1995). *Homosexualidad y familia*. Tesis de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología, UNAM.
- Rubio, A. E., y Aldana, A., (1994). La expresión homosexual del erotismo. *Antología de la Sexualidad* (1) 593-631 México: CONAPO.
- Ruiz, Badillo, A. (1996). *El Sida como una enfermedad estigmatizadora: creencias y prejuicios*. Proyecto de Investigación para obtener el título de Maestría en Psicología Social (no publicado). Facultad de Psicología, UNAM.
- Sandner, O. (1990). *SIDA: la pandemia del siglo*. Venezuela: Editorial Monte Avila.
- Shumaker, S. y Brownell, A.. (1984). Toward a theory of social support. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 11-36.

SIDA/ETS. (1998). *Boletín de CONASIDA*.

SIDA-HOY. (MARZO DEL 2000). BOLETÍN DE AMIGOS CONTRA EL SIDA No. 40

Simon, A. (1998). The Relationship Between Stereotypes and Attitudes Toward Lesbians and Gays. En Herek, G. *Stigma and Sexual Orientation*, Cap. 4, 62-80. Estados Unidos: SAGE Publications.

Stulberg, I. y Buckingham, L., (1988) Parallel Issues for AIDS patients, families and others. *Social Casework*, (Vol), June, 355-365.

Temoshok, L. y Baum, L. (1990). *Psychosocial Perspectives on AIDS*. Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates

Théry, I. (1998). Informations sociales, sida: les nouvelles dones. En Letra S, *El apoyo psicológico*, 1999, 38, Sep. Suplemento mensual de la Jornada, México

Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 416-423.

Vincke, J. y Bolton, R. (1994). *Social Support, Depression and Self-Acceptance among gay men*. *Human Relations*, 47 (9), 1049-1061.

Weeks, J., (1985). *Sexualidad*, Paidós: México

Anexo 1

COMPOSICIÓN DE LA RED CON DIFERENTES SEROESTATUS AL VIH/SIDA

Tabla 1
Personas a las que se acude para pedir apoyo informativo

GRUPO	Seronegativos (n=50)		Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		Total (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RED SOCIAL								
Familia	5	10	7	28	3	12	15	15
Padres	1	2	1	4			2	2
Padre	5	10	1	4	2	8	8	8
madre	31	62	10	40	11	44	52	52
hermanos	9	18	2	8	3	12	14	14
hermanas	10	20	7	28	6	24	23	23
hermanos (as)	3	6	1	4	2	8	6	6
amigos	19	38	11	44	4	16	34	34
amigas	13	26	2	8	4	16	19	19
amigos (as)	3	6	5	20	5	20	13	13
pareja	18	36	10	40	6	24	34	34
profesionales	2	4	2	8	6	24	10	10

Tabla 2
Personas a las que se acude para pedir apoyo emocional

GRUPO	Seronegativos (n=50)		Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		Total (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RED SOCIAL								
familia	10	20	4	16	11	44	25	25
padres	4	8					4	4
padre	2	4	1	4			3	3
madre	22	44	8	32	7	28	37	37
hermanos	7	14	3	12			10	10
hermanas	10	20	7	28	7	28	24	24
hermanos (as)	4	8	4	16	6	24	14	14
amigos	25	70	16	64	10	40	51	51
amigas	19	38	6	24	6	24	31	31
amigos (as)	11	22	10	40	7	28	28	28
pareja	22	44	9	36	8	32	39	39
profesionales	15	30	8	32	14	56	37	37

Tabla 3
Personas a las que se acude para pedir apoyo instrumental

GRUPO	Seronegativos (n=50)		Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		Total (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RED SOCIAL								
familia	16	32	6	24	12	48	34	34
padres	6	12					6	6
padre	10	20	3	12	2	8	15	15
madre	39	78	16	64	10	40	65	65
hermanos	15	30	6	24	2	8	23	23
hermanas	20	40	10	40	8	32	38	38
hermanos (as)	8	16	5	20	7	28	20	20
amigos	26	52	7	28	8	32	41	41
amigas	12	24	6	24	3	12	21	21
amigos (as)	11	22	10	40	7	28	28	28
pareja	41	82	17	68	16	64	74	74
profesionales	23	46	9	36	8	32	40	40

