

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

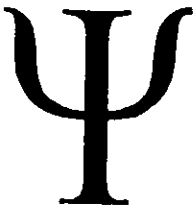
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA PERSONALIDAD Y SU RELACION CON LA
AUTOPERCEPCION DE RIESGO EN RELACION
AL SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
ALMA AZUCENA LOPEZ MUÑOZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
COMITE DE TESIS: MTRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
MTRA. GABINA VILLAGRAN V.
DRA. EMILIA LUCIO G.
DR. ROLANDO DIAZ-LOVING



MEXICO, D. F.

Handwritten number 202207

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:

Expreso mi reconocimiento a la Dirección General de Asuntos para el Personal Académico (D.G.A.P.A.) por el apoyo que me brindó para elaborar esta tesis.

Agradezco a la doctora Luisa Rossi su acertada dirección para el término de este trabajo

A Patricia Andrade su incondicionalidad y paciencia,

A Gabina Villagrán sus demostraciones de afecto y sus opiniones para mejorar mi tesis,

A Rolando Díaz Loving su apoyo incondicional,

A Carmen Trejo su compañía y apoyo,

A Lily su ayuda para continuar,

A Thania por apoyarme y ofrecerme su tiempo cuando había aspectos más esenciales que resolver en su vida,

A mis maestros su tolerancia y cooperación con mi trabajo,

A mis padres porque son la esencia de este esfuerzo,

A mis hermanos y sobrinos su presencia,

A mi esposo por inundar mi vida de amor/ A ti mi pequeño e inmenso pedasito de amor por existir: PALMIRA, gracias por ofrecerme la oportunidad de tenerte a mi lado.

A los que me colocaron obstáculos, porque hicieron crecer mi empeño y me fortalecieron,

A la vida por enseñarme que no existe la muerte cuando hay lucha, gracias por ofrecerme tristezas, alegrías y amor; porque me di cuenta de que aún tengo fuerzas y de que estoy viva.

Al SIDA por darme la oportunidad de aprender a mirar a la gente como ser humano antes que como un infeccioso.

INDICE

PAGINA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 3

CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1.1 Etiología del SIDA	7
1.2 Descripción del Virus de Inmunodeficiencia Humana	8
1.3 Consecuencias de la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana	8
1.4 Medicamentos	10
1.5 Formas de transmisión del VIH	11
1.6 Precauciones para evitar el contagio de VIH	12
1.7 Pruebas para confirmar si las personas están infectadas de VIH	12
1.8 Desarrollo de la epidemia del SIDA en el Mundo	13
1.9 Situación de la epidemia en México	13
1.10 Aspectos Sociales del SIDA	14

CAPITULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES

2.1 Conocimientos y creencias sobre el SIDA	16
2.2 Actitud hacia el condón	18
2.3 Percepción y Autopercepción de Riesgo	20

CAPITULO 3. EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

3.1 Definición de personalidad	24
3.2 El ello	27
3.3 El yo	29
3.4 El superyó	31
3.5 El Inconsciente	33
3.6 Dos instintos: de vida y de muerte	33
3.7 Etapas del Desarrollo	34
3.8 Mecanismos de Defensa	37
3.9 Trastornos Clínicos de la personalidad	39
3.10 Investigaciones sobre personalidad	47

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema	49
4.1.1 Objetivo general	49
4.1.2 Objetivos específicos	49
4.1.3 Hipótesis	50
4.1.4 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables	51
4.2 Tipo de Investigación	53
4.3 Diseño de Investigación	53
4.4 Población de estudio y muestreo	53
4.5 Descripción de los Instrumentos	53
4.6 Procedimiento	56
4.7 Resultados	56

CAPÍTULO 5. RESULTADOS:

5.1 Descripción de la Población	58
5.2 Descripción del Patrón Sexual	58
5.2.1. Estatus Sexual	58
5.2.2. Preferencia Sexual	59
5.2.3. Promedio del número de pareja sexual en la vida	59
5.2.4. Pareja regular	59
5.2.5. Frecuencia del uso del condón.	59
5.2.6. Relaciones sexuales extrapareja	60
5.3 Conocimientos sobre el SIDA	60
5.3.1. Que es el VIH/SIDA	60
5.3.2. Conocimientos sobre el SIDA	61
5.4 Percepción y Autopercepción de riesgo	64
5.5 Autopercepción de riesgo	64
5.6 Análisis de clasificación múltiple	65
5.7 Los conocimientos en relación con los rasgos de personalidad	66
5.8 Relación entre personalidad y percepción y autopercepción de riesgo	67
5.9 Descripción de la personalidad y de la vida sexual de cada uno de los sujetos que se Autoperciben en riesgo	69

CAPÍTULO 6.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION	73
-------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	85
---------------------	-----------

APÉNDICE 1.	93
--------------------	-----------

RESUMEN

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que ha afectado considerablemente a la sociedad, pues pone en cuestión múltiples aspectos individuales, sociales, religiosos y morales, principalmente el sexual y confronta al ser humano con lo privado, lo moral y la manera de conducirse ante el sexo, e incluso lo lleva a suponer que será pagado con un castigo o una gratificación en lo individual (salud) y lo social (apoyo o discriminación).

La sociedad ha adoptado alternativas de *negación* y *evitación* ante el SIDA y ha atribuido la responsabilidad de ese mal a grupos ya estigmatizados. Pero son los heterosexuales los que más peligro corren por esta negación de la realidad. Esto ha impulsado a la psicología a llevar a cabo innumerables investigaciones de tópicos que permitan descubrir estrategias básicas para combatir la epidemia del SIDA.

El individuo, desde que nace, posee una serie de características determinadas, pero el contacto con la familia primero y con la sociedad después lo constituirá en un ser completo, con una personalidad peculiar determinada por intereses, valores, imágenes y emociones inatas, así como otras compartidas y aprendidas socialmente.

El propósito general de esta tesis es analizar la relación entre los rasgos de personalidad, por un lado y la autopercepción del riesgo de desarrollar SIDA, los conocimientos sobre el SIDA y la frecuencia del condón, por el otro. Se trabajó con 110 sujetos adultos, de ambos géneros, trabajadores de diversas empresas. Los instrumentos aplicados fueron el MMPI-2 para determinar los rasgos de personalidad y un CUESTIONARIO para medir los conocimientos sobre VIH/SIDA y los indicadores usados por la OMS y el CONASIDA en el estudio del SIDA y la sexualidad, para precisar la frecuencia de uso del condón, además de reactivos que midieron la percepción y autopercepción del riesgo.

Los resultados epidemiológicos del estudio corresponden a una muestra de sujetos en su mayoría de religión católica, solteros y con licenciatura. Se encontró que 80.0% de ellos ya han tenido relaciones sexuales, y se constató nuevamente que 100% de los hombres ejercen su sexualidad, a diferencia de sólo 60% de las mujeres; sin embargo, se observó una diferencia en relación con otros estudios: los hombres aquí permanecen con pareja regular la mayor parte del tiempo. En cuanto al uso del condón, vemos que 51% de los sujetos lo conocen, pero sólo 15.40% de ellos lo han usado siempre, su conocimiento respecto al preservativo es alto, pero dudan en grado elevado de su efectividad.

Los resultados obtenidos en cuanto a conocimientos sobre el SIDA y el virus que lo origina muestran que la mayoría (64.5%) sabe que destruye las defensas del organismo

y que este muere de cualquier enfermedad. Muchos miembros de la muestra saben cómo se transmite esa enfermedad (88.2%) y los cuidados necesarios para evitar contraerla (57.3%). Piensan que las conductas de mayor riesgo son aquellas que los ponen en contacto con personas enfermas con SIDA, ya sea por compartir un hospital, donar sangre o tener relaciones sexuales con una persona infectada, aunque se use condón. Según los sujetos en estudio, las personas que tienen mayor riesgo de infectarse de VIH son los homosexuales, bisexuales y los heterosexuales con más de una pareja. El análisis de correlación para observar la relación existente entre conocimientos y personalidad revela que la gente tiene más conocimientos cuando hay un puntaje menor en desviación psicopática, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. Finalmente, se encontró que las mujeres son las que se perciben en mayor riesgo.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que estamos, diecinueve años después de que se descubrió el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y saber cómo se transmite y cómo puede evitarse el contagio, el índice de infectados por vía sexual sigue en aumento.

Sepúlveda (1989) ha explicado que el mencionado virus se comporta como cualquier clase de microorganismo, pues cuenta con las tres características propias de los organismos vivos: reproducción, variación y vida selectiva.

Robert Gallo y Luc Montagnier descubrieron que el VIH era la causa del SIDA y que este virus ataca principalmente el sistema inmunológico hasta dejar el cuerpo inerte ante organismos extraños, de modo que el virus vuelve vulnerable al enfermo ante múltiples gérmenes (Sepúlveda, 1989), agentes de variados padecimientos.

En junio de 1981 se publicó información sobre los primeros cinco casos de neumonía detectados en Los Ángeles y en 1982 se notificaron casos similares vinculados con drogadictos intravenosos (Sepúlveda, p. 244).

Los primeros pacientes infectados fueron homosexuales y ello indujo a todos a pensar que la infección se producía al tener relaciones sexuales por vía anal, al grado de que se le dio el nombre de enfermedad rosa. Sin embargo, poco tiempo después se advirtió que la principal razón de contagio era el contacto con sangre o fluidos sexuales. El estigma relativo al SIDA es una reacción social ante una enfermedad mortal al inicio predominante entre grupos que ya eran objeto de prejuicios (Herek y Glunt, 1988).

Por lo que ahora se conoce, las principales formas de transmisión son:

1. Relaciones sexuales sin protección, tanto homosexuales como bisexuales y heterosexuales
2. Transfusiones sanguíneas.
3. Perinatales, pues si la madre es portadora de VIH puede infectar al bebé (Gaceta CONASIDA, mayo-junio de 1988).

En México los datos epidemiológicos muestran que la peste ha seguido en crecimiento exponencial, con un periodo de duplicación promedio de 7.7 meses (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1988).

Es claro que la vía de transmisión más frecuente del VIH en adultos es la sexual y se ve que en los varones heterosexuales es más acelerada que en los homosexuales y bisexuales (BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1988).

Los esfuerzos de los grupos gubernamentales y los no gubernamentales por frenar la diseminación del SIDA no han tenido el resultado deseado, y las campañas para informar qué es el SIDA, cómo se transmite y cómo se puede evitar adquirir ese mal no han logrado el efecto deseado. Incluso, hay personas que aún piensan que el SIDA es sólo una forma de manipular al pueblo, que sólo es propia de homosexuales o gente "promiscua" y que la forma de evitar infectarse es tenerle confianza a la pareja o "creer en el otro" (López, 1994).

Según el libro de SIDA y SOCIEDAD, diseminar la información sobre SIDA es necesario, aunque no suficiente, para combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere para tal fin una difusión constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación (Sepúlveda, p. 24).

Bayes (1989) señala que "La sola información no produce cambios en la conducta. El comportamiento humano no sigue reglas lógicas, sino que tiene sus propias reglas marcadas en gran parte por el pasado evolutivo de la especie". Por su parte, Díaz Loving (1995) indica que, en cuanto al SIDA y al uso del condón se refiere, los conocimientos son necesarios, si bien pero no suficientes, para provocar cambios conductuales deseados. Sin embargo los mensajes informativos elaborados sin tomar en cuenta las características de sus destinatarios carecen por completo de eficaces, ya que su efecto es mínimo o nulo.

White y Johnson (1988), en lo referente a acciones de riesgo y planeación del futuro, señalan que el tener gran número de relaciones con diversas parejas y con uso de condón infrecuente refleja un perfil de personalidad inclinado a tomar riesgos, a desinhibiciones e impulsividad. De esta forma es posible postular que una persona adopta conductas riesgosas por valorarlas y considerarlas excitantes, interesantes, originales, mientras que otras personas caen en riesgo al no considerar las consecuencias futuras de su comportamiento.

Quandland y Shattls (1987) plantean que los sujetos en estados de ansiedad y depresión son más propensos a las conductas de riesgo, al parecer debido a que durante estas etapas es más importante reducir las tensiones estresantes mediante relaciones sexuales, aún cuando no se hayan tomado las precauciones necesarias para reducir el riesgo de contagio de VIH.

Por su parte Perkins, D. y colaboradores (1993). Señalan que las personas que presentaron problemas de la personalidad, demostraron grandes distorsiones en sus

estados de ánimo, mayores depresiones, ansiedad, baja autoestima, poca esperanza de vida; además de presentar un comportamiento autodestructivo que los lleva a tener mayores posibilidades de infectarse de VIH.

Fulford, S. (1993) menciona que la depresión esta muy relacionada con personas que se perciben en riesgo de infectarse de VIH o que ya presentan síntomas que pueden estar relacionados a la infección.

Por su parte, Díaz Loving (1992), afirma que las personas pasivo-abnegadas usan consistentemente el condón con su pareja regular, mas no lo emplean con parejas ocasionales, en tanto que los sujetos abiertos y asertivos usan condón con su pareja regular en forma consistente.

Ramos, Díaz y colaboradores (1992) encontraron que 72% de los estudiantes no se consideran en riesgo, 24% sienten un riesgo regular y solamente 4% conciben mucho riesgo. Los estudiantes que se percibieron con mucho riesgo de contagio se mostraron significativamente más preocupados por cambiar alguna conducta y registraron más cambios que los otros grupos.

Alfaro Martínez y Díaz-Loving (1992) sostienen que las estudiantes y los jóvenes de 15 y 16 años tienen menor autopercepción de riesgo al contagio del VIH que los hombres y muchachos de 17 años, respectivamente.

Tversky, Kahneman y Slovic (1982) han explicado que las personas, al considerar los riesgos manifiestan sesgos cognoscitivos, pues muchas de sus estimaciones se basan en estereotipos, y ello las induce a atribuir dichos riesgos a gente que se encuentra fuera de su propio grupo.

Villagrán (1993) encontró que la percepción de riesgo es mayor cuanto más preocupado se encuentra el individuo y cuando se ha iniciado sexualmente. Los estudiantes del área médica iniciados sexualmente, tienen los puntajes más altos en conocimientos, pero se perciben con menor riesgo y menos preocupación que los estudiantes de humanidades, ciencias sociales y disciplinas económico administrativas, a quienes sí inquieta el peligro de contagio, que juzgan grande. Además, la autora encuentra una asociación positiva a: mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida y de la menor edad del debut sexual, los estudiantes se perciben con más riesgo. Estos hallazgos pueden considerarse positivos si los estudiantes, además de percibirse en riesgo, toman las medidas preventivas para evitar el contagio (Villagrán, 1993).

Por lo anterior, se considera importante analizar la relación entre los rasgo de personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo, así como la información con que cada tipo de personalidad cuenta. De ese modo será posible precisar la clase de

información que cada grupo requiere y se producirán mensajes preventivos dirigidos al público en general dependiendo de sus rasgos.

En el segundo apartado veremos cómo los estudios iniciales sobre SIDA se propusieron determinar la influencia de lo que se sabe acerca del virus causante del SIDA y del padecimiento mismo en ciertos cambios de actitud como, La percepción, autopercepción de riesgo y el uso del condón. Estos temas han dado pie a una gran variedad de investigaciones.

En el capítulo tres será abordada la personalidad, aspecto estudiado por diferentes teóricos, con la finalidad de encontrar soluciones a los problemas de la humanidad.

Todos estos resultados y su discusión se encuentran ampliamente expuestos en los capítulos cinco y seis.

Se recomienda para posteriores estudios e intervenciones lo siguiente:

- Ψ Además de proporcionar información sobre SIDA y su causa, realizar una intervención más profunda sobre la autoestima personal que determine el cuidado propio.**
- Ψ Apoyar la transmisión de conocimientos sobre SIDA y virus que la origina por medio de líderes de cada comunidad.**
- Ψ Proporcionar educación sexual a toda la población y poner énfasis en los cuidados requeridos para evitar el contagio, así como fomentar la confianza en la efectividad del condón.**
- Ψ Enseñar a las mujeres a hablar con su pareja sexual sobre el uso del condón, la fidelidad y la salud propia y de la pareja.**

CAPÍTULO 1

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1.1 ETIOLOGÍA DEL SIDA

Al parecer la historia del SIDA data de 1970, fue entonces que se reportaron los primeros casos de una epidemia silenciosa; nadie sabía sobre la enfermedad, los síntomas y sus consecuencias, al sobrevenir las muertes los diagnósticos fueron diversos. Hay evidencias de que el microorganismo circulaba en el continente africano desde finales de los años cincuenta (Galbán, 1989). El primer suero con VIH se halló en Zaire en 1959 y los siguientes aislamientos ocurrieron a mediados de los setenta en Estados Unidos y en África, y en los ochenta en América latina.

En el verano de 1981, A. Gottlieb, de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), dio aviso de una nueva enfermedad que destruía el mecanismo inmunitario de individuos homosexuales y les provocaba la muerte luego de que padecieran múltiples infecciones (Sepúlveda, 1989; Galbán, 1989).

En París, en 1983, el doctor Luc Montagnier, y en Estados Unidos en 1984 el doctor Gallo realizaron diferentes pruebas de laboratorio en hombres jóvenes que padecían enfermedades poco comunes y descubrieron que los enfermos de SIDA poseían anticuerpos frente a ciertos virus que habitualmente infectan las células del sistema inmunitario (Sepúlveda, 1989) y que producen en él cáncer y otros trastornos. Así, supusieron que un retrovirus era el responsable del SIDA.

Montagnier y sus colaboradores del Instituto Pasteur de París, informaron en 1983 que habían encontrado un retrovirus en el ganglio de un paciente, y que el causante del mismo era el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En 1984, Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso relacionado con el HTLV (oncovirus capaz de inducir cáncer en las células que parasita y de producir leucemia y linfoma en las células T del ser humano). En mayo de 1986, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó que el agente causal del SIDA fuera llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (Sepúlveda, 1989; Alanís et al., 1990; Galbán, 1989).

1.2 DESCRIPCION DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Los virus son seres vivos muy diminutos, y poseen una forma de vida elemental. Resultan incapaces de obtener energía por sí mismos, y de reproducirse, viven mediante los sistemas enzimáticos y los órganos de otras células (Sepúlveda, 1989).

Los virus, para sobrevivir, básicamente recurren a dos estrategias:

**la adaptabilidad genética y
la habilidad para transmitirse a otros huéspedes.**

El VIH aplica tales estrategias, ya que es un retrovirus que se introduce en las células T del sistema inmunológico y utiliza la información genética de ellas, específicamente el ADN (ácido desoxirribonucleico) para reproducirse. De hecho convierte su ARN (ácido ribonucleico) en ADN, lo cual se conoce como transcripción reversa (Sepúlveda, 1989; Quesada, 1989).

El VIH-1 y el VIH-2 atacan específicamente a los linfocitos T colaboradores y a las células del sistema fagocitario mononuclear. Dentro de la célula convierten el material hereditario del virus de formato ARN a formato ADN, por acción de la transcriptasa reversa. El ADN viral así formado recibe el nombre de provirus y toma la forma de un anillo (circular). Mientras que una parte del provirus permanece libre en el citoplasma de la célula, el resto viaja al núcleo y se queda instalado ahí. Así vive en cada célula que puede infectar del individuo y el cual, a partir de ese momento, puede infectar a otro (Sepúlveda, 1989).

Hay una gran cantidad de posibilidades de que tanto el VIH-1 como el VIH-2 cambien el aspecto molecular con ayuda de la información genética de cada célula, especialmente en el ámbito de la envoltura, por lo que a medida que pasa el tiempo aumenta la agresividad del virus depositado en un organismo (Sepúlveda, 1989).

El VIH puede vivir dentro de las células por muchos años, por eso la sangre y los líquidos corporales que poseen glóbulos blancos, tales como el esperma y las secreciones vaginales, son excelentes vectores del virus. Sin embargo, éste posee una envoltura rica en lípidos (grasas), por lo que puede ser fácilmente destruido fuera del organismo (Sepúlveda, 1989).

1.3 CONSECUENCIAS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Después de la entrada del VIH en el organismo puede producir SIDA al atacar el sistema inmunitario y exponer al organismo a múltiples y diferentes enfermedades.

Las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad son cutáneas, pulmonares, neurológicas, digestivas, neoplásicas y, por haber disminución de las respuestas defensivas, no son infrecuentes otras infecciones oportunistas (Martínez García, 1987; López, 1991).

Los virus que atacan al organismo infectado de VIH son muy variadas:

Casi la mitad de las personas con SIDA presentan infecciones pulmonares, la mayoría de las veces con problemas respiratorios, como la neumonía provocada por *Pneumocystis Carinii*. Las infecciones que atacan el intestino pueden ser también muy diversas, como la *Candidiasis*, conocida como algodoncillo, causada por el microorganismo *Cándida Albicans* (Miller, 1989).

Ciertas infecciones vinculadas con SIDA pueden causar diarrea. La más común de ellas es la originada por un microorganismo llamado *Cryptosporidium*. Otro padecimiento puede ser una ulceración grave en la región anal por herpes genital (Op.cit.).

La enfermedad más común del sistema nervioso propiciado por el SIDA es la *encefalitis subaguda*, que causa una pérdida gradual de las funciones intelectuales hasta ocasionar la demencia grave. El llamado *Cryptococcus* puede producir meningitis, caracterizada por la inflamación de las membranas que cubren el cerebro y fiebre persistente, además de fotofobia (Op. Cit).

La *toxoplasmosis cerebral* también derivada del SIDA, causa crisis convulsivas, cefaleas, somnolencia y debilidad en uno o varios miembros.

El virus llamado *citomegalovirus (CMV)* puede inflamar en los enfermos del SIDA la retina de uno o ambos ojos, y originar así un trastorno conocido como retinitis (CMV), que deteriora la visión hasta ocasionar ceguera si no se trata (Op. Cit).

El tumor más común en pacientes con SIDA es una forma de cáncer cutáneo llamado *Sarcoma de Kaposi (SK)*, padecimiento que se había encontrado en hombres de edad avanzada de ascendencia mediterránea en Africa central, aunque es diferente del *Sarcoma de Kaposi* ocasionado por SIDA en México. Casi siempre es más agresivo que los otros tipos y suele comenzar en la piel aunque, a diferencia del tipo clásico, a veces surge en cualquier parte de la superficie cutánea. En etapa inicial se presenta de color rosa o violáceo, sin dolor ni prurito, y con el tiempo las lesiones se diseminan y alcanzan órganos internos. En ocasiones se presenta en el aparato digestivo, y la primera lesión aparece en el paladar; las del intestino llegan a producir hemorragias, causar anemia e invadir el cerebro y los pulmones (Op. Cit).

Estos grandes descubrimientos sobre la enfermedad han sido de gran importancia, pues ayudan a los pacientes con SIDA a procurarse una vida de mejor calidad, además de mostrar las diferentes formas de transmisión y descartar los prejuicios que rodean a este mal y que impiden controlarlo.

1.4 MEDICAMENTOS

Con el fin de seleccionar los medicamentos adecuados para cada paciente es necesario llevar a cabo dos exámenes: el primero, llamado conteo de células, determina la cantidad de células CD4 que hay por milímetro cúbico de sangre en el enfermo; su resultado indica cuánto daño ha causado el VIH, considerando que el parámetro normal es de 500 a 1200 células. La segunda prueba de carga viral, cuantifica las partículas virales localizadas en la sangre, indica así el daño que ha causado el virus, y permite predecir cuan rápido avanzará la enfermedad y qué tan pronto morirá el paciente (SIDA. HOY, 1997).

Los medicamentos necesarios para mantener a los pacientes en estado asintomático son los antirretrovirales y los inhibidores de la proteasa. La combinación adecuada de ellos para lograr un ataque efectivo al virus depende de cada paciente.

Los inhibidores de la proteasa forman parte de una nueva clase de fármacos creado para tratar la enfermedad del VIH. Los resultados de las pruebas de la carga viral demuestran que ellos son más eficaces que los fármacos antirretrovirales previamente aprobados (AZT, DDI, DDC, D4T, 3TC) para reducir la cantidad del virus en la sangre e incrementar la cantidad de importantes células inmunológicas (CD4 linfocitos T). Otra ventaja de los inhibidores de proteasa es que no son tan tóxicos como otros productos.

Los inhibidores de la proteasa impiden la acción de una de las enzimas que el VIH utiliza para reproducirse. La enzima proteasa se localiza únicamente en las células infectadas por el VIH, donde recorta las cadenas virales proteicas en tamaños adecuadas para formar nuevas partículas virales. El empleo de los inhibidores resulta en la formación de un virus defectuoso incapaz de infectar a otras células

Los inhibidores de la proteasa aprobados son

Saquinavir o Invirase, Ritonavir o Norvir, Crixivan o Indinavir.

La meta del tratamiento es reducir la cantidad corporal del RNA del VIH por el mayor tiempo posible. La decisión de tomar estos fármacos depende estrictamente del enfermo, pues debe tomar en cuenta el precio y la cantidad de medicamentos que tomará cada día durante toda su vida, sin olvidar que la psicoterapia individual también ayuda a

mejorar la calidad de vida del paciente. (Beta, Boletín de Tratamientos Experimentales Contra el SIDA, 1996).

1.5 FORMAS DE TRANSMISION DEL VIH

El VIH se transmite únicamente de las siguientes maneras, ordenadas de mayor a menor frecuencia:

1. Mediante relaciones sexuales sin protección, tanto entre homosexuales como heterosexuales, pues hay un intercambio de líquidos corporales como semen, secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y una sana (Gaceta CONASIDA, mayo/junio de 1988).

De los tres tipos de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral), el coito vaginal es el menos propicio para el contagio, sin embargo, el riesgo aumenta durante la menstruación por el contacto con la sangre (Gaceta CONASIDA, mayo/junio de 1988).

Las pequeñas heridas exponen en alto grado al organismo para que el virus lo penetre, sobre todo cuando se localizan en el pene, la vagina, el recto o la boca, pues las secreciones sexuales tienen contacto con ellas y el virus entra en el torrente sanguíneo.

La probabilidad de infectarse por medio de relaciones sexuales es menor de 60%, pero representa la forma más frecuente de contagio en todo el mundo (Gaceta CONASIDA mayo/junio de 1988).

2. Mediante transfusión sanguínea, cuando la sangre donada está infectada, penetración de agujas hipodérmicas usadas previamente por personas infectadas de VIH y trasplantes de órganos o tejidos también infectados.

Sí alguien se somete a transfusión de sangre y ésta contiene VIH hay el 100% de posibilidades de que se infecte. A raíz del terremoto de 1985 muchos heridos se infectaron por esta vía. (Gaceta CONASIDA, mayo / junio de 1988).

3. Por vía perinatal. Una mujer encinta contagiada de VIH puede infectar al feto durante el embarazo o al neonato en el parto o en el periodo de amamantamiento.

La probabilidad de que el feto o bebé resulten infectados en estas condiciones es de 50 al 60%.

Por otro lado en sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, saliva, lágrimas y orina se encuentra el VIH. Pero en grados de concentración muy diversos: mayor en sangre y semen, intermedio en secreciones vaginales y leche materna y mínimo en saliva, lágrimas y orina (Sepúlveda, 1989).

1.6 PRECAUCIONES PARA EVITAR EL CONTAGIO DE VIH

Es indispensable saber cómo se infecta la gente de VIH y cuáles son los resultados del contagio, con el fin de tomar precauciones y evitar la propagación del virus.

Los porcentajes de probabilidad de contagio de VIH en la gente en realidad son muy bajos, pero es preciso tener ciertos cuidados en las prácticas sexuales para evitar la infección del VIH.

Las prácticas donde no hay riesgo de infección son aquellas en que se traba contacto de piel a piel sana, sin que medie intercambio de líquidos corporales, como por ejemplo abrazos, besos secos, masturbación mutua, convivencia en alberca, comida en un plato compartido y la permanencia junto a una persona infectada, incluso en la cama. Las relaciones sexuales sin penetración garantizan sexo seguro (Miller, 1989).

Las medidas para tener sexo seguro son las siguientes:

Evitar el coito anal y vaginal (sin protección). Es más seguro evitarlo del todo; sin embargo, si se desea la penetración, se debe usar, de manera adecuada, el condón junto con un lubricante hidrosoluble (Gaceta CONASIDA mayo -junio de 1988).

Rehuir el sexo buco-genital y buco-anal, pues si hay alguna herida o úlcera en la boca y ésta tiene contacto con el semen u otras secreciones el virus penetra. En caso de estar infectado, además de reinfectarse es posible adquirir otras enfermedades sexualmente transmisibles. Los pacientes que llegan a tener estas prácticas experimentan ansiedad y angustia por haber estado en riesgo de infectarse o haber infectado a otro individuo.

No compartir vibradores, "consoladores" o "juguetes". Son seguros cuando los utiliza sólo una persona, pero cuando se comparten pueden transmitir líquidos infectados.

Rechazar el sexo en grupo y las circunstancias que llegan a propiciarlo, como la excitación sexual combinada con alcohol y drogas, que perturban el juicio y anulan la fuerza para tomar medidas preventivas y evitar riesgos no deseados.

Las prácticas de alto riesgo son aquellas donde hay contacto con piel y mucosas heridas, pues ello induce el intercambio de líquidos corporales como sangre y semen; por ejemplo: coito anal y vaginal sin condón (Gaceta CONASIDA mayo -junio de 1988).

1.7 PRUEBAS PARA CONFIRMAR SI LAS PERSONAS ESTÁN INFECTADAS DE VIH

Antes de hacerse la prueba de tiene que investigar si se esta en el periodo de ventana. El periodo de Ventana es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquel

en el que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo. En el VIH este periodo es de 4 a 6 semanas en promedio, pero puede ser de 2 a 3 meses.

La única forma de indagar si se está infectado del VIH es la prueba de sangre inmunoenzimático (E.L.I.S.A.) de resultar positiva se pide otra confirmatoria llamada inmunoelectrotransferencia (Western Blot) y si esta última también lo es, ello indicará que hay anticuerpos de VIH en el suero de la sangre del paciente denominado desde este momento seropositivo. La persona objeto de las pruebas es seronegativa si no se hallan anticuerpos de VIH en su sangre.

Existe la posibilidad de seroconvertirse, es decir pasar de tener un resultado negativo a un positivo después de un tiempo.

1.8 DESARROLLO DE LA EPIDEMIA DEL SIDA EN EL MUNDO

Los estudios epidemiológicos indican que el número de gente contagiada va en aumento; la OMS estima que alrededor de 8 a 10 millones de personas están infectadas del VIH en todo el mundo y para finales del siglo se calcula que la cifra alcanzará entre 25 y 30 millones (Alfaro Martínez, 1995).

En todo el mundo hay 21 millones de personas seropositivas. Un nuevo reporte del programa contra el SIDA de las Naciones Unidas registran estadísticas recientes de la epidemia mundial. Cada día 8500 personas son infectadas por el VIH, incluidos 1,000 niños. Se estima que el número de enfermos de SIDA es 21.8 Billones, de los cuales 800.000 son niños (4%) y 21 millones adultos (96%); entre estos últimos 12.2 millones son hombres (56%) y 8.8 millones son mujeres (40%). El número de muertes ocasionadas por el SIDA en 1995 fue de 1.3 millones de personas (Boletín de Tratamientos Experimentales Contra el SIDA, p. 23).

1.9 SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO

En México el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1983 (Ponce de León; Masías, A; Cruz, A 1988). La epidemia de SIDA en nuestro país presenta un patrón cada vez más vinculado con heterosexuales de zonas rurales. Así dejó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres que habían sido objeto de transfusiones sanguíneas para convertirse cada vez más en un padecimiento de transmisión heterosexual (SIDA ETS, 1997).

En México, hasta diciembre de 1999, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta entre 116 y 174 mil casos de infectados que con el 35% de retraso en la notificación y el 18.5% del subregistro se convierten en 64 mil casos de SIDA, ya desarrollado en nuestro

país. De total de casos 1078 (2%) son menores de quince años, entre 15 y 44 años son 33,337 (78%), mayores de 45 años son 7660 (17.9%), edades ignoradas 687 (1.6%). Para hacer un total de 42,762 de todos (100%), la vía de transmisión es la sexual teniendo 36,589 (85.8%) y 6,073 mujeres (14.2%).

Según estimaciones de ONUSIDA compartidas por CONASIDA, en nuestro país por cada caso desarrollado de SIDA debe haber por lo menos otros 3 casos de personas que viven con VIH lo que significa 182,750 personas, de las cuales el 90% desconoce que es portador del virus.

En México el SIDA es la tercer causa de muerte en el ámbito nacional entre hombres de 25 a 34 años y la sexta entre mujeres de esa misma edad. (SIDA ETS, 1999)

Del 1 de enero al 30 de junio de 1999 se han diagnosticado por entidad federativa los siguientes casos de SIDA:

Puebla 41, Sonora 20, Yucatán 20, Chiapas 18, Veracruz 17, Michoacán 14, Nayarit 14, Campeche 11, Tabasco 10, Tamaulipas 9, Hidalgo 8, Colima 7, Sinaloa 6, Distrito Federal 4, Aguascalientes 3, Guanajuato 3; México 3, Zacatecas 3, Baja California Sur 1, Durango 1 y Nuevo León 1. (SIDA ETS, 1999)

1. 10 ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA

Por ser una nueva enfermedad que ataca la vida del ser humano toca fibras importantes de la gente, como la sexualidad, algo privado e incuestionable donde hay resistencia a obedecer reglas, el SIDA ha convulsionado a la sociedad. Por lo que al hacer una revisión retrospectiva de la historia se puede observar que el comportamiento social en circunstancias similares nos muestra que lo nuevo es sumamente viejo. La sociedad se comporta de igual manera ante él, como lo hizo con la peste y así surge la idea de un flagelo colectivo que solamente puede combatirse mediante una acción colectiva (Pescador y Bronfman, 1989).