Tabla 4
Personas a las que se acude para pedir apoyo diversión/relajación

GRUPO	Seronegativos (n=50)		Asintomáticos (n=25)		Sintomáticos (n=25)		Total (n=100)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RED SOCIAL	38	76	13	52	18	72	69	69
familia	4	8	3	12			7	7
padres	4	8	1	4	1	4	6	6
padre	12	24	9	36	6	24	27	27
madre	8	16	1	4			9	9
hermanos	5	10	4	16	2	8	11	11
hermanas	3	6	3	12	5	20	11	11
hermanos (as)	36	72	18	72	9	36	63	63
amigos	17	34	4	16	3	12	24	24
amigas	12	24	14	56	12	48	38	38
amigos (as)	23	46	10	40	8	32	41	41
pareja	4	8	3	12	1	4	8	8
Dios y yo								

RED SOCIAL Y REVELACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD

Tabla 5
Personas a las que se acude para pedir apoyo informativo

RED SOCIAL	REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD			
	si (n=76)		no (n=12)	
	n	%	n	%
familia	10	13	1	8
padres	1	1.3	1	8
padre	6	7.8	1	8
madre	42	55	4	33.3
hermanos	13	17	1	8
hermanas	18	23.6	2	16
hermanos (as)	5	6	1	8
amigos	25	32	3	25
amigas	14	18	1	8
amigos (as)	6	7	5	41.6
pareja	30	39	2	16
profesionales	8	10	1	8

Tabla 6
Personas a las que se acude para pedir apoyo emocional

RED SOCIAL	REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD			
	si (n=76)		no (n=12)	
	n	%	n	%
familia	16	21	3	25
padres	4	5.2		
padre	2	2.6	1	8
madre	27	35	5	41.6
hermanos	10	13		
hermanas	19	25	2	16
hermanos (as)	12	15	2	16
amigos	44	57	6	50
amigas	25	32	2	16
amigos (as)	20	26	6	50
pareja	33	40.4	3	25
profesionales	29	38	3	25

Tabla 7
Personas a las que se acude para pedir apoyo instrumental

REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=76)		no (n=12)	
	n	%	n	%
familia	20	26.3	6	50
padres	4	5.2	1	8
padre	10	13	3	25
madre	50	65	8	66
hermanos	18	23.6	2	16
hermanas	30	39	3	25
hermanos (as)	19	18	3	25
amigos	32	42	4	33.3
amigas	16	21	2	16
amigos (as)	19	25	7	58
pareja	34	44.7	4	33.3
profesionales	1	1.3		

Tabla 8
Personas a las que se acude para pedir apoyo diversión/relajación

REVELACIÓN DE HOMOSEXUALIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=76)		no (n=12)	
	n	%	n	%
familia	50	65	6	50
padres	5	6	1	8
padre	4	5.2	1	8
madre	20	26	4	33.3
hermanos	8	10	2	16
hermanas	10	13		
hermanos (as)	8	10	2	16
amigos	47	61	7	58
amigas	17	27.3	3	25
amigos (as)	26	34	6	50
pareja	34	44.7	3	25
profesionales	7	9.2		
Dios y yo	7	9.2	1	8.3

RED SOCIAL Y REVELACIÓN DE LA SEROPOSITIVIDAD

Tabla 9
Personas a las que se acude para pedir apoyo informativo

REVELACIÓN DE SEROPOSITIVIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=40)		no (n=5)	
	n	%	n	%
familia	10	25		
padres	1	2		
padre	3	7		
madre	18	45	1	20
hermanos	5	12.5		
hermanas	12	30		
hermanos (as)	3	7	1	20
amigos	11	27		
amigas	5	12.5		
amigos (as)	6	15	1	20
pareja	12	30	2	40
profesionales	5	12.5	1	20

Tabla 10
Personas a las que se acude para pedir apoyo emocional

REVELACIÓN DE SEROPOSITIVIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=40)		no (n=5)	
	n	%	n	%
familia	9	22.5	1	20
padres				
padre	1	2.5		
madre	13	32.5	1	20
hermanos	3	7.5		
hermanas	14	35		
hermanos (as)	9	22.5		
amigos	20	50	3	60
amigas	10	25	1	20
amigos (as)	12	30	3	60
pareja	14	35	2	40
profesionales	19	47.5	2	40

Tabla 11
Personas a las que se acude para pedir apoyo instrumental

REVELACIÓN DE SEROPOSITIVIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=40)		no (n=5)	
	n	%	n	%
familia	9	27.5	2	40
padres	4	10	1	20
padre	4	10	1	20
madre	21	52.5	4	80
hermanos	8	20		
hermanas	18	45		
hermanos (as)	10	25	2	40
amigos	11	27.5	2	40
amigas	6	15	1	20
amigos (as)	13	32.5	2	40
pareja	13	32.5	2	40
profesionales	1	2.5		

Tabla 12
Personas a las que se acude para pedir apoyo diversión/relajación

REVELACIÓN DE SEROPOSITIVIDAD				
RED SOCIAL	sí (n=40)		no (n=5)	
	n	%	n	%
familia	24	60	2	40
padres	2	5	1	20
padre	1	2.5		
madre	11	27.5	2	40
hermanos	1	2.5		
hermanas	5	12.5		
hermanos (as)	7	17.5	1	20
amigos	20	50	3	60
amigas	5	12.5	1	20
amigos (as)	21	52.5	2	40
pareja	14	35	2	40
profesionales	5	12.5		
Dios y yo	4	10	5	100

Anexo 2

Edad: _____
 Nivel de estudios: _____
 Ingreso mensual: \$ _____

No. _____

INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL*

A continuación se te presentan una serie de preguntas sobre apoyo social.
 Por Apoyo social se entiende la ayuda material y emocional, así como la información y consejos que tú puedes dar o recibir.

AS1. ¿Quién o quienes son importantes para tí?

AS1R1 _____

Sexo

AS1R2 (pareja) _____

(1)M (2)F

--

AS2. ¿Les brindarías apoyo?

(1) Si (2) No ¿Porqué?

AS2R1 _____

AS2R2 _____

AS3. De la siguiente lista de personas, que probabilidad existe de que tú les pidas ayuda si la necesitas.

	Ninguna 0%	Pocas 25%	Regulares 50%	Bastantes 75%	Muchísimas 100%		
AS3A. Pareja	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3B. Familia de tu pareja	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Relación _____							
AS3C. Mamá	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3D. Papá	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3E. Hermano(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3F. Hermana(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3G. Otro(s) familiar(es)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Relación _____							
AS3H. Amigo(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3I. Compañero(s) de trabajo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3J. Voluntarios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3K. Una persona con VIH/SIDA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS3L. Otros _____	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Comentarios _____							

AS4. Ahora me gustaría saber que tan probable es que éstas mismas personas te pidan ayuda.

	Ninguna 0%	Pocas 25%	Regulares 50%	Bastantes 75%	Muchísimas 100%		
AS4A. Pareja	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4B. Familia de tu pareja	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Relación _____							
AS4C. Mamá	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4D. Papá	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4E. Hermano(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4F. Hermana(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4G. Otro(s) familiar(es)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Relación _____							
AS4H. Amigo(s)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4I. Compañero(s) de trabajo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4J. Voluntarios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4K. Una persona con VIH/SIDA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
AS4L. Otros _____	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Comentarios _____							

*Proyecto financiado por CONACYT (339P-S9608).

AS5. Si necesitas alguna información o consejo para tomar una decisión importante en tu vida (por ejemplo: decisiones acerca de tu familia, salud, finanzas o trabajo) ¿En quién confiarías?

	Sexo	¿Te ha dado información o consejo?	
AS5R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS5R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS5R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	AS5B <input type="checkbox"/>

AS5A. Durante el último mes la información o consejos que has recibido para tomar decisiones importantes en tu vida, ha sido

- (1). Menos de la que has querido
- (2). Tanta como has querido
- (3). Más de la que has querido

AS5B. ¿Usualmente quiénes recurren a ti para pedirte información o consejos, cuando van a tomar decisiones importantes en sus vidas?