En la antigüedad se decía que la peste era un castigo divino, infligido a un pueblo por haber ofendido a Dios, quien desataba su ira ante la falta. El SIDA se interpreta también como un castigo de Dios, ante prácticas inmorales, contrarias a una sociedad rígida, cuya doble moral permite todo a ciertos grupos caracterizados por su nivel económico, estatus social y su genero elevados, pero que obliga a ocultarlo para no "ofender" a otros grupos. (Op. Cit.)

Ante una enfermedad sumamente contagiosa y difícil de detener, la sociedad adquiere mecanismos para protegerse del miedo que le provoca el SIDA buscando culpables, fundada en prejuicios que parecían ya extinguidos.

Por ello el blanco perfecto de la agresividad lo constituye el grupo homosexual, considerado el causante único de la propagación del virus por su preferencia sexual. Y todo el esfuerzo preventivo en contra del SIDA es obstaculizado precisa y principalmente por la desaprobación social (Herek y Glunt, 1988).

Así, la comunidad homosexual es golpeada, discriminada, estigmatizada y condenada a enfrentarse esta pandemia en la soledad. Por eso el SIDA ha desafiado espacios públicos y privados de la vida humana y enfrentado a disyuntivas tanto en la salud pública y la psicología, como en el derecho y la moral (Pescador y Bronfman, 1981). Los responsables de la salud pública han de encontrar una solución inmediata, mostrar el carácter íntimo y privado en que ocurre la mayor parte de los contagios.

Según la opinión pública, los homosexuales se infectan por castigo divino, de acuerdo con prejuicios morales impiden ver la realidad de la enfermedad y su transmisión, con lo cual resulta imposible alertar a grupos que también corren el riesgo de infectarse debido a una conducta de riesgo (Martínez, 1987). Sin embargo, el ataque hacia la homosexualidad parece no ser más que un reflejo de lo estremecedor que es enfrentarse a una enfermedad que deja al descubierto la sexualidad de cada integrante de la sociedad.

Por ello, se considera al SIDA un importante estresor ambiental, ya que pone a prueba las capacidades adaptativas del sujeto y rompe marcos de referencia importantes al exigir un ajuste personal y social para el que no siempre se está preparado (Martínez, 1981). Por lo tanto, la incidencia del SIDA seguirá aumentando hasta que la sociedad misma no tome la enfermedad como un problema de salud de todos.

CAPÍTULO 2

FACTORES PSICOSOCIALES:

2.1. CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL SIDA

Desde el nacimiento del SIDA, la principal vía de contagio en México, del virus de inmunodeficiencia humana ha sido el contacto sexual; por esta razón, las autoridades sanitarias han decidido que la educación sea lo más importante para erradicar tal enfermedad.

Indicar a la población cuáles son las formas de transmisión, las conductas de riesgo y las de prevención eficaz es lo más importante. Negy y Webber (1991) aseguran que la educación cumple un papel importante para impedir la propagación del SIDA y reducir el miedo a la infección y a quienes la padecen.

El conocimiento se define como la información organizada que los sujetos tienen sobre algún tema y lo más cercano a la objetividad (Pepitone, 1991).

El doctor Koop explica que, a mayor conocimiento sobre la transmisión del VIH, hay mayor conciencia en la población para protegerse (Calamidas, 1990). En un estudio se observó que los sujetos que habían conocido a alguien enfermo de SIDA señalaron haber cambiado alguna conducta para protegerse, en mayor medida que el otro grupo, que no había conocido a ningún paciente (Ramos y Díaz Loving, 1992).

Diversos estudios revelan que la población mexicana tiene un alto conocimiento sobre la etiología del SIDA y comprenden que se trata de una enfermedad venérea producida por un virus que ataca las defensas del organismo, así como que una persona infectada puede contagiar a otras en una relación sexual o por vía sanguínea (Villagrán y Díaz-Loving, 1992; Blanco y Páez 1990; Ramos Lira y Díaz Loving, 1990; Díaz Loving y Rivero 1992; López y Villagrán, 1994; Villagrán, Díaz Loving y Camacho Valladares, 1992. Pero en cambio desconocen la diferencia entre una persona infectada de VIH y una con SIDA (Ramos Lira y Díaz Loving, 1992).

Sin embargo, aunque la población cuenta con información básica sobre el SIDA, aún piensa en términos de *grupos de riesgo*, en lugar de *conductas de riesgo*. Ello ha inducido a pensar que los homosexuales, los drogadictos intravenosos y las prostitutas son la población de mayor riesgo y quienes deben usar siempre el condón (López y Villagrán, 1994; Sepúlveda y Bronfman, 1989; Hamilton, 1988).

Aunque la enfermedad se inicia en grupos de homosexuales, el virus se ha desplazado a la población heterosexual. Por ello se hace necesario proporcionar mayor información para evitar el miedo respecto a los grupos de homosexuales y prostitutas, ya que esto origina conductas de riesgo por parte de otros grupos y provoca homofobia (Martínez García, León Rubio, 1987; Hamilton, 1988; González, 1990).

Janz y Becker (1984) reportan que los hombres homosexuales y bisexuales están mejor informados acerca del SIDA y son más susceptibles de cambiar sus conductas de riesgo, que los heterosexuales, ya que si bien perciben el SIDA como un problema penetrante no se sienten vulnerables ante él e incurrir en prácticas riesgosas. Así a mayor negación de la vulnerabilidad ante el SIDA, mayor amenaza de contagio.

También se ha visto que quien a pesar de tener un conocimiento exacto de los mecanismos de contagio realiza una subvaloración del riesgo que corre y no adopta las medidas preventivas correctas. Ante estas conductas de riesgo, se llevaron a cabo varios estudios sobre la atribución de responsabilidad, que revelaron sesgos en el proceso cognoscitivo, especialmente al seleccionar información disponible y al atribuir la responsabilidad del contagio, lo cual puede afectar la motivación para adoptar conductas preventivas. Al mismo tiempo se ha visto que la responsabilidad de la infección no se relaciona con el número de parejas sexuales (en Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1992).

Fisher y Misovich (1990) plantea que la mayoría de la población que estudió sólo tenía relaciones sexuales monógamas y que tanto hombres como mujeres tienen el mismo conocimiento sobre el SIDA, y que cuanto más dure su relación de pareja menos se preocupan por infectarse de VIH.

Parece que la gente tiene puntos de vista irreales sobre sí mismo y percepciones exageradas sobre el control personal, por lo que tiende a ser irrealmente optimista sobre el futuro y a creer que su salud corre menos riesgos que la de los demás. Aunque las personas tienen conocimientos sobre VIH y SIDA, poseen prejuicios que los llevan a estigmatizar a los enfermos de SIDA, mencionando que son personas con múltiples parejas sexuales o que tienen una vida no "sana". Los heterosexuales aun sabiendo que se está incrementando el riesgo, no se sienten motivados para imprimir cambios a su conducta (Bowwnes, I; Gorman; Dinsmore, 1990); Bayes, (1989) menciona que para provocar un cambio conductual la propagación de conocimientos es necesaria pero no suficientes.

Por ello es importante reflexionar respecto a que los eventuales cambios de actitud o comportamiento son resultado de la conjunción de múltiples fuentes de información y aspectos psicosociales, como los mecanismos de defensa, evitación, represión y negación contra el conocimiento de una enfermedad mortal, que debe tomarse en cuenta cuando se realizan programas para erradicar el VIH y el SIDA (Archer, 1989).

Al tomar estos aspectos psicológicos en cuenta es posible abrir un espacio para reflexionar, elaborar y movilizar el conocimiento sobre el VIH para que se produzca un *insight* de estos aspectos, las creencias son fundamentales para llevar a cabo ciertos actos (Morin, 1990).

Las creencias pueden tener varias funciones psicológicas, ya que proporcionan apoyo emocional, control cognitivo, regulación moral e identidad grupal (Ramos, Lara y Cols., 1992). Tienen raíces excesivamente profundas como para que puedan ser cambiadas, ya que son conceptos normativos creados en grupos culturales. Sirven para manejar emociones, ejercer control sobre la vida y confrontar diferentes eventos de acuerdo con las variables culturales que, además de tener una coherencia lógica e interna permiten interpretar lo que sucede incluso, dar sentido a lo inesperado (Pepitone, 1991; Jodelet, 1986). Así los estudiantes que creían que una persona con SIDA puede curarse manifestaron que existía más riesgo de contagio en baños y albercas públicas (Ramos, Lara y Cols., 1992).

La creencia más generalizada sobre el origen del SIDA es la que resulta de la pérdida de valores, como la responsabilidad, la higiene y la vida moral, así como de relaciones con prostitutas y múltiples parejas sexuales. La gente cree que el SIDA ataca a los que tienen mala suerte, poca inteligencia y conductas no aceptadas, como exceso de sexo y perversión sexual, pues trastocan ciertos valores y son castigados por la Iglesia y Dios (Op. Cit; López y Villagrán, 1994).

2.2 ACTITUD HACIA EL CONDON

El SIDA es una enfermedad que predominantemente se transmite por vía sexual, por lo que las autoridades sanitarias han propuesto desde el inicio que el condón sea usado como una buena alternativa para prevenir la transmisión del VIH. Así, Gordon (1989) afirma que si todos los sujetos usaran siempre condón, la epidemia del SIDA se podría controlar

Sin embargo, el uso del condón se ve obstaculizado por las creencias acerca de su efectividad y por otros factores, (Fishbein y Cols. 1987) como las actitudes, la norma subjetiva y la motivación para complacer al otro. Entre más se conozca acerca de los factores que influyen en la decisión de llevar a cabo o no una conducta, mayor es la posibilidad de influir en ella, recordando siempre que las conductas se encuentran en función de las intenciones para realizarlas y tales intenciones son determinadas a su vez por actitudes hacia la realización del comportamiento. Toda acción ocurre respecto a un objeto determinado, un contexto y en un tiempo precisos.

Ajzen y Fishbein (1980) sostienen que frecuentemente se confunden las metas, logros y categorías de los comportamientos. Si se desea reducir la transmisión del SIDA (una meta) debemos identificar un o más factores que ayuden a conseguirlo.

El amor y la sexualidad están asociados a la confianza y hay una indisposición a integrar un elemento de desconfianza como el preservativo en una relación íntima (Morin, 1990). Las mujeres pueden pedirles a sus esposos o parejas que usen el condón y tomar eso como una meta en cuya consecución deben incorporar a sus esposos constantemente.

Fishbein (1990) afirma que las mujeres sí tienen la intención de usar el condón y planteárselo a sus parejas. Los hombres proponen más el uso del condón que las mujeres; sin embargo, las creencias que se tengan sobre él influirán para que ellas lo acepten o no, además es importante tener la creencia positiva acerca de la satisfacción sexual y la no-disminución de placer para que no disminuya la frecuencia del uso del condón. En una relación monógama se proponen a emplearlo menos.

Las personas que aceptan en las relaciones sexuales usar el condón presentan rasgos de abnegación, a la vez que tienen como un valor importante la búsqueda de placer, y las que ofrecen el uso del condón muestran rasgos de seguridad y consideran que su salud depende de ellos y adoptan más conductas preventivas, como tener sólo una pareja y usar condón (Díaz-Loving y cols, 1991).

Los estudios reportan que el uso del condón al parecer no se asocia con la edad, género y preferencia sexual, Las personas que tienen conductas de riesgo no están convencidas del uso del condón y 66% de ellas no se sienten amenazadas por el SIDA. El 76% de los entrevistados declararon que practican el sexo genital, aunque solamente 31% de los estudiantes negros y 51% de los blancos usaban el condón . Los estudiantes consideran que el uso del condón sólo previene el embarazo, pero lo usan poco, y los que lo usan con mayor frecuencia piensan que brinda mayor placer (Villagrán, V; Cubas C; Díaz L; Camacho V. 1990; Díaz y Rivera Aragón, 1992).

Los individuos procuran tomar medidas de protección cuando tienen una actitud positiva para realizarla y cuando creen que otras personas importantes para ellos piensan que deben actuar de ese modo, así si se tiene del condón una actitud positiva, entonces se usará, y con mayor frecuencia si los propios amigos lo hacen. La preocupación sobre el SIDA es un factor significativo del uso del condón (Fishbein, 1990).

Prohaska (1990) plantea que no hay una asociación entre el empleo del condón y la percepción de riesgo. Steben (1986), por su parte, sostiene que quienes tienen múltiples parejas usan el condón como método anticonceptivo y manifiestan una actitud favorable hacia el condón. En Francia, 86% de los jóvenes se pronuncian en favor del preservativo, pero sólo 5% de los estudiantes y 25% de los jóvenes sexualmente activos lo utilizan (Morin, 1990).

La mayoría de la población con múltiples parejas sexuales usa el condón de manera ocasional. El poco uso del condón se puede atribuir a la incomodidad, la inconveniencia y la sensación de que limita el placer (Fishbein, 1990 ; Villagrán , 1994).

2.3 PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción de riesgo es quizá el más sobresaliente rasgo psicodinámico que encabeza los modelos de conducta saludable (Prohaska, 1990) y en el SIDA la acertividad de la percepción de la enfermedad desempeña un papel fundamental.

La percepción es un proceso cognoscitivo medular en la adquisición del conocimiento. Con ello se vincula el aprendizaje y el pensamiento que sirve como mediador entre la realidad física, objetiva, y la reacción de un individuo (Forgus, 1975; Moscovici, 1988). El riesgo, por otra parte, es la probabilidad de algún evento futuro, en el cual la certeza de un resultado determinado es desconocida. Para estimar el riesgo personal real, los individuos necesitan algún estándar respecto del cual evaluar su oportunidad de ser afectado por un evento particular (Clarke, 1985).

Para percibir y responder ante los riesgos se deben considerar factores cognitivos, emocionales, sociales y explicaciones culturales (Jhonson, 1991); este autor indica que la percepción de riesgo se basa en los puntos siguientes:

- Ψ Surge la atención del evento.
- Ψ Estimación del riesgo (qué tan grande es).
- Ψ Evaluación del riesgo (qué tan serio es).
- Ψ Atribución de la causa y culpa (quién lo causa y quién es el culpable).
- Ψ El control que el sujeto ejerce sobre el peligro.
- Ψ Estrategias para resolver el problema (acciones elegidas).

El determinante (la acción) es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción del individuo sobre presiones sociales, esto es, la influencia de las personas importantes para él al creer que debería o no manifestar cierto comportamiento. También es importante la motivación del individuo para adaptarse y realizar cierta conducta (Fishbein, 1987).

Las percepciones de riesgo se derivan de sistemas de creencias que justifican y refuerzan la conducta socialmente sancionada (Prohaska, 1990); además, en las diferentes culturas, en diferentes grupos sociales se alerta sobre algunos riesgos, con el fin de mantener el control de la cultura o del grupo.

King (1982) ha demostrado que la gente cree que las enfermedades comunes no son graves y que las graves no son frecuentes. Para Heider (1988) es importante explicar nuestro comportamiento y el del otro en función de las características de la persona y de la situación (en Moscovici, 1988).

Según algunos reportes, hay más cambios en los comportamientos de hombres homosexuales que de heterosexuales de ambos sexos (Crawford, 1990; Hirschorn, 1987; Simkins y Kushner, 1988; Fisher y Misovich, 1990; Rivera y Díaz-Loving, 1992). Además, Hamilton (1990) refiere que hay una sobreestimación de riesgo en las lesbianas, a diferencia de los heterosexuales quienes, al no autopercibirse en riesgo, se exponen de modo continuo a situaciones de alto riesgo de contagio, a pesar de contar con abundante información al respecto.

Los resultados muestran que las percepciones de las personas mentirosas son parciales: exageran riesgos y subestiman los eventos asociados con frecuencia a acciones voluntarias. La gente que muestra percepciones parciales es de mayor riesgo (Tversky, y Kahneman, 1982). Además informaron que los adolescentes saben cuáles son las diversas formas de contagio de VIH, pero no están enterados de que el uso del condón reduce el riesgo de contagio.

Bayés (1989) considera que la gente seguirá incursionando en conductas de riesgo aunque tenga información porque:

- Ψ El placer que se produce es en forma inmediata.
- Ψ Las consecuencias nocivas aparecen a largo plazo.
- Ψ No existe una cadena de hechos que vincule en forma definida el momento de la infección con una sintomatología y las consecuencias nocivas que se pueden derivar de un comportamiento de riesgo.
- Ψ Es sólo probable que un episodio concreto produzca el contagio.

Los mexicanos tienen dificultad para entender las consecuencias negativas a largo plazo de sus conductas de riesgo; es decir que niegan la posibilidad de daño personal y suponen que son invulnerables (Izazola, Valdespino, Juárez, Mondragón y Sepúlveda, 1989).

La salud y la enfermedad dependen de la constitución corporal del hombre, su entorno físico y su interacción con la familia y el ambiente social. Es importante que la gente reconozca sus factores de riesgo para cambiar su conducta (González, 1990).

Múltiples estudios llevados a cabo en México con diferentes poblaciones (estudiantes, trabajadores, adolescentes, adultos hombres y/o mujeres han arrojado resultados

similares en cuanto a que su autopercepción de riesgo para sí mismos es menor que la percepción de riesgo en otras personas (Ramos, Díaz y colaboradores, 1990; Izazola y colaboradores 1989).