	Sexo	¿Les has dado información o consejo?	
AS5BR1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS5BR2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS5BR3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>

AS6. Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus preocupaciones emocionales relacionadas con la infección del VIH/SIDA ¿con quién hablarías?

	Sexo	¿Le has hablado de tus preocupaciones?	
AS6R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS6R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS6R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	AS6B <input type="checkbox"/>

AS6A. Durante el último mes, las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones relacionadas con la infección del VIH/SIDA, han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS6B. ¿Usualmente quiénes recurren a ti, para hablar acerca de sus preocupaciones relacionadas con el VIH/SIDA?

	Sexo	¿Has hablado con él/ella?	
AS6BR1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS6BR2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS6BR3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>

AS7. Si tu quieres hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas (sobre tu familia, trabajo, pareja, amigos, etc.) ¿con quién hablarías?

	Sexo	¿Le has hablado de tus cosas privadas?	
AS7R1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS7R2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS7R3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	AS7B <input type="checkbox"/>

AS7A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas, han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS7B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti, para hablar acerca de sus cosas privadas y personales?

	Sexo	¿Has hablado con él/ella?	
AS7BR1 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS7BR2 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>
AS7BR3 _____	(1)M 2(F) <input type="checkbox"/>	(1) SI (2) No	<input type="checkbox"/>

AS8. ¿A quién le pedirías ayuda para realizar algunas cosas que tú necesites hacer? (como: manejar, ir de compras, hacer el aseo, etc.)

	Sexo		¿Has recibido la ayuda?		
AS8R1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS8R2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS8R3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	AS8B <input type="checkbox"/>

AS8A. Durante el último mes la ayuda que has recibido, ha sido

- (1) Menos de la que has querido
- (2) Tanto como has querido
- (3) Más de la que has querido

AS8B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti para pedirte ayuda, para realizar cosas que necesitan hacer?

	Sexo		¿Les has dado ayuda?		
AS8BR1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS8BR2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS8BR3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>

AS9. Si te enfermas y tienes que estar en cama por días, semanas o un largo periodo de tiempo, ¿hay alguna persona que cuide de ti?

	Sexo		¿Te ha cuidado?		
AS9R1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS9R2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS9R3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	AS9B <input type="checkbox"/>

AS9A. Durante el último mes, el cuidado que te han dado cuando has estado enfermo, ha sido:

- (1) Menos de lo que has necesitado
- (2) Tanto como has necesitado
- (3) Más de lo que has necesitado

AS9B. ¿Usualmente quienes recurren a ti para pedirte que los cuides cuando se enferman y tienes que estar en cama por un largo periodo de tiempo?

	Sexo		¿Has cuidado de él/ella?		
AS9BR1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS9BR2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS9BR3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>

AS10. ¿Tienes con quién divertirte?

	Sexo		¿Te has divertido con él/ella?		
AS10R1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS10R2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS10R3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	AS10B <input type="checkbox"/>

AS10A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien divertirte han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tanto como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS10B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti, para divertirse?

	Sexo		¿Has salido con él/ella?		
AS10BR1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS10BR2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>
AS10BR3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	<input type="checkbox"/>

AS11. ¿Tienes a alguien con quien relajarte o estar tranquilo?

	Sexo		¿Te has relajado con él/ella?		
AS11R1 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	No, pasa a la <input type="checkbox"/>
AS11R2 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	Pregunta <input type="checkbox"/>
AS11R3 _____	(1)M 2(F)	<input type="checkbox"/>	(1) SI	(2) No	AS11B <input type="checkbox"/>

AS11A. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien relajarte han sido:

- (1) Menos de las que has querido
- (2) Tantas como has querido
- (3) Más de las que has querido

AS11B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti, para relajarse?

AS11BR1 _____	Sexo	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>
AS11BR2 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	
AS11BR3 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	

¿Ha acudido a ti para relajarse?

- (1) SI
- (2) No

AS12. ¿Cuentas con alguien que se interese por tus ideas y las cosas que haces?

AS12R1 _____	Sexo	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>
AS12R2 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	
AS12R3 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	

¿Se han interesado por tus ideas y tus cosas?

- (1) SI
 - (2) No
- No, pasa a la
Pregunta
AS12B

AS12A. Durante el último mes, la frecuencia con que las personas se han interesado en tus ideas o por las cosas que haces, ha sido:

- (1). Menos de las que has querido
- (2). Tantas como has querido
- (3). Más de lo que has querido

AS12B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti, para que te intereses por sus ideas o las cosas que hacen?

AS12BR1 _____	Sexo	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>
AS12BR2 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	
AS12BR3 _____	(1)M	2(F)	<input type="checkbox"/>	

¿Te interesan las ideas de él/ella?

- (1) SI
- (2) No

AS13. ¿Tienes con quien pasar Navidad y/o Año Nuevo?

AS13.R1 _____	Sexo	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>
AS13R2 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	
AS13R3 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	

Has pasado éstos días con él/ella?

- (1)SI
- (2)No

AS13A. Durante el último año, has pasado días festivos con gente a tu alrededor? (como el 15 de Septiembre o 5 de mayo) (1) Si

(2) No (Pasa a la pregunta AS14)

AS13B La gente con la que pasaste estos días ha sido:

- (1). Menos de las que has querido
- (2). Tantas como has querido
- (3). Más de la que has querido

AS 14. Si necesitas dinero ¿A quién se los pedirías?

AS14R1 _____	Sexo	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>
AS14R2 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	
AS14R3 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	

¿Te ha prestado?

- (1)SI
- (2)No

No pasa a la
pregunta
AS14B

AS14A. Durante el mes pasado tu dirías que el dinero que te han prestado ha sido:

- (1) Menos de lo que has necesitado
- (2) Tanto como has necesitado
- (3) Más de lo que has necesitado

AS14B. ¿Quiénes usualmente recurren a ti, cuando necesitan dinero?

AS14BR1 _____	Sexo	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>
AS14BR2 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	
AS14BR3 _____	(1)M	(2)F	<input type="checkbox"/>	

¿Les has prestados?

- (1)SI
- (2)No

Ahora queremos hacerte algunas preguntas acerca tu pareja

AS15. ¿Actualmente Tienes pareja?

(1) Si (2) No (Pasar a la pregunta 30)

AS16. ¿Edad? _____ (en años)

AS17. Nivel de estudios terminados _____

AS18. Ocupación _____ (desempleado o estudiante, pasar a la pregunta 20)

AS19. ¿Qué tipo de trabajo realiza/realizó tu pareja?

Puesto _____

AS20. ¿Tenías la relación con tu pareja antes de ser seropositivo? (sólo para los seropositivos: 20,21,22 y23).

(1) Si (2) No (Pasar a la pregunta 30)

AS21. ¿Cómo era la relación con tu pareja antes de ser seropositivo, en comparación de cómo es ahora?

(1) Mucho peor

(2) Peor

(3) No ha cambiado

(4) Mejor

(5) Mucho mejor

AS22. ¿Tu relación ha cambiado a causa de tu seropositividad?

(1) Si (2) No

AS23. ¿Tu pareja es seropositiva?

(1) Si, es seropositiva

(2) Si, tiene SIDA

(3) No

(4) No sé

AS24. ¿Qué tanto cuentas con la ayuda de tu pareja si la necesitas?

(1) Nada

(2) Poco

(3) Suficiente

(4) Bastante

(5) Mucho

AS25. En el último mes que tan frecuentemente:

Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
---------	-------------------------	---------------	------------	-------

AS25A. Tu pareja te ha hecho sentir amado y cuidado por él.

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25B. Tu pareja te ha criticado lo que haces

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25C. Tu pareja te pide demasiado

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25D. Tu pareja te ha hecho sentir enojado

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25E. Tu pareja te ha hecho sentir culpable

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25F. Han tenido tú y tú pareja desacuerdos o conflictos desagradables

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS25G. Te has sentido dispuesto para resolver conflictos con tu pareja

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

AS26. ¿Hay alguna cosa que desearias que tu pareja hiciera por ti y que no ha hecho?

AS27. ¿Hay algo que tu pareja ha hecho por ti que tú no querias que hiciera?