El mayor riesgo de contraer VIH/SIDA se percibe en las personas que tienen más de una pareja, sin importar su orientación sexual; niveles medios de percepción de riesgo corresponden a grupos de personas que cuentan con una sola pareja. Los que se perciben en riesgo de contagio se mostraron más preocupados y con intenciones de cambiar alguna conducta y con más cambios que los de otros grupos (Villagrán, 1994).

La autopercepción de riesgo mayor se encontró en quienes tienen mayor número de parejas sexuales, quienes han debutado sexualmente a más temprana edad y quienes tienen una orientación homosexual y bisexual, a diferencia de los que tienen pocas parejas sexuales, debutaron sexualmente a mayor edad y tienen prácticas heterosexuales, los cuales se perciben en menor riesgo (Villagrán, 1994).

Para Díaz-Loving y Rivera Aragón, (1992) es muy probable que los estudiantes activos no se perciben en riesgo para mantener el control y tener tranquilidad en su vida .

La percepción de riesgo de la población es exagerada en cuanto a los eventos involuntarios, catastróficos y no comunes, y resulta menor respecto a los eventos comunes y familiares, el SIDA no es un evento común, lo que permite exagerar con respecto a algunos aspectos pero en lo profundo y lo individual se convierte en algo profundamente distante (Jhonson, 1991).

Para Prohaska, et al (1990) es importante el estudio de la autopercepción o estimación del riesgo de llegar a enfermar, para entender por qué la gente sigue conductas que ponen en riesgo su salud y cuáles son los factores que motivan a la gente a adoptar medidas para evitarla.

Los estudios muestran que la autopercepción de riesgo es muy baja en los diversos grupos, aunque manifiestan conductas riesgosas, como tener múltiples parejas y practicar el sexo vaginal o anal sin protección (Downes, Ogorman y Dinsmore, 1990; Kelly y Lawrence, 1990).

La mujer percibe mayor riesgo que el hombre heterosexual (pareciera que para los hombres es importante enfrentar riesgos y vivir la aventura), pero entre homosexuales el hombre percibe mayor riesgo que la lesbiana (Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1992).

Slovic, Fischhoff y Sarah L, (1979) sostienen que la gente percibe mayor riesgo personal de morir en un accidente que a causa de una enfermedad.

Según investigaciones del National Health Interview Survey (NCHS, 1988), más de 90% de los entrevistados saben que el SIDA no tiene cura y conduce a la muerte; sin embargo, estos datos no revelan el conocimiento del SIDA parte como un evento amenazante e incrementa la creencia de la susceptibilidad propia, por otra. En otro estudio ninguno de los sujetos se siente en riesgo, pues creen que por el solo hecho de ser heterosexuales están a salvo de la infección y siguen teniendo relaciones sexuales sin protección (Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1992).

Se argumenta que la percepción de riesgo debe ser entendida en términos de disposiciones de orientación, que implican rasgos de personalidad, aspectos de estructura social y prejuicios culturales .

Es importante analizar el costo-beneficio de una acción y, si los beneficios pesan más que el costo, se recomienda que sea aceptado (Slovic P., Fischhoff B. y Liechtenstein S. 1990); Por lo tanto, sería importante insistir en que si la gente elige usar el condón tendrá un placer permanente y un proyecto de vida a largo plazo y que de lo contrario pagará un costo muy alto, como la angustia permanente producida por la amenaza de enfermar y morir.

CAPÍTULO 3

3.0 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

En este capítulo se describe la definición y el desarrollo de la personalidad, desde la perspectiva de varias teorías. Ello permitirá aproximarse al problema del SIDA desde diferentes enfoques teóricos.

En la psicología, la personalidad ha tenido un lugar importante, ya que son muchos los teóricos que la han abordado y muchas las teorías que han intentado, a partir de su estudio y definición, encontrar solución a los problemas del ser humano y encontrar el camino para entenderlo más ampliamente. Pero tal objeto de estudio ha sido difícil, pues sufre constantes cambios a través del tiempo.

El objetivo de esta investigación es proporcionar estrategias alternativas para prevenir la propagación del VIH mediante el estudio en conjunto de los rasgos de personalidad, los conocimientos sobre el VIH/SIDA, la percepción y la autopercepción de riesgo. La alternativa consiste en la creación de mensajes preventivos que consideren los elementos mencionados con anterioridad.

La alternativa consiste en la creación de medios preventivos que condicionen los elementos mencionados con anterioridad. Ante el aumento progresivo de la tasa de personas infectadas con el VIH, la psicología tiene la responsabilidad enfrentar desde diferentes puntos de vista la enfermedad, sobre todo con miras a detener la propagación del SIDA.

3.1 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

La personalidad se conforma mediante una gran variedad de experiencias y crecimientos de la vida.

Cuando el niño nace, algunas características ya están determinadas; sin embargo, aquí sólo se encuentran las potencialidades para el desarrollo de los componentes de la personalidad; las etapas subsecuentes para su evolución pueden sucederse de una manera sana y en una secuencia normal hasta una madurez biopsicológica y biosocial, a través de la lactancia, la niñez, la madurez y la senectud, con las potencialidades individuales, las satisfacciones subjetivas y el ajuste social. Puede haber también una intervención o un crecimiento desigual en algún aspecto debido a complicaciones genéticas, ambientales, sociales y emocionales.

La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona, y comprende por lo tanto sus rasgos, intereses, valores, imágenes y emociones, es decir la estructura que el individuo integra dentro de sí (Guarner, 1984).

Wolff, menciona que la teoría de los rasgos considera que la personalidad esta determinada por rasgos definidos y que éstos se pueden inferir por una medición de sus indicadores, además de que lo fundamental son las acciones abiertas y su relación con experiencias presentes (Citado en Cueli y Reidl, 1981).

Cattell (Citado en Cueli y Reidl, 1981), fundamenta como constante de la personalidad los conceptos de rasgos, ya que la persona puede adquirir su personalidad con base en su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. El mismo autor define la personalidad como aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada y así define los rasgos como "estructuras mentales". Un rasgo no existe en la persona, es un concepto y una medida derivada de sus relaciones con el ambiente. Los rasgos conductuales son las negociaciones o compromisos necesarios entre las urgencias fisiológicas del organismo, por un lado, y las demandas físicas y sociales, por otro.

Los rasgos pueden estar divididos en comunes y únicos. Los rasgos comunes son propios de todos o casi todos los individuos desenvueltos en un medio social semejante; los únicos son exclusivos de un individuo en particular (Op.Cit)

Los rasgos pueden ser psicológicos, fisiológicos, físicos o sociológicos, producidos por la herencia, congénitos o innatos, y moldeados por el ambiente, o bien una mezcla de todos ellos.

Los rasgos se manifiestan como: habilidades, rasgos temperamentales y rasgos dinámicos. Una habilidad es la manera en que el individuo responde ante una meta que pretende alcanzar, es decir su efectividad para alcanzar un cometido. Un rasgo temperamental se refiere a una forma de respuesta, tal como la velocidad o la energía emocional. Un rasgo dinámico tiene que ver con la motivación y el interés, se refiere al hecho de que el individuo se halle listo para la acción con el fin de alcanzar cierta meta. Cualquier acto conductual expresa algo de cada una de las tres modalidades (op.cit).

Para Allport (Citado en Cueli y Reidl, 1981) la personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al medio ambiente. Tal definición subraya que la personalidad está en continuo cambio y desarrollo, aunque al mismo tiempo exista una organización sistemática que reúne y comparte varios componentes de la personalidad; el término psicofísico significa que la

personalidad no es sólo psicológica o mental. La organización se refiere a que la mente y el cuerpo están unidos en la personalidad del individuo. Con esto vemos cómo Allport enfatiza que la personalidad establece relaciones entre el individuo y el medio ambiente, tanto físico como psicológico; algunas veces domina el primero y otras el segundo.

Allport (Citado en Cueli y Reidl, 1981), plantea que la personalidad es lo que un hombre de hecho es y hace, la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo, que determinan su ajuste único al ambiente. El elemento estructural de la teoría de Allport es el rasgo; según él hay rasgos comunes, propios en mayor o menor cuantía, de todos o casi todos los individuos de una sociedad determinada, pues son personas que tienen semejanza en lo biológico, cultural y ambiental, y tienden a luchar por metas semejantes en forma más o menos similar.

El rasgo individual es una característica, porque los rasgos se manifiestan siempre en los individuos y no en la comunidad y se desarrollan y generalizan de manera única en cada individuo de acuerdo con su manera de relacionarse con el medio ambiente. Un rasgo representa el resultado de la combinación o integración de dos o más hábitos (Ampudia, 1994).

Para Guilford y Zimmerman (Citado en Ampudia, 1994), la personalidad es el patrón único de rasgos de un individuo y un rasgo es un aspecto distintivo y duradero de que el individuo goza y por el que se distingue de otro ser humano.

Según Allport, el recién nacido es casi como una criatura producto de la herencia, la pulsión primitiva y los reflejos existentes; no ha desarrollado sus atributos distintivos, que aparecerán más tarde; al nacer, el infante está dotado de ciertas potencialidades físicas y temperamentales que poco a poco se van diferenciando con la interrelación en el medio ambiente (Citado en Cueli, 1981).

Para Allport, el llegar a la madurez implica poseer, ante todo, una extensión del *self*, esto es que su vida no debe estar restringida en ningún sentido, aunque deberá realizar actividades propias y también cumplir deberes inmediatos, y sus satisfacciones y frustraciones deberán ser muchas y variadas, más que restringidas (cit.op).

Catell (1965) explica que en diferentes estructuras dinámicas hay un conflicto entre él yo y el ello, así como entre el yo y el superyó. Con gran frecuencia, la conducta clínica neurótica surge del desequilibrio entre los poderes ejercidos a través de estas estructuras y de los conflictos resultantes (Citado en Cueli, 1981).

Por su parte, Freud efectúa todo un análisis del desarrollo de la personalidad, la cual está integrada por tres sistemas el ello, el yo y el superyó. En la persona sana, estos sistemas logran un equilibrio y trabajan en cooperación, lo cual permite al individuo

interactuar y adaptarse de manera eficiente al medio ambiente. Lo que buscan estas tres instancias es que el individuo logre satisfacer todas sus necesidades, aunque también que cumpla con las exigencias del medio; pero si las instancias exigen demasiado e impiden la satisfacción de sus necesidades, el individuo queda insatisfecho consigo mismo y se desadapta de su medio ambiente (Freud, 1923).

Para entender el proceso y la dinámica del individuo es necesario revisar cada una de las instancias mencionadas:

3.2 EL ELLO

El ello tiene como principal finalidad llevar al individuo al placer, por medio de las descargas de excitación acumuladas. Procura mantenerlo siempre con la menor energía acumulada posible, ya que la tensión se experimenta como dolor y la descarga como placer (Freud, 1923)

Al inicio de la vida, el ello es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier excitación sensorial que se produzca; la consecuencia es la eliminación del estímulo, que puede llegar tanto desde el interior del cuerpo como del medio ambiente. Las tensiones experimentadas por el organismo no siempre se descargan de manera refleja, como por ejemplo en el caso del hambre, sino que se necesita algo o a alguien externo para satisfacerlo, lo cual permite el desarrollo psicológico e ir más allá del uso del aparato reflejo. Este desarrollo se logra porque las necesidades del niño no se satisfacen inmediatamente, con el consecuente malestar y frustración, y finalmente, el desarrollo del ello y del yo.

Como resultado de la frustración constante aparece el proceso primario, que permite al ello obtener satisfacción inmediata, pero sólo de manera fantaseada; sin embargo, el tiempo en que el ello se satisface con las fantasías del proceso primario es corto y después demanda una gratificación real. El aparato psicológico tiene una extremidad motriz (los músculos que se dirigen a la acción y al movimiento) y una sensorial (los órganos de los sentidos), un sistema nervioso y un sistema perceptual (Freud, 1911).

El sistema perceptual recibe excitaciones de los órganos sensoriales y forma una representación mental del objeto que conserva como huella mnémica en el sistema de la memoria. Cuando se activan las representaciones se dice que se tiene una imagen mnémica del objeto percibido originariamente, y así el pasado es traído al presente. La percepción es una representación mental de un objeto, mientras la imagen mnémica es una representación mental de una percepción: cuando miramos algo se forma una percepción; cuando recordamos lo que hemos visto una vez se forma una imagen mnémica y así se forma el proceso primario (Freud, 1923).

El proceso primario procura descargar la tensión al establecer una "identidad de percepción". La formación de la imagen de un objeto reduce la tensión, por lo que se produce la realización de deseos. Este proceso es útil en vigilia para imaginarse lo que se necesita antes de llegar a la acción, pues al tener el recuerdo mnémico podemos recordar el sabor, olor, textura y forma de lo que necesitamos. Pero como el proceso primario no satisface, ni reduce la tensión, se desarrolla el proceso secundario, función que corresponde al yo.

El ello es la fuente de energía psíquica y la sede de los instintos; el yo y el superyó retiran energía de él. El ello está más íntimamente relacionado con el cuerpo, su energía se encuentra en estado móvil y por eso puede descargarse con prontitud o desplazarse de un objeto a otro de manera inmediata. Si al ello se le compara con el yo o el superyó, le falta organización, no cambia ni se modifica con la experiencia (porque no está en contacto con el mundo externo); sin embargo, es regulado y controlado por el yo.

Freud (1923) habla del ello como si fuera la verdadera realidad psíquica, ya que existe desde el inicio de la vida del individuo. Cuando se repiten numerosas veces las mismas experiencias se quedan permanentemente en la vida del sujeto y durante ésta se depositan nuevos contenidos como resultado del mecanismo de la represión.

El ello es arcaico y en él se fundamenta la personalidad; conserva su carácter infantil toda la vida, no tolera la tensión y exige una gratificación inmediata, es exigente, impulsivo, intolerante, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. Es omnipotente porque posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación, la fantasía, las alucinaciones y los sueños, no reconoce nada exterior a sí mismo; es la parte inaccesible y oscura de la personalidad; no piensa, sólo desea y actúa.

La energía del ello se utiliza para gratificar mediante acciones reflejas y la realización de deseos. En tal realización, la energía se usa para producir una imagen del objeto instintivo. Invertir la energía en la imagen de un objeto o consumirla en una acción sobre un objeto que satisfaga un instinto se llama elección de objeto o catexia de objeto. Toda la energía del ello se consume en catexias de objeto o catexias objétales (Op. Cit.).

La energía que utiliza el ello es desplazable, lo cual quiere decir que la energía se puede desviar de un objeto a otro fácilmente, con el único propósito de descargar la energía y dejar al sujeto en reposo. Esta facilidad para desviar la energía se debe a que el ello no establece diferencias entre un objeto y otro. La tendencia del ello a tratar los objetos como si fueran iguales, a pesar de sus distinciones, produce una deformación del pensar llamada pensar predicativo, que impide a las personas hacer discriminaciones adecuadas en su vida cotidiana. Cuando el ello trata de sacar la energía acumulada y lo logra a

pesar de las resistencias impuestas por el yo y el superyó, las personas cometen errores diversos o sufren accidentes al obedecer a la vida impulsiva del ello, pero cuando no logran hacerlo, el yo y el superyó se hacen cargo de esa energía y la aprovechan para alcanzar eficacia en sus operaciones (Op. Cit.)

3.3 EL YO

El yo, por su parte, permite al individuo estar en contacto con la realidad. Se forma porque los dos procesos (actividad impulsiva y formación de imágenes) del ello son insuficientes para alcanzar la supervivencia y la reproducción. El individuo necesita buscar alimento, su pareja sexual y mayores objetos para el desarrollo de su vida, por lo que necesita tener contacto con el medio exterior y tomar lo que necesita de él, así como predominio y aceptación de sus reglas. (Op. Cit.)

El yo se desarrolla a partir del choque con la realidad y del contacto que establece el organismo con sus objetos (Michaca, 1987).

Entre las tareas del yo se cuentan dominar al ello y al superyó y mantener negociaciones con el medio exterior en interés de la personalidad total y sus necesidades. Cuando lo anterior se logra resulta una personalidad estable, pero cuando el ello o superyó dominan al yo, la personalidad resulta inadaptada (Freud, 1923).

Al yo lo gobierna el principio de la realidad y la finalidad de éste es demorar la descarga de tensión para aprovechar la energía justo cuando se presente el objeto apropiado para satisfacer las necesidades y lograr la mejor estabilidad de la personalidad. Al demorar la acción, el yo debe tener la fuerza suficiente para soportar la tensión que generará la exigencia de descarga de energía por parte del ello y saber que, a su debido tiempo, el principio de la realidad llevará al placer, aunque tenga que soportar temporalmente la incomodidad. El principio de la realidad tiene a su servicio el proceso secundario, que se superpone al proceso primario del ello. En el proceso primario sólo se cumple el imaginar el objeto que satisfaga la necesidad, pero el cumplimiento, es decir la traída del objeto a la realidad y la noción de cómo llegar corresponder sólo al proceso secundario, consistente en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción desarrollado por el pensamiento y la acción (cognición); es el que resuelve y piensa los problemas (Freud, 1938).