AS28. En el último mes:

- (1) Tu has dado más apoyo, consejos y ayuda a tu pareja que lo que él te ha dado.
- (2) Tu pareja te dio más apoyo, consejos y ayuda que lo que tú le diste a él.
- (3) Tú y tu pareja se han apoyado mutuamente

AS29. ¿Qué tan cercana es tu pareja a tu familia (padres, hermanos, hermanas).

- (1) Nada cercano
- (2) Poco cercano
- (3) Bastante cercano
- (4) Muy cercano.

AS30. Comparando con otras familias que conoces, tu familia es:

- (1) Muy cercana y afectiva
- (2) Algo cercana y afectiva
- (3) Algo distante y fría
- (4) Muy distante y fría

AS31. De todos tus hermanos y hermanas ¿Con quién o con quienes de ellos te sientes más cercano?

Sexo Orden de nacimiento

Mayor Menor

Si no tiene

hermanos, pasar

a la pregunta

AS34

AS31.R1 _____

(1)M (2)F

(1)

(2)

AS31.R2 _____

(1)M (2)F

(1)

(2)

AS31.R3 _____

(1)M (2)F

(1)

(2)

AS32. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu hermano(a), cuando la necesitas?

- (1) No ayuda nada
- (2) No ayuda mucho
- (3) Ayuda lo suficiente
- (4) Ayuda mucho.

AS33. ¿Cómo era la calidad de la relación con tu hermano(a) antes de ser seropositivo, en comparación de ahora?

- (1) Mucho mejor
- (2) Mejor
- (3) No ha cambiado
- (4) Peor
- (5) Mucho peor

AS34. ¿Con cuál de tus padres te sientes afectivamente más cercano?

- (1) Madre (responde a las preguntas AS35 y AS36)
- (2) Padre (responde a las preguntas AS35A y AS36A)
- (3) Ambos
- (4) Ninguno (pasa a la pregunta AS37)

AS35. ¿Cómo era la relación con tu madre antes de ser seropositivo, en comparación de cómo es ahora? (Sólo para seropositivos)

- (1) Mucho mejor.
- (2) Mejor
- (3) No ha cambiado
- (4) Peor
- (5) Mucho peor

AS35A. ¿Cómo era la relación con tu padre antes de ser seropositivo, en comparación de cómo es ahora? (Sólo para seropositivos)

- (1) Mucho mejor
- (2) Mejor
- (3) No ha cambiado
- (4) Peor
- (5) Mucho peor

AS36. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu madre, cuando la necesitas?

- (1) No ayuda nada
- (2) Ayuda poco
- (3) Ayuda lo suficiente
- (4) Ayuda mucho

AS36A. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu padre, cuando la necesitas?

(1) No ayuda nada
(2) Ayuda poco
(3) Ayuda lo suficiente
(4) Ayuda mucho

AS37. Las siguientes preguntas son acerca del miembro de tu familia (electa que no sea tu pareja) que tú identificas como tu mejor cuidador actual o que será en un futuro tu mejor cuidador si te enfermas
¿Quién es?

En el último mes que tan frecuentemente:	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
AS37A. Tu _____ te ha hecho sentir amado y cuidado por él	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37B. Tu _____ te ha criticado lo que haces	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37C. Tu _____ te pide demasiado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37D. Tu _____ te ha hecho sentir enojado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37E. Tu _____ te ha hecho sentir culpable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37F. Han tenido tu y tu _____ desacuerdos o conflictos desagradables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS37G. Te has sentido dispuesto para resolver los conflictos con tu _____	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
AS38. ¿Hay alguna cosa que desearías que tu _____ hiciera por ti y que no ha hecho						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

AS39. ¿Hay alguna cosa que tú _____ ha hecho por ti que tú no querías que hiciera?

AS40. En el último mes tu dirías que:
(1) Tú has dado más apoyo, consejos y ayuda a tu _____ que lo que él te ha dado.
(2) Tú _____ te dio más apoyo, consejos y ayuda que el que tú le diste a él.
(3) Tú _____ y tú se han apoyado mutuamente

AS41. Si tienes pareja ¿qué tan cercano está tu _____ de tu pareja?
(1) Nada cercano
(2) Poco cercano
(3) Bastante cercano
(4) Muy cercano

AS42. ¿Alguna vez has asistido a grupos de apoyo con personas que tienen VIH/SIDA? (sólo para seropositivos)
(1) Sí (2) No (pasar a la pregunta 45)

AS43. Con qué frecuencia asistes a este (estos) grupo(s) de apoyo? (sólo para seropositivos)
(1) Alguna vez asististe
(2) A veces asistes
(3) Frecuentemente asistes
(4) Con mucha frecuencia

AS44. ¿Qué tan benéfico fueron tus asistencias al grupo de apoyo para afrontar tu condición de seropositivo? (sólo para seropositivos)
(1) Muy benéfico
(2) Algo benéfico
(3) No muy benéfico
(4) Nada benéfico

AS45. ¿Tienes alguna religión?

- (1) Sí ¿Cuál? (especifica) _____ (pasa a la pregunta 47-48)
(2) No

AS46. ¿Te consideras a ti mismo una persona espiritual?

- (1) Sí (2) No

AS47. ¿Qué tan importantes son para ti, tus creencias religiosas?

- (1) Nada importantes
(2) Algo importantes
(3) Muy importantes

AS48. ¿Qué tan a menudo?:

Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
-------	---------------	------------------	-----------------	---------

AS48A. Asistes a tus servicios religiosos

AS48B. Rezas o meditas

AS48C. Hablas con otros acerca de tus creencias religiosas

AS48D. Hablas con dirigentes religiosos

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Comentarios _____

Te sientes satisfecho con el apoyo que has recibido por parte de:

- | | | |
|---------------|--------|--------|
| a) tu familia | (1) Sí | (2) No |
| b) tus amigos | (1) Sí | (2) No |
| c) tu pareja | (1) Sí | (2) No |

Porqué? _____

Anexo 3

PERCEPCION DEL ESTIGMA

1.- Te sientes (o te has sentido) rechazado por ser homosexual?
SI NO

2.- Quiénes te han rechazado?

a) _____

b) _____

c) _____

3.- Cómo consideras que ha sido este rechazo?

POCO REGULAR MUCHO

4.- En qué consiste (o ha consistido) este rechazo?

5.- Te sientes (o te has sentido) rechazado por vivir con el VIH/SIDA?

SI NO

6.- Quiénes te han rechazado?

a) _____

b) _____

c) _____

7.- Cómo consideras que ha sido este rechazo?

POCO REGULAR MUCHO

8.- En qué consiste (o ha consistido) este rechazo?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!!!

Anexo 4

REVELACION DEL ESTILO DE VIDA/ESTATUS AL VIH,
ESTIGMA Y DISCRIMINACION

Estamos interesados en la experiencia que tienes de ser homosexual (y de vivir con el VIH/SIDA).

A qué edad te dista cuenta de que eres homosexual? _____ años.

Cuál de las siguientes personas saben que eres homosexual?

Lo saben porque tú se los dijiste, alguien se los dijo o solo lo supieron?

	Tu se lo dijiste	Alguien se lo dijo	Solo lo supo	Ede suj
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Hermana (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Hermano (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Otro pariente (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Amigo (s) cercano (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Conocido (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
Si trabajas: compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—

Hablame un poco mas acerca de la reacción que tuvieron los miembros de tu familia cuando supieron que tu eras homosexual, cómo reaccionaron cuando lo supieron?, cambio tu relación con ellos y alguna otra cosa que tú pienses que es importante.

De las siguientes personas, quién sabe que vives con el VIH/SIDA?
 Lo saben porque tu se los dijiste, alguien se los dijo o solo lo supieron?

	Tu se lo dijiste	Alguien se lo dijo	Solo lo supo
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (s) pariente(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigo (s) cercano (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conocido (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si trabajas: compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Háblame un poco acerca de la reacción que tuvieron los miembros de tu familia cuando supieron que vives con el VIH/SIDA. Cómo reaccionaron cuando lo supieron?, cambio tu relación con ellos y alguna cosa que consideres importante.

Ahora te haré una serie de preguntas acerca de lo que sientes por ser homosexual y sobre cualquier otro pensamiento que pudieras tener acerca de tu orientación sexual.

El año pasado con cuanta frecuencia has..