El proceso secundario separa el mundo subjetivo del mundo objetivo y es incapaz de estimar la imagen del objeto como si fuera el objeto mismo, esto desarrolla la percepción, el pensamiento y la acción. El sistema perceptual desarrolla facultades más finas de discriminación, para resolver un problema con mayor exactitud; además, el pensar acumula una gran cantidad de información en la memoria y ésta mejora mediante la

formación de asociaciones entre las huellas mnémicas y el lenguaje. Además, la persona aprende a manejar sus músculos con más habilidad y ejecuta movimientos más complejos (Freud, 1923).

Otra función del yo es la que produce las fantasías y ensueños, libres de las exigencias de la prueba de la realidad y subordinados al principio del placer. Pero el yo sabe que es fantasía y no realidad, en tanto que el ello los confunde en el proceso primario. En estas fantasías, el yo toma unas pequeñas vacaciones.

Aunque el yo se desarrolla mediante el contacto con el medio ambiente, su evolución se relaciona también con la herencia, por lo que cada persona tendrá potencialidades innatas para pensar y razonar que se incrementan de manera individual con la experiencia, el aprendizaje y la educación (Hall, 1991).

El yo utiliza energía del ello, pero empieza a tener energía propia a través de sus procesos, como la discriminación, el juicio y el razonamiento, que lleva a cabo con base en el mecanismo llamado identificación. Gracias a este, la energía que el ello invertía en imágenes sin tomar en cuenta la realidad se desvía hacia la formación de representaciones mentales precisas del mundo real; es decir que el pensamiento lógico reemplaza a la realización de deseos, y así se logra el inicio del desarrollo del yo. La separación entre la mente (fantasías) y el mundo físico de la realidad se produce como resultado de la frustración y el aprendizaje.

Mediante la identificación, queda disponible la energía para el desarrollo del pensamiento realista (el proceso secundario que reemplaza la realización alucinatoria de deseos del proceso primario). Todo este intercambio de energía es un suceso dinámico importante para el desarrollo y crecimiento de la personalidad (Freud, 1923).

Cuando el yo sigue aumentando la efectividad de las funciones racionales gana más y más energía del ello, que utiliza para realizar actividades cada vez más complicadas, como por ejemplo de recreación; así el yo impide que la energía del ello se descargue (contracatexias), a la vez que siempre se opone a la catexia (Freud, 1923), por lo que el ello se ve debilitado; pero si el yo fracasa, la energía libidinal regresa al ello, a la catexia del yo se convierte en catexia instintiva, y el ello nuevamente cobra fuerza ante el yo. La energía del yo, a diferencia de la del ello, es menos fluida y está más ligada. La energía del yo se utiliza para realizar una síntesis o integración de los tres sistemas, con la que se logra la armonía interna y la realización de transacciones con el ambiente. Cuando el yo cumple su función sintética, se fusiona con el ello y el superyó y resulta una personalidad armónica.

3.4 EL SUPERYÓ

Es la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal y pugna por la perfección y no por el placer en la realidad. Se desarrolla a partir del contacto con los padres y con la sociedad, mediante el aprendizaje de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso. El niño internaliza las normas impuestas por sus padres y actúa con el fin de recibir aprobación y cariño de ellos, y evitar el disgusto y el desamor (Freud, 1920).

El superyó está compuesto de dos subsistemas; el ideal del yo y la conciencia moral. El ideal del yo se funda en los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran bueno. La conciencia moral corresponde a lo que los padres del niño juzgan moralmente malo, lo cual se establece mediante experiencias de castigo. La formación del superyó avanza en función de recompensas y castigos, tanto físicos como psicológicos. Los físicos son dolorosos ataques al cuerpo del niño. La mejor recompensa psicológica es la aprobación de los padres, expresada mediante palabras o expresiones faciales que significan amor, por lo que privarlo de ellas es el máximo castigo psicológico.

Las recompensas o castigos reducen o aumentan la tensión de energía interna, la cual es asignada al yo, ya que es el responsable de que se lleve a cabo la acción deseada por el superyó, es decir los actos morales o inmorales. El superyó castiga o recompensa al yo no sólo por dejar llegar a la acción al individuo, sino también por dejarlo pensar en hacer algo. Esto nos muestra cómo el superyó no distingue entre lo objetivo y lo subjetivo, pues para él lo mismo es pensar que hacer (Freud, 1920).

Las recompensas y castigos físicos impuestos por el superyó son sentimientos de orgullo y de culpa o inferioridad, respectivamente, para el yo. El orgullo equivale al amor propio y la culpa o inferioridad al odio a sí mismo; ambos son la representación interna del amor o rechazo de los padres. El superyó del niño es el reflejo del superyó internalizado de los padres; su finalidad es controlar y regular los impulsos cuya expresión no controlada pondría en peligro la estabilidad de la sociedad: el sexo y la agresión.

La prohibición de la conciencia moral se vincula con inhibiciones o contracatexias que bloquean la descarga de la energía instintiva, algunas veces al atacar directamente la acción de la energía instintiva y otras por medio de los mecanismos del yo. Las contracatexias de la conciencia moral difieren de las del yo. Las fuerzas de resistencia del yo tienen la finalidad de descargar la energía con un buen plan de acción que indique el mejor momento para hacerlo con el mejor objeto; en cambio, las prohibiciones de la conciencia moral tratan de obstaculizar todo pensamiento de acción; lo que persiguen es que el sujeto olvide.

El ideal del yo desea alcanzar la perfección. Tal ideal representa elecciones objetales perfeccionistas y sus intereses se determinan más por los valores morales que por valores reales. Así, el yo lucha más por lo que es bueno, pues la virtud es lo más importante. Al identificarse con las elecciones objetales éticas del ideal del yo, éste experimenta sentimientos de orgullo; pero si el yo elige objetos que el superyó cree carentes de valor, sufre sentimientos de vergüenza y culpa, lo cual implica acciones agresivas contra el yo, cuando éste intenta ser hostil o rebelde ante una figura de autoridad. Y como el yo es el agente de la vida, cuando el superyó se antepone a sus deseos se convierte en un agente de muerte, al igual que el ello.

El ello puede manejar al superyó con el fin de que sea ayudado por el yo para poder satisfacer sus instintos; así el superyó puede volverse en contra del yo y hacerlo sentir malo e indigno, lo cual demuestra que el superyó puede ser corrompido por el ello. Tanto el ello como el superyó falsifican y deforman la realidad o, más bien, deforman el pensamiento realista del yo. El superyó obliga al yo a ver las cosas como deberían ser y no como son. El ello obliga al yo a ver el mundo como el ello desea que sea. Así, el proceso secundario, la prueba de realidad y el principio de realidad del yo son pervertidos por fuerzas irracionales.

El yo se forma a partir del ello y el superyó a partir del yo. Si el ello es el producto de la evolución y el representante psicológico de la constitución biológica de la persona, el yo surge a partir de la interacción con el medio ambiente y la esfera de los procesos superiores; por su parte, el superyó es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición cultural. Estas tres instancias psíquicas operan a partir de energía psíquica, la cual imparte instrucciones a los procesos psicológicos, como la percepción, la memoria y el pensamiento, se halla en constante transformación, es usada para llevar a cabo cualquier actividad y se obtiene de los instintos (es la condición inata que imparte instrucciones a los procesos psicológicos) (Freud, 1926).

Un instinto tiene una fuerza, una finalidad, un objetivo y un ímpetu. Las fuentes principales de energía instintiva son las necesidades. Una necesidad es un proceso excitante en algún tejido u órgano del cuerpo que libera energía acumulada en el mismo. La finalidad del instinto es la eliminación de la tensión que provoca la necesidad, pero esta última finalidad sólo se puede alcanzar mediante satisfacciones parciales que permiten alcanzar la meta final. Freud llamó a la meta final de un instinto su finalidad interna y a las metas intermedias de la misma sus finalidades externas (Freud, 1926).

Un instinto siempre trata de producir una regresión a un estado anterior. Esta tendencia del instinto a repetir una y otra vez el ciclo de excitación y luego de reposo se le llama compulsión a la repetición. El ímpetu de un instinto es su fuerza, que se determina por la cantidad de energía que posee. La energetización de un sistema de la personalidad significa la desenergetización de otros sistemas, de modo que cuando el yo es fuerte encontraremos al ello y al superyó con poca energía.

La dinámica de la personalidad consiste en cambios en la distribución de la energía a través de la personalidad. La conducta de un sujeto está determinada por su dinámica (Hall, 1991).

Las fuerzas impulsoras son las catexias y las fuerzas controladoras son las contracatexias. La contracatexia (frustración interna) no surge hasta que la frustración externa le prepara el terreno. Si las fuerzas impulsoras ganan la acción se llevará a cabo, pero si las contracatexias son más fuertes la acción no se producirá. Las viejas catexias mnémicas se debilitan a medida que se agrega energía a las nuevas; cuando no se recuerda algo es porque la catexia de la huella mnémica se opone y sobreviene una resistencia o contracatexia, por lo que se dice que los recuerdos están reprimidos. Los recuerdos se reprimen porque son muy dolorosos para el sujeto o se asocian con algo sumamente doloroso, en ambos casos el fin es proteger a la persona de la ansiedad e incomodidad.

La oposición de una contracatexia a una catexia se llama conflicto interno. Éste se puede dividir en dos categorías: los conflictos ello - yo y yo - superyó. Los procesos de la personalidad están regulados por la interacción de las catexias y las contracatexias, que no siempre pueden ser conocidas por el sujeto y llegan a ser inconscientes.

3.5 EL INCONSCIENTE

El inconsciente es lo que se desconoce. El que un contenido sea consciente o no depende de la magnitud de la energía invertida (catexia) en él y en la intensidad de las fuerzas de resistencia (contracatexia).

Las percepciones y los sentimientos son experiencias directas de algo que le está ocurriendo a la persona en el presente. Los recuerdos y las ideas corresponden al pasado y, para que se recuerden y se hagan conscientes, se tienen que ligar con el lenguaje.

Hay dos cualidades del inconsciente: el preconscious y el inconsciente. El preconscious es el que se puede recordar fácilmente, porque la resistencia es muy débil, y el inconsciente es más difícil de recordar, porque la resistencia es más poderosa (Freud, 1900).

3.6 DOS INSTINTOS DE VIDA Y DE MUERTE

Hay dos grupos de instintos: el de vida y el de muerte. La meta final del instinto de muerte es regresar a lo inorgánico; sus derivados más importantes son la agresividad y la destructividad. Por su parte, el instinto de vida busca tener una perturbación

constante, producida por un estímulo externo; es la representación mental de todas las necesidades corporales cuya satisfacción es necesaria para sobrevivir y reproducirse, como los instintos sexuales, que tienen sus fuentes en diversas zonas erógenas: la boca, el ano y los órganos genitales.

3.7 ETAPAS DEL DESARROLLO

La primera etapa evolutiva es la oral, que va del nacimiento al año y medio de vida; la boca, la lengua y los labios son entonces los órganos dotados de mayor energía sexual, los deseos y gratificaciones se vinculan principalmente con ellos (Brenner, 1993). Los labios reciben una gran estimulación placentera por el flujo de la leche materna y son el primer elemento para la alimentación; después se separan de dicho flujo y surge la necesidad de cubrir el placer (Freud, 1905).

En esta etapa, la pulsión se dirige sobre todo al propio cuerpo, es decir es autoerótica: el niño no puede distinguirse a sí mismo de los objetos externos, no puede diferenciar entre él y su madre, y cree que son una misma persona (Freud, 1905; Guarner, 1984).

Del año y medio a los tres años de edad el ano es el reservorio de toda la energía sexual, pues la retención y la expulsión de heces fecales será lo que provoque satisfacción sexual al individuo. El niño que retiene sus desechos y acumula una gran cantidad de ellos provoca en su intestino grandes contracciones musculares que estimulan la mucosa anal, lo mismo que la materia fecal cuando pasa por ello. Poder retener las heces significa para la sociedad obediencia y expulsarlas representa desafío al medio ambiente (Freud, 1905; Brenner, 1993).

Aquí el niño logra obtener una cierta independencia, ya que aprende a caminar y hablar, y aumenta su capacidad de pensamiento porque adquiere la capacidad de juicio (Guarner, 1984).

Hacia finales del tercer año de vida, los genitales son los que se convierten en el factor sexual principal. En esta etapa fálica, el pene desempeña el papel principal tanto en los niños como en las niñas; en éstas el clítoris se convierte en objeto que puede proporcionar placer y el niño manipula su pene con ese fin. (Freud, 1905; Brenner, 1993)

En esta etapa el niño tiene grandes miedos de ser castrado, pues descubre a la niña sin pene y supone que ha sido castigada con la eliminación del mismo; la niña, a su vez, al ver al hombre con pene siente una gran envidia y desea tener uno igual. Esto se resolverá cuando la mujer tenga un bebé hombre (Freud, 1905).

La última etapa a la que se llega cuando las demás han sido cubiertas apropiadamente es la etapa genital y en ella el individuo logra obtener lo que es un orgasmo. En esta etapa se propicia la elección de objeto y el deseo de obtener placer a través de una sola persona se acentúa (Freud, 1905; Brenner, 1993).

Es importante recordar que la energía, aunque pasa de una etapa a otra, nunca se deja por completo; en la etapa anterior siempre resta una cantidad mínima de energía que a lo largo de la vida podrá permitir la satisfacción a través de todo el cuerpo.

La forma de energía utilizada por los instintos vitales se llama libido. Los instintos residen en el ello, pero se expresan al guiar los procesos del yo y del superyó. El yo es el principal proveedor de la vida; por un lado promueve el desarrollo de cosas que den más vida y por otro trata de transformar los instintos de muerte en vida. Cuando el yo se enfrenta al ello o al superyó, el individuo sufre incomodidad ante el medio social, a veces tanta que suele tener grandes umbrales de angustia. Esta es una emoción provocada por estímulos internos o externos, de manera consciente, ya que el sujeto puede percibirlo (Freud, 1926). La angustia es sinónimo de miedo. El miedo puede ser tanto interno como externo. Freud (1933) distinguió tres tipos de miedos (angustia real, angustia neurótica y angustia moral).

Los tres tipos de angustia son desagradables, su fuente es inconsciente y en algunos casos puede ser una combinación de dos o tres tipos. La angustia sirve para poner alerta al sujeto de que hay un peligro para el yo y, cuando la señal se hace consciente, el yo puede enfrentar el peligro, tanto externo como interno, pero si no puede hacer nada ante el peligro, la angustia se vuelve abrumadora (Freud, 1933).

En la angustia real el origen del peligro está en el mundo externo. En la infancia cuando se presenta una gran acumulación de peligros, el yo se abruma y ocurre lo que se llama un momento traumático; después, cualquier señal de angustia que se presente remite a la sensación de angustia experimentada la primera vez, pero en algunos casos se aprende a reconocer el peligro y esto permite no entrar en otro momento traumático (Freud, 1926).

En la angustia neurótica, la amenaza consiste en una elección objetal instintiva del ello. Es un miedo provocado por la imposibilidad del yo para detener las catexias del ello y los resultados que puedan ocasionar. Se puede manifestar de tres formas: la primera se manifiesta cuando el sujeto siempre tiene miedo de que ocurra algo, y de lo que tiene miedo es de que el ello se apodere del yo en su totalidad hasta volverlo impotente; la segunda angustia neurótica consiste en un miedo intenso e irracional llamado fobia; su característica principal es que el miedo no tiene proporción con la peligrosidad del objeto real, es decir suele ser irracional, porque el miedo es más bien del ello y no del

mundo externo, la angustia moral puede aumentar las fobias cuando el objeto deseado pero temido no es aceptado por el superyó. Por último, la tercera forma de angustia se ve en las reacciones de pánico o cuasi pánico, que sobrevienen repentinamente; la persona, en los momentos de pánico, reacciona de manera poco común, pero logra disminuir la presión que el ello ejerce sobre el yo (Freud, 1926).

La conciencia moral (superyó) introyectada de los padres al hijo amenaza con castigar a la persona por haber imaginado o hecho algo que no es aceptado por la perfección del ideal del yo; aquí el miedo es objetivo. Los sentimientos de culpa son la respuesta que la persona idealista paga por su renuncia a los instintos y cuando la culpa es intensa el sujeto busca un castigo.

Ahora es importante analizar las formas a que recurre el individuo para resolver su vida y seguir viviendo. Estas maneras de conseguir aceptación son cuatro:

1) La identificación, que se define como la incorporación de las cualidades de un objeto externo, como las de otra persona, a la propia personalidad; es decir que la persona imita o copia lo propio de otras personas para poder construir y moldear su vida. Cuando alguien se identifica con una persona con las mismas características que las propias se habla de identificación narcisista (Freud, 1923).

2) Identificación orientada a una meta y se manifiesta en que la persona frustrada se identifica con una persona de éxito para conseguir éste. Lo que se toma de la persona exitosa son sólo algunas cualidades y no toda la persona (Freud, 1923).