	Con mucha frecuencia	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	OK/FF
1) ..pensado que lo mejor es evitar tener relaciones personales o sociales con otros hombres homosexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ..tratado de evitar sentirte atraído por los hombres en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ..sentido orgulloso de ser homosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ..deseado no ser homosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Con mucha frecuencia	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	DK,
5) ..Tratado de evitar parecer homosexual a los ojos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ..has buscado o has necesitado cualquier ayuda con el propósito de cambiar tu orientación sexual a la orientación heterosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ..sentido satisfecho contigo mismo porque eres homosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ..has tratado de ser mas atractivo sexualmente para las mujeres en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ..has buscado salir con otros hombres homosexuales para divertirme y relajarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora dime por favor, si estas:

	Totalmente de acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	D
1) La gente aceptaría de buena voluntad a un hombre homosexual como un amigo cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Los patrones daran empleo a un hombre homosexual si esta calificado para el empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) La gente cree que un hombre homosexual es tan inteligente como cualquier otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) La gente cree que un hombre homosexual es tan confiable como cualquier ciudadano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) La gente aceptaría a un hombre homosexual como profesor de niños en escuelas publicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) La gente siente que la homosexualidad es señal de falla personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) La gente no contrataría a un hombre homosexual para cuidar a sus hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente de acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	DK/RF
8) La gente hace menos a la persona que es homosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Los patrones no considerarian la solicitud de un hombre homosexual a favor de otro solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) La gente en mi comunidad trataria a un hombre homosexual justo como tratan a cualquier otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) La gente, cuando saben que una persona es homosexual, consideran sus opiniones con poca seriedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante el año pasado: has sido víctima de violencia anti-homosexual? Es decir, hubo algún intento para dañarte o fuiste dañado porque eres homosexual?

0) No

1) Si (especifica) _____

9) DK/RF

Durante el año pasado, has sido discriminado en cualquier forma porque eres homosexual o porque tienen miedo del SIDA?

0) No

1) Si (especifica) _____

9) DK/RF

Anexo 5

DECLARACIÓN DE VALENCIA SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES 29 DE JUNIO DE 1997.

Las personas participantes en el XIII Congreso Mundial de Sexología **SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS** declaramos que:

La sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente por la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, está presente en todas las épocas de la vida, como fuerza integradora de la identidad y contribuye a fortalecer y/o producir vínculos interpersonales.

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual. Es parte de una sexualidad libre de conflictos y angustia, promotora del desarrollo personal y social.

Por lo tanto proponemos que la sociedad cree las condiciones dignas donde se puedan satisfacer, las necesidades para el desarrollo integral de la persona y el respeto de los siguientes **DERECHOS SEXUALES** inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana:

1. **Derecho a la libertad** que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
2. **Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal.** Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones, y violencias de toda índole.
3. **Derecho a la igualdad y la equidad sexual.** se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que pertenece.
4. **Derecho a la salud sexual.** Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de aún más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
5. **Derecho a la información amplia, objetiva y verídica** sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.
6. **Derecho a una educación sexual integral** desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.
7. **Derecho a la libre asociación.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
8. **Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable.** Tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño y la niña tienen derecho a ser deseados y queridos.
9. **Derecho a la vida privada** que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

LA SEXUALIDAD HUMANA CONSTITUYE EL ORIGEN DEL VÍNCULO MÁS PROFUNDO ENTRE LOS SERES HUMANOS Y DE SU REALIZACIÓN EFECTIVA DEPENDE EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS, LAS PAREJAS, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD. ES POR LO TANTO SU PATRIMONIO MÁS IMPORTANTE Y SU RESPETO DEBE SER PROMOVIDO POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES.

LA SALUD SEXUAL ES UN DERECHO HUMANO BÁSICO Y FUNDAMENTAL.

Anexo 6

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

- 1.- La ley protege a todos los individuos por igual: en consecuencia, no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
- 2.- No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derechos a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- 3.- En ningún caso puedes ser objeto de detección forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
- 4.- No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
- 5.- Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos al VIH.
- 6.- Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- 7.- Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
- 8.- No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
- 9.- Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 10.- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
- 11.- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
- 12.- Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
- 13.- Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- 14.- Tienes derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA A.C.
TEL. 515-7913 FAX 273-3807