3) La identificación de pérdida de objeto se refiere a la persona que ha perdido el objeto y lo recupera haciéndose igual a él, lo cual sirve para no sentir que se ha perdido el objeto mismo.

4) El cuarto tipo de identificación es con el agresor, y ocurre cuando una persona se identifica con alguien a quien ve superior, a quien le tiene miedo, o con las prohibiciones establecidas por la autoridad. Se identifica principalmente por miedo, para evitar el castigo por medio de la obediencia. Está en la base de la conciencia moral (Freud, 1923).

Todos estos tipos de identificaciones tienen gran influencia en el desarrollo de la personalidad. Cuando el individuo no puede resolver su vida de una manera apropiada, es decir, cuando las energías instintivas no llegan a un acuerdo y a un reparto equitativo de energía, recurre a los mecanismos de defensa que le permitirán adaptarse al medio ambiente y que usa a través del yo de manera inconsciente. El yo, al utilizar energía para los mecanismos de defensa, les quita energía a otras actividades para el desarrollo emocional del individuo (Brenner, 1993; Hall, 1991).

3.8 MECANISMOS DE DEFENSA

Los mecanismos empleados al inicio de la vida son la introyección, la proyección, la negación y la regresión, sin embargo a través de la vida se seguirán utilizando en mayor o menor grado dependiendo de la fortaleza del yo (Guarner, 1984).

Introyección: es un proceso oral por medio del cual se busca la satisfacción; posteriormente los objetos son incorporados, lo cual sirve para obtener el sentimiento de omnipotencia(Op. Cit.).

Proyección: se utiliza para evitar el dolor, cuando la persona se siente mal ante la presión del ello o del superyó sobre el yo. Atribuye un deseo o impulso a otra persona, experimenta como algo ajeno ese sentimiento y lo ve en el otro. Si este mecanismo se usa en extremo, el criterio de realidad resulta gravemente disminuido (Guarner, 1984; Brenner, 1983; Hall, 1991).

Negación: es el rechazo de una porción de la realidad externa indeseada o no placentera, sea por medio de una fantasía complaciente o de la conducta. El fin es evitar que la persona tome conciencia del hecho doloroso o por lo menos que disminuya todo efecto (Freud, S. 1925; A. Freud, 1936; Guarner, 1984; Brenner, 1983).

Regresión: frente a conflictos graves se puede abandonar parcial o totalmente una etapa para retornar a otra previa (oral o anal) y evitar la angustia que aquélla genera. Cuando la regresión es extrema, el individuo es catalogado como enfermo mental grave, pues ella, le impide la comunicación (Guarner, 1984; Brenner, 1983; Hall, 1991).

Represión: consiste en alejar de la conciencia el impulso (puede ser recuerdo, emoción, deseo o fantasías) no deseado del ello, que provoca la angustia; aquí el yo y el ello están en constante lucha. Para mantener esta expresión la contracatexia debe ser mayor que la catexia. Lo reprimido pasa a ser parte del ello (Brenner, 1983; Hall, 1991).

Formación reactiva: una de dos actitudes ambivalentes se hace inconsciente y permanece así por la exageración de la otra actitud presente. La actitud inconsciente es rechazada por la sociedad y se recurre a la otra conducta aceptable. Este mecanismo es inadaptación irracional a la angustia, gasta la energía en finalidades engañosas e hipócritas, deforma la realidad y hace la personalidad rígida e inflexible (op.cit).

Aislamiento del afecto: se manifiesta cuando un deseo o recuerdo pueden venir fácilmente a la conciencia, pero no es posible traer a la memoria la emoción conectada con ella. Este mecanismo puede ser un ataque las sensaciones de la persona, porque comienza a ser sólo para un hecho y llega a generalizarse a todo el ámbito emocional; entonces las contracatexias operan para guardar fuera los afectos del pensamiento (Freud, 1926; Brenner, 1983; Guarner, 1984).

Anulación: consiste en una acción cuyo propósito es desaprobado o deshacer el daño que el individuo imagina en forma inconsciente, haber causado con sus deseos, sean sexuales u hostiles (Brenner, 1983).

Desplazamiento: las emociones que deberían dirigirse a un objeto se desvía a otro; es decir, que la energía psíquica se desplaza. La fuente y la finalidad del instinto permanecen iguales cuando se desplaza la energía, sólo el objeto meta varía (Guarner, 1984; Hall, 1991).

Racionalización: es la sustitución de un motivo que la sociedad no aprueba por otro que sí acepta (Hall, 1991).

Fijación: sobreviene cuando el desarrollo psicológico de la persona se detiene, es decir cuando el individuo no da el paso siguiente porque tiene miedo de lo que pueda encontrar más adelante y teme en general al fracaso y al castigo (Op. Cit.)

Sublimación: es una actividad substitutiva que al mismo tiempo gratifica al medio y da una medida de placer inconsciente al impulso infantil repudiado en su forma original. Actúa para armonizar y satisfacer las exigencias del ello y del medio ambiente en la forma más completa y eficiente posible. El yo cambia la dirección u objeto del impulso que parte del ello, sin bloquear su descarga; por eso el yo no se ve restringido, puede actuar y utiliza la energía apropiadamente en este mecanismo, ya que la meta por alcanzar es más elevada (Brenner, 1983; Guarner, 1984; Hall, 1991).

Todos los mecanismos de defensa, excepto el de sublimación, restan energía psíquica al yo para funcionar adecuadamente en otras actividades y realizar plenamente sus potencialidades psicológicas; sin embargo, todos los mecanismos de defensa son indispensables para vivir, siempre y cuando no sean utilizados excesivamente.

Las personalidades que pueden surgir a través del desarrollo de la vida de acuerdo con lo que cada individuo se enfrenta dependen de las satisfacciones, frustraciones, recompensas, manifestaciones de cariño y objetos que lo compensen y que no lo castiguen en exceso, y son las siguientes:

En el **nivel superior** se encuentra un superyó bien integrado, aunque punitivo, un yo bien integrado, *self* y mundo representacional estable; se utiliza como mecanismo la represión, un yo constreñido, sin infiltración instintiva. Aquí encontramos a los caracteres histéricos, obsesivos compulsivos y depresivos masoquistas.

En el **nivel intermedio** se halla un superyó menos integrado y punitivo cuya integración es deficiente, cambios de humor severos, expresiones disociadas de necesidades sexuales y agresivas y una "impulsividad estructurada" en ciertas áreas; hay represión y escisión,

contenidos pregenitales que reflejan represión de impulsos edípicos; las relaciones objétales son aún duraderas, estables, profundas y tolerantes de ambivalencia. Aquí aparecen los pasivo-agresivos, los sadomasoquistas, las personalidades narcisistas y pacientes con desviación sexual cristalizada y con capacidad para establecer relaciones de objeto parcialmente estables.

En el nivel inferior aparece una integración mínima del superyó, incapacidad para experimentar preocupación y culpa, rasgos paranoicos importantes; la delimitación del yo y superyó está borrada, la función sintética se encuentra dañada; como mecanismo se utilizan la escisión y la impulsividad; predomina la agresión pregenital en la formación del yo y del superyó, incapacidad para la empatía con objetos totales, las relaciones objetales son parciales, y no hay constancia objetal; sobreviene síndrome de difusión de identidad, falta de neutralización de la energía instintiva, debilidad yoica, incapacidad para la creatividad y el trabajo, poca tolerancia a la ansiedad y funciones cognitivas infiltradas por procesos primarios de pensamiento. En este nivel encontramos a las personalidades infantiles y narcisistas graves, antisociales, los desórdenes de carácter caótico, los caracteres "como si", las "personalidades inadecuadas y muchos de los "automutiladores", pacientes con desviaciones sexuales múltiples (o con combinaciones de desviaciones sexuales con adicciones a drogas).

3.9 TRASTORNOS CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos clínicos, los mecanismos utilizados y las resistencias principales a los mismos se describen a continuación:

Los hipocondríacos son personas que están preocupados permanentemente con respecto al estado de salud de una u otra parte del cuerpo. Bergeret (1974) menciona que corresponde a una fijación depresiva centrada en un punto preciso del organismo que se ha convertido en un mal objeto parcial narcisista, un objeto parcial a la vez inculpado y perseguidor gracias al cual el lazo analítico con el objeto total tiende a ser mantenido, por fuerza, a la sombra del riesgo fantasmático.

El verdadero mecanismo hipocondríaco, traduce un retroceso de la inversión libidinal de objeto exterior con aplazamiento de esta inversión sobre objeto narcisista interior al cuerpo del sujeto. Es la imagen objetal, la representación intrapsíquica del objeto exterior que se limita, en el repliegue narcisista, al campo de un órgano corporal interno.(op.cit)

La angustia subyacente en el carácter hipocondríaco concierne a la pérdida de objeto. Corresponde a una regresión oral, concierne al falo y a la agresividad con respecto al objeto que puede llegar a faltar; la represión de esta agresividad revierte en reproche contra una parte del cuerpo propio y representa así, al mismo tiempo, una maniobra preventiva de autopunición. (op.cit),

Estas personalidades tenderán a alejarse para no tener la posibilidad de infectarse de VIH, por el miedo constante de tener alguna enfermedad, sin embargo el deseo sexual elevado los puede llevar a tener conductas de riesgo difíciles de evitar.

En la personalidad depresiva, los mecanismos principales son introyección, identificación, desplazamiento, aislamiento y represión, y sus resistencias se manifiestan en la fijación del tiempo en la etapa actual. El depresivo imita del objeto perdido los ataques hacia los demás y los dirige contra sí mismo, es un mártir, es rígido, evita ciertos temas, muestra falta de afecto, no asocia y tiene escasos sueños (Guarner, 1984).

Abraham (1920) se dio cuenta de que el enfermo depresivo se siente poco amado y es incapaz de querer a los demás. Parece que el odio paraliza la capacidad de amar, además de producir culpa y autorreproches, lo cual incrementa la depresión.

Después de varias investigaciones, Abraham (1920), al estudiar la etapa oral, declaró que el depresivo ha llegado, por medio de la regresión, a la primera escala del desarrollo y que su hostilidad se dirige a la madre, por lo que los autorreproches son una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete. Por último,

Abraham hace referencia a dos síntomas relacionados con los alimentos: los depresivos rechazan la comida y temen morir de hambre; Freud ha hecho referencia a que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección; la parte hostil se manifiesta en el odio y el sadismo que se vuelcan contra el yo, que comienza a sufrir reproches e ideas de autodesprecio a través de la incorporación oral, puesto que los objetos son devorados.

Los autorreproches son en realidad agravios en contra del objeto amado, que se dirigen en oposición al yo del paciente, mediante la identificación narcisista; la pérdida del objeto actúa en detrimento de la propia estructura. Probablemente en esta personalidad la pérdida de objeto no fue real, pero intrapsíquicamente sí sucede, por lo que el rompimiento de la liga afectiva ocurre de manera inconsciente, quizás por un desengaño o tal vez por el abandono, en la etapa temprana, de uno de los padres o de ambos, debido a lo cual el niño sufre gran desamparo y soledad (Mackinnon, 1985; Guarner, 1984). "En el depresivo es el yo quien sufre la penuria y queda en la indigencia" (Guarner, p. 89); así, dirige a sí mismo la agresión que tendría que reservar para su objeto amado y entonces su yo acepta la culpa y se somete al castigo. La gran intensidad de culpa puede deberse al cultivo del instinto de muerte que se atrinchera en el superyó y se vuelve contra el yo. La persistencia en relación con la muerte suele ser por la aceptación del yo debido a que se siente odiado y perseguido por el superyó (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985).

Las necesidades del depresivo son narcisistas y, después de haber perdido un objeto amado, se rebela de manera agresiva contra sí. El superyó es el encargado de provocar el autocastigo por medio de reproches y remordimientos que se dirigen hacia el yo (Fenichel, 1991). Debido a su debilidad yoica el depresivo suele ser dependiente; las fallas de sus objetos amados y la pérdida del propio aprecio son la causa de la depresión (Guarner, 1984).

La cara del depresivo es triste y contraída, pues hay en ella contracciones de los músculos frontales y las comisuras labiales se desvían hacia abajo; los gestos indican dolor. Al caminar por la calle elude la mirada de quienes le rodean, sus movimientos son mínimos, lentos, su aspecto descuidado, solamente habla de tristezas y acusa falta de concentración, en general tiene mucho miedo al castigo, su lenguaje y toda su actividad son lentos; se le nota retraído e inseguro la mayor parte del tiempo (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985).

El yo del paciente se presenta con menos defensa; siempre respetará las convenciones sociales, aunque se le verá aun así deprimido y falta de afecto; se le ve siempre insatisfecho, su envidia se incrementa y proyecta que los demás hacen mucho por él pero en realidad es incapaz de agradecer; puede expresar que se siente cansado, debido al esfuerzo que realiza para controlar y expresar la agresión al objeto perdido (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985; Blechman, 1994).

Esta sensación de minusvalía que tiene el depresivo lo puede llevar a aceptar conductas de riesgo con tal de tener a su objeto amado cerca de él y sentirse amado.

En la *histeria* los mecanismos de defensa empleados son la represión, la regresión, la identificación y la negación. Las resistencias más socorridas son: fallas de memoria, forma trivial de hablar, sueños escasos, fantasías infantiles, mentiras, intentos de seducción, explosiones afectivas de labilidad, alegría aparente en las sesiones, restricción de las emociones dolorosas y rechazo a la relación profesional del terapeuta (Guarner, 1984).

En 1893, Pierre Janet concluyó que en la histeria se reduce la capacidad de síntesis; en el mismo año, tanto Breuer como Freud afirmaron que la represión de los traumas psíquicos es la que determina la sintomatología de la histeria. (Op. Cit.)

Para Freud la histeria se explica a partir de una fijación genital provocada por el conflicto edípico. Este complejo se encuentra formado por los deseos a partir de un anhelo genital hacia la madre surgido alrededor de los cinco años, necesidades de destruir al padre para verificar la unión con la madre y temor a ser castrado (proyección) debido a la propia debilidad, al enfrentarse a un rival superior representado por el padre.

En la personalidad histérica la reacción del yo es anormal ante los estímulos de la vida; el histérico tiene falta de autenticidad, se muestra voluptuoso, ya que desea ser visto por los demás y ser tomado como alguien que merece todo; a su vez, cree que todas sus necesidades tanto orales como narcisistas deben de ser satisfechas, por lo que se observa una disociación en su conciencia. El factor emocional y los impulsos sexuales reprimidos son los que provocan la amnesia y los demás síntomas (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985).

Los histéricos se sienten insuficientes para responder a las exigencias del medio ambiente, carecen de fe en sí mismos y en sus fuerzas, por lo que tratan de compensar su propia debilidad e incapacidad ostentando una vida ficticia. El egoísmo de manera exclusiva y persistente aparece en el histérico, que desea ser visto y reconocido por los demás, y si no es admirado por sus intereses rechazará intensamente a quien lo desdeña. Parece que disfruta atormentando a los demás y su cariño por sus hijos es exagerado; aparentemente se acomoda a los deseos y necesidades de los demás, pero a la menor contradicción se vuelca en contra del otro; lo que desea al realizar actos altruistas es la gratitud y subordinación. Erótiza toda relación y muestra un pudor exagerado, debido a la insatisfacción sexual y al fracaso frecuente en su intento de llegar a una excitación real, lo cual va dejando grandes lagunas en su vida afectiva, que trata de llenar con coqueteos y seducciones frecuentes (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985). La sexualidad que expresa es pregenital, pues su temor principal es ser deseada como mujer y que esto lo lleve a una relación sexual en realidad; usa la expresión de cariño y ternura para encontrar aprobación, protección y admiración, más que para llegar al acto sexual (Mackinnon, 1985; Fenichel, 1991). Sus afectos son lábiles, a veces se desencadenan sin explicación lógica y todos los aspectos de su vida son intensos y exagerados, como el odio, el amor, las diversiones, la tristeza, etcétera, pero ninguno dura mucho tiempo. En los histéricos de ambos sexos hay un gran interés por la moda; las mujeres ostentarán mayor feminidad y los hombres se verán demasiado masculinos (Op. Cit.).

Este tipo de personalidades se involucran con la gente de manera superficial, provocando una relación sexual y al final evadiéndola, esta acción le permitirá no estar en riesgo de contraer el VIH (Coderch, 1991).

En la personalidad *obsesivo-compulsivo*, las defensas más utilizadas son: aislamiento del afecto, anulación, formación reactiva, regresión, racionalización e intelectualización. Las resistencias buscan evitar cualquier emoción, hipertrofian el pensamiento, evaden el contacto directo y provocan falta de atención. El obsesivo-compulsivo evita ciertos temas, es rígido con el tiempo, tiene secretos, llega tarde, paga menos, hace trampas, provoca discusiones, reúne material limpio para la sesión, adopta una postura fija y justifica todos los actos (Op. Cit.)

Los obsesivos tienen ideas persistentes y también llegan a hacer una gran actividad sin poderla detener; se encuentran fijados en la etapa anal profunda y en ellos predomina la ambivalencia; crean defensas contra la expresión del afecto y poseen un pensamiento mágico de origen arcaico. Niega el componente erótico y lo suprimen de la conciencia, y se caracterizan por su carácter ordenado, parsimonioso y obstinado, resultado de fallas en la continencia fecal.

El paciente obsesivo tiene pensamientos que no le interesan, siente impulsos que le son ajenos y lleva a cabo acciones que no le dan placer; sin embargo, no puede evitar realizarlas. Con relación a sus pensamientos, se da cuenta de que no tienen sentido, pero no puede separarse de ellos; siempre está pensando y especulando respecto a cada una de las ideas que le vienen a la mente y al final lo dejan fatigado. Sus impulsos no tienen significado, pero persisten en el sujeto aunque no los tome como suyos (Mackinnon, 1985).

Podemos inferir que la madre de un sujeto obsesivo fue demandante, ambiciosa e impaciente ante su hijo. El conflicto provoca en el niño una lucha entre sus sentimientos de culpa a no obedecer y su rabia al tener que dejar su propio placer; debido a que su culpa es mayor, tratará de reprimir su hostilidad y el resultado será una personalidad disciplinada y ambivalente; presentará un superyó sádico, frente a un yo masoquista. La etapa sádico anal es dominada por los impulsos del ello y con el predominio de la crueldad. El resultado será un individuo irritable, con mal temperamento, terco, avaro, mezquino, aburrido, obstinado y todos sus más graves problemas tendrán relación con la suciedad, el tiempo y el dinero (Mackinnon, 1985).

Abraham (citado por Guarnier, 1984), asegura que, cuando logra el placer, el individuo obsesivo demora todas las actividades y las relaciones de objeto. La expulsión del placer provoca en él la perseverancia y la actividad, que no debe interrumpir nadie. Su narcisismo infantil lo lleva a la perfección y finalmente no da gratificaciones a los que lo aman. Es rígido, se comunica con lógica para evitar sentir emociones, reprime sus fantasías inconscientes y no se comunica sexualmente. En el terreno laboral suele ser improductivo, pues la perfección es lo primero.

Son sujetos muy inhibidos en todas sus actividades, prudentes, puntuales y rigurosos en el respeto de las convenciones sociales. Tomar una decisión es una tarea dolorosa e interminable. La duda invade con facilidad todo su ser y paraliza sus acciones. En sus relaciones personales son extremadamente dependientes de su cónyuge, sus jefes, familiares, amigos, etc. (Coderch, 1991). Esta dependencia con sus cónyuges les pueden poner en un gran riesgo de infectarse de VIH, ya que en lugar de tomar ellos una decisión sobre prevención dejarán que su pareja sexual elija la "mejor" opción.

La conducta antisocial ha sido estudiada por Adelaida Johnson y S. Szureck, quienes aseveran que existe la transmisión de lagunas en el superyó de los padres, la cual favorece la conducta antisocial de los hijos; esto ocurre cuando los padres dejan hacer a los hijos lo que ellos no pudieron hacer y el mensaje de "llévalo a cabo tú" es constante e inconsciente (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985).

Las conductas antisociales surgen porque la identificación de los delincuentes con sus padres es defectuosa y aquellos no han logrado resolver el complejo edípico, el padre es el que está más alterado, pues, aunque amenaza, actúa de manera rechazante y castiga al hijo; por su lado, una madre con un superyó rígido transmitirá otro igual al hijo en el entrenamiento de control de esfínteres.

Los rasgos de carácter se desarrollan en la época del control de esfínteres, pues por un lado se presenta el individualismo, la determinación, la persistencia, el amor hacia el orden, la organización, la generosidad y la habilidad para manejar los objetos concretos del mundo material. Por otro lado, los aspectos más defectuosos surgen en esta etapa anal, los cuales son la avaricia, el mal temperamento, la irritabilidad, la hipocondría, la tiranía, la tendencia a aburrir, la obstinación y la crueldad hacia la gente y el medio ambiente (Guarner, 1984).

El objetivo principal de tal carácter es evitar la tensión cuando los impulsos no se satisfacen aparece la frustración, y además proteger al yo de sentimientos inadecuados. El antisocial siempre busca obtener todo para no sentirse tenso ni ansioso, sin darse cuenta de los daños que ocasiona su conducta. No puede darse cuenta de las consecuencias de sus actos porque no siente culpa y no puede soportar la ansiedad que implica no hacer lo que desea, porque no tiene un control apropiado de sus actos. Por ello puede mentir, hacer trampas, robar y hacer uso de drogas, con tal de obtener lo que desea para atenuar su ansiedad y tensión (Mackinnon, 1985).

Nunca es capaz de responsabilizarse en algo ni de ser persistente; tanto, que sus relaciones objétales son superficiales y nunca logra mantenerlas durante un largo periodo ni ser afectuoso con las personas. Así ocurre porque nunca logra obtener satisfacción y placer en las relaciones que no le den una ganancia económica o prestigio social; siempre piensa en él mismo antes que en nadie (Mackinnon, 1985). Es incapaz de modular sus impulsos que lo llevan a expresar su agresión de manera irreflexiva y su ansiedad de no poder llevar a cabo lo que desea lo enfrenta a una tensión intensa difícil de soportar.

Estas personas nunca piensan en ellos mismos ni en los otros en relación a la posible infección de VIH, ya que lo que les interesa es satisfacer sus necesidades para no sentir desagrado, por lo que nunca cuestionarán las consecuencias de sus actos a largo plazo.

El paranoide utiliza principalmente la proyección. Según él, los demás son los culpables, sufre de persecución, es resistente a la convicción y atribuye a los otros lo que está en él; se ve siempre tenso, ansioso e inseguro, casi siempre desconfía de los demás porque cree que todo lo malo que le puede pasar es por la gente y por ello prefiere tener pocas amistades (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985). En todos los eventos sociales se siente incómodo y prefiere estar a solas. La situación de soledad del paranoide intensifica su idea de que no necesita a nadie, por lo que crecen sus sentimientos de omnipotencia y grandeza.

Siempre tiene sentimientos vinculados con el maltrato sufrido en la infancia, experimenta envidia por todo afecto expresado en su presencia, lo cual refleja una gran incapacidad de querer; siempre siente celos y desea ser querido, pero también tiene mucho miedo de ser traicionado (Mackinnon, 1985).

Freud menciona que el paranoide tiene en el fondo una tendencia depresiva; se muestra pesimista y sus impulsos básicos reflejados corresponden en realidad a su homosexualidad inconsciente (Mackinnon, 1985); no puede tener una relación intensa con el sexo opuesto porque toda relación esta teñida de enojo, celos y desconfianza pero, al mismo tiempo, al no estar con el sexo opuesto, sus deseos homosexuales se vuelven más intensos.

Nunca se hace responsable de todo el enojo y la hostilidad de que es capaz, por lo que tales sentimientos se proyectan a otras personas y a veces a la persona más querida para el paciente. Los delirios más frecuentes que presentan los paranoicos son de persecución, de grandeza, de ser amado, somáticos y de celos (Mackinnon, 1985).

Los rasgos paranoides de estas personas les permitirán mantenerse aislados y reservados al contacto con las gentes, sin embargo el tener conocimiento sobre el VIH/SIDA los enfrentará a su desconfianza característica de no saber que acción elegir para ponerse a salvo de la infección del VIH.

Las personalidades que tienen rasgos psicasténicos se reconocen más por sus comportamientos depresivos que por aspectos compulsivos. Las tendencias a los escrúpulos y a las crisis de conciencia suelen responder a las necesidades perfeccionistas narcisistas y no a las anulaciones obsesivas. La introspección puede concernir a las necesidades de satisfacer el Ideal del Yo, mucho más que al miedo frente a un Superyo severo. La hipersexualidad remite a la primacía organizadora de tipo narcisista y no edípico.

En cuanto al conservatismo doctrinario, a la necesidad de abstracción, a la dificultad de las afirmaciones, a la rigidez moral, todos estos factores son por el temor a fallarle al Ideal paterno, sin tener que apelar a un aplastamiento por parte del Superyo. (Bergeret, 1974).

Este tipo de personalidades tenderá a buscar relaciones sexuales para evitar la depresión y por necesidades narcisistas, pero probablemente busque tenerlas con una protección para no sentir que le ha fallado al ideal paterno.

En la *esquizofrenia* los mecanismos utilizados son regresión, aislamiento, negación e introyección, y las resistencias se manifiestan como silencio; surge el proceso primario con una autocrítica propia, rigidez postural, afecto aplanado, pérdida de la realidad, pensamiento desorganizado y falta de una meta. El paciente no se modifica (Guarner, 1984).

Kraepelin (1899), al describir el afecto, afirmó que en el esquizofrénico la perturbación del área emocional es fundamental, pues produce un deterioro progresivo de los sentimientos, hasta provocar apatía y falta de interés por lo que le rodea. Es indiferente a su apariencia personal y toma posturas incómodas; también tiene problemas para fijar su atención y acusa dificultades de memoria y juicio. Por medio del autismo el esquizofrénico forma su propio mundo interno de acuerdo con sus necesidades. La ambivalencia es algo que vive el psicótico tanto en lo afectivo como en lo intelectual (Guarner, 1984; Mackinnon, 1985).

Otros aspectos suyos son la estereotipia, la ecolalia y los serios problemas de lenguaje, que resulta incongruente, así como también alucinaciones tanto gustativas y táctiles como auditivas (Hartman, 1953; Mackinnon, 1985).

El esquizofrénico tiene las emociones embotadas y aplanadas, no organiza su pensamiento, que es poco concreto y abstracto, presta poca atención a las cosas realmente importantes y en cambio atribuye mayor interés a cosas poco relevantes; en algunos momentos cree poder leer la mente y tener percepción extrasensorial.

Las personas que presentar rasgos esquizoides, generalmente no les gusta tener demasiado contacto con las gentes, sin embargo esta poca cercanía les impiden tener mayor conocimientos sobre el SIDA y sus medidas preventivas por lo que a la larga pueden ser sujetos con un alto riesgo de infectarse de VIH.

Los rasgos *hipomaniacos* corresponden a una reacción contra la tendencia depresiva. Es una huida hacia delante en el dominio de la actividad.

La exuberancia de las ideas, del lenguaje o de la acción, a veces incluso de la sexualidad, sólo sirve para cubrir hábilmente la falla narcisista antigua. La hipomanía representa un momento caracterial de no-sufrimiento (Bergeret, 1994).

La hipomanía puede llevar a estas personalidades a tener relaciones sexuales de manera impulsiva sin pensar en el VIH, ni en las medidas preventivas para evitar la infección.

3.10 INVESTIGACIONES SOBRE PERSONALIDAD

LAS INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA PERSONALIDAD Y VIH SON LAS SIGUIENTES

Díaz-Loving (1994) efectúa un análisis de la personalidad en relación con los valores y patrones sexuales vinculados con el SIDA y concluye que las personas que sí imprimen un cambio a su conducta para protegerse de VIH tienen un control interno alto para conservar su salud, a diferencia de los que no han cambiado.

En general se puede observar que la gente que prefiere adoptar medidas preventivas lo hace porque tiene un mayor control interno sobre su salud y toma en cuenta la evaluación que otros hacen de ella, a diferencia de los que tienen un control externo que, por ejemplo, creen en la suerte y suelen vincular la posibilidad de infectarse con algo mágico, lo cual los induce a manifestar conductas de riesgo importantes.

Las personas que se responsabilizan por las consecuencias de sus actos (control interno) prefieren cuidarse y reducir sus riesgos, al contrario de los que atribuyen al destino o a la suerte la posibilidad de infectarse de VIH, pues inciden en conductas de riesgo y menosprecian el peligro al que se enfrentan.

Quadland y Shattls (1987) señalan que las personas que tienen una personalidad depresiva tienden a tener conductas de mayor riesgo porque lo que necesitan imperiosamente es disminuir la tensión y tienen relaciones sexuales sin pensar en los cuidados indispensables para no infectarse de VIH.

Perkins, Davidson y Leserman (1993) pudieron comprobar que existe un mayor número de problemas en la personalidad en personas VIH-positivo con un 33% sobre un 15% de problemas en la personalidad de personas VIH-negativo. Estas personas que presentaron problemas de la personalidad además demostraron grandes distorsiones en sus estados de ánimo, mayores depresiones, ansiedad, y baja autoestima. Tanto las personas que presentaban VIH-positivo y las que habían tenido conductas de riesgo, sin estar infectados presentaban un comportamiento autodestructivo.

Las personas que tienen problemas de personalidad rechazan cualquier tipo de ayuda por lo que les cuesta más trabajo aceptar y lidiar con la infección.

Por su parte **Jhonson, Williams y Rabkins (1995)**, comentan al igual que el estudio anterior que el 19% de las personas de su estudio tanto en los VIH-positivos como los VIH-negativos presentan problemas de la personalidad. Pero los VIH-positivos además presentaron problemas psiquiátricos más serios y muy bajos niveles de adaptación.

Los problemas de personalidad son más comunes entre los grupos que no están infectados, ya que utilizan todas sus defensas para poder seguir negando la posible infección de VIH en caso de tener conductas de riesgo. Se estima que el 33% de los homosexuales infectados intentan el suicidio a diferencia de personas que adquieren el virus por otras causas, como drogas, transfusión sanguínea, etc.

Fulford (1993) menciona que el incremento de riesgo por depresión se encuentra en las personas con familias que han tenido varias experiencias de depresión, lo cual indica que dicho trastorno puede ser heredado genéticamente o por lo menos causar cierta influencia en la infancia.

La depresión puede ser por una pérdida real o imaginaria de una persona amada o algún objeto por el cual la persona siente cierta ambivalencia incluyendo pérdidas dentro de la familia o de cierto nivel de salud.

El estudio muestra que el VIH es un agente directo de la depresión. Los resultados en la aplicación de un cuestionario sobre síntomas depresivos determinó que la depresión esta muy relacionada con aquellos que perciben tener ciertos síntomas de enfermedad debido al VIH, sin embargo esta relación fue independiente de que las personas fueran seropositivas. Es decir, cuando las personas no se sienten afectadas por el virus es menor el índice de depresión existente.

El estudio determino que en esta población en particular, el mayor riesgo que tienen las personas afectadas por el VIH es la ansiedad, pérdida de peso o fiebre, lo cual puede o no deberse a la enfermedad que provoca el VIH, sin embargo esto contribuye el desarrollo de síntomas depresivos.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe relación entre los rasgos de personalidad, la autopercepción y la percepción de riesgo de infección de VIH, la vida sexual, los conocimientos sobre SIDA y las creencias hacia el uso del condón que manifiestan los entrevistados?

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los rasgos de personalidad, y la percepción y autopercepción de riesgo de infección de VIH, la vida sexual, los conocimientos sobre SIDA, las creencias hacia el uso del condón que manifiestan los entrevistados.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Determinar las diferencias que existen entre los rasgos de personalidad de los entrevistados en cuanto a la percepción de riesgo de infectarse de SIDA.**
- B) Señalar las diferencias que hay entre los rasgos de personalidad de los individuos en estudio en cuanto a la autopercepción de riesgo.**
- C) Comparar la relación existente entre los rasgos de personalidad de los entrevistados y su vida sexual.**
- D) Identificar la influencia de los diferentes rasgos de personalidad de los entrevistados en los conocimientos adquiridos con relación al SIDA.**
- E) Señalar la relación existente entre los rasgos de personalidad de los entrevistados, y las creencias hacia el uso del condón, por el otro.**
- F) Comparar las diferencias que hay entre los rasgos de personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH, la vida sexual, los conocimientos sobre el SIDA, las creencias hacia el uso del condón propias de los hombres y las mujeres.**

4.1.3 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULAS

- Ψ **No hay relación entre los rasgos de personalidad y la percepción de riesgo de infectarse de los rasgos de VIH .**
- Ψ **No hay relación entre los rasgos de personalidad y la autopercepción de riesgo de infectarse de VIH.**
- Ψ **No hay relación entre los rasgos de personalidad y la vida sexual.**
- Ψ **No hay relación entre los rasgos de personalidad y los conocimientos adquiridos con relación al SIDA .**
- Ψ **No hay relación entre los rasgos de personalidad, las creencias hacia el uso del condón**
- Ψ **No hay relación entre las diferencias que hay entre los rasgos de personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH, la vida sexual, los conocimientos sobre el SIDA y las creencias hacia el uso del condón en hombres y mujeres.**

HIPOTESIS ALTERNAS

- Ψ **Sí existe relación entre los rasgos de personalidad y la percepción de riesgo de infectarse de los rasgos de VIH .**
- Ψ **Sí existe relación entre los rasgos de personalidad y la autopercepción de riesgo de infectarse de VIH.**
- Ψ **Sí existe relación entre los rasgos de personalidad y la vida sexual.**
- Ψ **Sí existe relación entre los rasgos de personalidad y los conocimientos adquiridos con relación con el SIDA.**
- Ψ **Sí existe relación entre los rasgos de personalidad, las creencias hacia el uso del condón**
- Ψ **Sí existe relación entre las diferencias que hay entre los rasgos de personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH, la vida sexual, los conocimientos sobre el SIDA, las creencias hacia el uso del condón en hombres y mujeres.**

4.1.4 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Religion: En el sentido de compromiso de fe que brota de la vivencia de lo sagrado e induce aun comportamiento responsable en el plano culto y de la ética (Friedrich Dorsch, 1985).

*Aquellas personas que reporten tener un culto a algo o a alguien.

Edad: Años y meses transcurridos desde el nacimiento (Newman y Newman, 1985).

*Tiempo que la persona reporta tener desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista

Escolaridad: Equivale a asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se llevan acabo en la escuela (Bowen y Hobson, 1991).

*Años que la persona menciona haber cursado en su educación formal

Estado civil: La condición jurídica de las personas, poniendo el acento en la capacidad de obrar (Diccionario de Ciencias Sociales, Vol.1, 1975).

*Las personas que reportan no tener pareja serán solteras y los que reportan tener pareja, serán tomadas como casadas

Género: Esta dividido por el sexo femenino y el sexo masculino

VARIABLE PREDICTORA:

La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona; incluye, por lo tanto, sus rasgos, intereses, valores, imágenes y emociones. (Guarner, 1984).

*Los rasgos de personalidad fueron determinados por los puntajes de las escalas del MMPI-2, obtenidos por las puntuaciones de "T" totales de cada una de las escalas del instrumento.

VARIABLES DEPENDIENTES

Ψ **Percepción de riesgo de infectarse de VIH en otros grupos.**

Percepción de riesgo de infectarse de VIH en otros grupos: fue la estimación del riesgo de contagio de VIH de grupos con prácticas sexuales diversas que estuvo medida a partir de la respuesta dada al grado de percepción en una escala (de 1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo (Villagrán, 1993).

***Percepción de riesgo a infectarse de VIH en otros grupos:** la creencia de los sujetos sobre la posibilidad que tienen los otros grupos de infectarse de VIH.

Ψ **Autopercepción de riesgo de infectarse de VIH.**

Autopercepción de riesgo de infectarse de VIH: Fue la estimación de riesgo de contagio de VIH, que estuvo medida a partir de la respuesta dada al grado de percepción de riesgo en una escala de (1 a 3) que va de nada de riesgo hasta mucho riesgo (Villagrán, 1993).

**Autopercepción de riesgo de infectarse de VIH:* El grado de posibilidad que el individuo cree que tiene de infectarse de VIH.

Ψ **Patrón sexual:** incluye el número de parejas sexuales, la frecuencia del uso del condón, la preferencia sexual y si se tiene una pareja estable o no se tiene y sus relaciones con cada una de estas.

PATRON SEXUAL, QUE CORRESPONDE A:

☒ Su estatus sexual: - Hayan o no tenido relaciones de coito.

☒ Preferencia sexual: Se refiere a la preferencia de género para tener coito Heterosexual, Homosexual, Bisexual.

☒ Numero de parejas sexuales tenidas en toda la vida: Se refiere al número de personas con las que tuvo coito en toda la vida.

☒ Presencia de pareja regular y ocasional.

☒ Frecuencia de uso del condón: Se refiere a la continuidad en el uso del condón durante el coito, tanto con la pareja sexual regular como con la ocasional (Villagrán, 1993).

*Número de veces que utilizan el condón.

Ψ **Conocimientos que se tengan con relación al SIDA.**

Conocimientos que se tengan en relación al SIDA: Se refiere la información tanto documentada como la surgida por los grupos a los que pertenece; que el sujeto maneja sobre el SIDA (Villagrán, 1993).

*Es la información que se conoce sobre el SIDA.

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Fue *Correlacional Multivariado*, ya que se correlacionaron cada una de las variables entre sí.

Es de *campo y transversal*, ya que los instrumentos sólo se aplicaron una vez y en escenario natural.

4.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Correlacional, porque se correlacionaron cada una de las variables entre sí, y de muestras Independientes, porque se consideró un grupo de hombres y otro de mujeres.

4.4 MUESTREO:

Fue accidental por cuota: accidental porque se eligieron los participantes por sexo y por cuota porque ya estaba establecida.

Escolaridad: mínimo la educación media (secundaria).

Escenario: la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las empresas donde laboraba cada uno de los sujetos entrevistados.

4.5 INSTRUMENTOS:

Se aplicaron dos instrumentos que se describen a continuación:

A). El primer cuestionario para este estudio fue elaborado por la Unidad de Investigación Psicosociales de la Facultad de la UNAM, y se desarrollo en 1991 a partir de indicadores utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el CONASIDA para investigar sobre SIDA y sexualidad. Consta de 69 reactivos, divididos en los siguientes aspectos: a) datos sociodemográficos (5 reactivos), b) vida sexual (7 reactivos), c) información sobre SIDA (16 reactivos), d) riesgos de contraer SIDA (19 reactivos), e) Autopercepción de riesgo (1 reactivo), f) Percepción de riesgo de infectarse en grupos con prácticas sexuales diversas (9 reactivos), g) actitudes y creencias hacia los preservativos o condones (12 reactivos).

⇒ Las preguntas de la Vida sexual fueron de opción múltiple, cerradas, dicotómicas y abiertas. La de Información sobre SIDA fue una escala de tres opciones (a mayor número de aciertos mas conocimientos). La escala de riesgo de contraer SIDA consta de tres opciones de respuesta (a mayor calificación mayor percepción de riesgo). La escala de Percepción y Autopercepción de riesgo, constó de tres opciones de respuesta (A menor calificación menor percepción de riesgo; véase apéndice 1).

B). El segundo instrumento fue el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota -2 Español (MMPI-2), aplicado para obtener los diferentes rasgos de personalidad (Lucio y Reyes, 1992).

Estudios de Normalización, Confiabilidad y Validez del MMPI-2 en México:

En México la prueba se aplicó a una muestra de 1920 estudiantes de la UNAM (Lucio, E. Y Reyes, L, 1994). Se seleccionó una muestra representativa de la población universitaria, de las diversas carreras que ofrece la UNAM. La muestra se obtuvo al azar, para lo cual resultaron sorteadas las facultades de Artes Plásticas, Contaduría y Administración, y Ciencias como representativas de dicha población. Originalmente se seleccionaron 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se excluyeron algunos sujetos por diversas razones, como el que su edad no cayera en el rango de entre 17 y 36 años, que los datos de identificación del protocolo fueran incompletos o el no cumplir con los criterios de validez del protocolo. Los criterios de validez que se consideraron fueron los siguientes (Hathaway y Mckinley, 1995):

- ⇨ Índice de Gough hasta 9
- ⇨ Verdadero hasta 454 (80%)
- ⇨ Falsos hasta 454 (80%)
- ⇨ Sin respuesta hasta 29
- ⇨ INVEC entre 5 y 13
- ⇨ INVAC hasta 13
- ⇨ Fp hasta 11
- ⇨ F hasta 20

Quedaron finalmente 1920 sujetos; 813 de sexo masculino y 1107 de sexo femenino. La aplicación del instrumento a los estudiantes mexicanos se realizó en forma grupal y el tiempo promedio fue de 2 horas.

Una vez obtenidas las puntuaciones de cada alumno, por reactivo y por escala, se procedió a sacar las medias y frecuencias de cada escala para finalmente obtener las normas (op.cit).

Se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre la población mexicana y la población estadounidense. Estas diferencias son pequeñas y poco relevantes, pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T55, ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos.

Por lo que respecta a las escalas básicas en los varones, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L (mentiras) y 8 (esquizofrenia). En las mujeres también en la escala L y en la 5 (Masculinidad- Femeineidad).

En las escalas de contenido, las mayores diferencias se encontraron, en los hombres, en la escala de miedos, en donde los mexicanos puntúan más alto, en las mujeres en la escala de obsesividad en donde las mexicanas puntúan más bajo, así como en los de miedos y personalidad tipo A en las que las mexicanas puntúan más alto(op.cit).

Los estudios de validez indican que la estructura factorial de las escalas básicas es semejante en los estudiantes mexicanos y estadounidenses. En las escalas de contenido la semejanza es también marcada.

Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana estudiada tanto en lo que se refiere a las escalas básicas, como a las de contenido y las suplementarias.

Los datos de test-retest indican también una confiabilidad adecuada.

El instrumento muestra altos índices de confiabilidad además de validez interna y externa (op.cit).

Para la calificación del MMPI-2 se utilizó un lector óptico con un formato de respuesta especial, diseñado por Lucio y Reyes en 1992. Este método redujo en tiempo la calificación, pues con un método manual el proceso de calificación y trazo de perfiles puede llevar de 15 a 40 minutos por instrumento.

El primer paso para la calificación del MMPI-2 consistió en someterlo a los criterios de exclusión; después, en transformar los puntajes brutos en puntajes T uniformes y, posteriormente, se revisaron las escalas de validez para cerciorarse de que el perfil fuera válido.

El siguiente paso en la calificación de este instrumento fue graficar los puntajes ya corregidos con el factor K en una hoja de gráfica. De este modo se tuvo una proyección visual del perfil del sujeto, misma que permitió tener una idea general de los rasgos de personalidad de los sujetos que contestaron el cuestionario.

Después de este paso se prosiguió en la interpretación de las escalas clínicas como viene en el manual, se interpretaron las escalas de manera individual para después, interpretar las escalas que rebasan los límites de la media normal $T=65$, que es el límite del puntaje medio de 50 con su correspondiente desviación estándar de 10 (op.cit).

Todas las escalas se calificaron con sus picos hacia arriba de la media, sólo la escala de introversión social y la de Masculinidad-Femenidad se interpretaron hacia abajo, ya que ofrecieron información tanto en sus picos hacia a bajo de la media como hacia arriba de la misma.

4.6 PROCEDIMIENTO:

Se acordó una reunión con cada uno de los jefes de los trabajadores, con el fin de explicarles el propósito de la investigación, y permitieran que los instrumentos se aplicaran a sus colaboradores. También se convino con ellos proporcionar una plática sobre VIH/SIDA después de la aplicación. Se acordó el día y la hora con el fin de no obstaculizar las labores de cada trabajador.

El instrumento se aplicó de modo individual. Se explicó a los trabajadores la importancia de su colaboración, con la finalidad de crear mayores y eficaces medidas de prevención contra el VIH y el SIDA. Las instrucciones fueron: "toda la información obtenida es confidencial; conteste cada uno de los cuestionarios de forma sincera e individual."

Primero se aplicó el MMPI-2, por ser más largo. Se proporcionó a los entrevistados el cuestionario, la hoja de respuestas, lápiz y sacapuntas. Se les señaló que no escribieran en el cuadernillo, y que sólo anotaran sus respuestas en la hoja correspondiente. "Si una frase, aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos CIERTA, rellene el círculo marcado con la letra C (Cierto). Si una frase, aplicada a su situación personal, es en la mayoría de los casos FALSA, rellene el círculo marcado con la letra F (Falso). Trate de dar una respuesta a cada una de las frases."

Posteriormente se les pidió que contestaran el cuestionario que incluía los datos demográficos, los conocimientos sobre el SIDA, la actitud hacia el condón, percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH. Finalmente se recogieron los cuestionarios de manera individual y se agradeció su colaboración a los participantes.

4.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS:

- Ψ Se aplicó estadística descriptiva para conocer la distribución de los datos sociodemográficos, así como de las cinco áreas evaluadas (la personalidad relacionada con la percepción y autopercepción de riesgo, la vida sexual, los conocimientos sobre SIDA y las actitudes y creencias hacia el uso del condón).
- Ψ Se aplicó un análisis de frecuencias para describir el patrón sexual.
- Ψ Se practicó un análisis estadístico de clasificación múltiple a través del análisis de varianza para observar las diferencias obtenidas en las escalas de personalidad.
- Ψ Se realizó un análisis de correlación para observar la relación existente entre la personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH.
- Ψ Se realizó un análisis de correlación para observar la relación existente de riesgo de infectarse de VIH.

Ψ Para hacer el análisis entre los rasgos de personalidad y la autopercepción de riesgo mediante un análisis de frecuencias en el caso de los siete sujetos que se autopercebieron en alto riesgo para determinar la personalidad de cada uno de ellos.

CAPÍTULO: 5

RESULTADOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

SUJETOS:

En el estudio participó un total de 110 sujetos, 50% (55) hombres y 50% (55) mujeres, dividido en tres grupos de edad: entre mujeres, de 15 a 23 años (20 sujetos), de 24 a 30 (18) y de 31 a 45 (17). Entre hombres, de 15 a 23 años (13), de 24 a 30 (25) y de 31 a 54 (17) (Tabla 1) .

Religión. Se encontró que 89.4% de los entrevistados (93) son católicos.

El estado civil de la mayoría son solteros, 68.2% (75 sujetos), de casados 22.7% (25) y 2.7% de divorciados (3).

Escolaridad. La gran mayoría (82. 7%, 91 sujetos) tienen el grado de licenciatura.

Tabla 1
Descripción de la muestra por grupos de edad y sexo

SEXO	EDAD			TOTAL
	15 - 23	24 - 30	31 - 54	
MASCULINO	13	25	17	55
FEMENINO	20	18	17	55
TOTAL	33	43	34	110

5.2 DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN SEXUAL

5.2.1. ESTATUS SEXUAL

Para realizar la descripción del patrón sexual se llevó a cabo un análisis de frecuencias, mediante el cual se encontró que 80.0% (88 sujetos) de la población total ya había tenido relaciones sexuales. En un análisis por sexo, se encontró que el 100% (55) de los hombres y el 60% (33) de las mujeres se habían iniciado sexualmente (tabla 2).

Tabla 2
Descripción de la muestra por inicio a la vida sexual y sexo

VIDA SEXUAL	MUJERES		HOMBRES			
	n	%	n	%	n	%
SÍ	33 sujetos	60	55 sujetos	100	88	80
NO	22 sujetos	40			22	20
TOTAL	55 Sujetos	100	55 Sujetos	100	110	100

5.2.2. PREFERENCIA SEXUAL

La población es principalmente heterosexual de los iniciados sexualmente, el 100% de las mujeres (33 sujetos) tienen relaciones sexuales sólo con hombres y 98.2% de los hombres (54 sujetos) tienen relaciones sexuales sólo con mujeres. El 1.8 % de los hombres (un sujeto) tiene relaciones con hombres, pero la mayoría de las veces con mujeres.

5.2.3 PROMEDIO DEL NÚMERO DE PAREJA SEXUALES EN LA VIDA

En cuanto el número de relaciones sexuales del total de mujeres iniciadas sexualmente un 66.7% (22 sujetos) han tenido dos o más parejas sexuales y 33.3% (11 sujetos) sólo una pareja sexual en toda su vida. El promedio de parejas sexuales son de tres hombres.

En los hombres se observó que el número de personas con las que han tenido relaciones sexuales es la siguiente: con una pareja son 7 (14%); de 20 o más personas (86%). En promedio los hombres han tenido relaciones con seis personas.

Para la siguiente descripción solo se consideraron aquellos estudiantes que se habían iniciado sexualmente y que tenían pareja sexual regular al momento de la entrevista.

5.2.4. PAREJA REGULAR

De la totalidad de la población sexualmente activa, 88 sujetos, un 73% (65) tiene una pareja sexual regular, de éstos, 25 son mujeres y 40 son hombres

5.2.5. FRECUENCIA DEL USO DEL CONDÓN

Del total de la población iniciados sexualmente y que tienen al momento de la entrevista pareja sexual regular (65 sujetos) solo 51 dicen que conocen el condón: 18 mujeres y 33 hombres.

A la pregunta con que frecuencia han utilizado el condón en los últimos seis meses con la pareja sexual regular 10 sujetos indican que lo usan siempre (2 mujeres y 8 hombres); 22 algunas veces (10 mujeres y 12 hombres) y 33 nunca lo usan (13 mujeres y 20 hombres) ponen en riesgo su vida en mayor medida que aquellas que dicen utilizarlo algunas veces (Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia del uso del condón en los últimos seis meses con la pareja regular, por sexo

FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN	SEXO					
	MUJERES		HOMBRES		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
NUNCA	13	52	20	50.0	33	50.80%
ALGUNAS VECES	10	40	12	30.0	22	33.80%
SIEMPRE	2	8	8	20.0	10	15.40%

5.2.6. RELACIONES SEXUALES EXTRAPAREJA

De las relaciones sexuales extrapareja en el último mes, 9 sujetos de la población sexualmente activa reportan haberla tenido, de estos, son 8 hombres y una mujer; 4 de estos manifiestan haber usado siempre el condón, de los cuales todos son hombres. Los otros 5 (1 mujer y 4 hombres) lo han usado algunas veces o nunca.

5.3 CONOCIMIENTOS SOBRE SIDA

5.3.1. Que es el VIH/SIDA. Uno de los puntos de partida para cualquier tipo de investigación con intervención sobre VIH/SIDA, es necesario conocer el tipo de información que la gente tiene ; a este respecto a continuación se presentan las respuestas que dieron los sujetos de esta investigación a la pregunta ¿Que es el SIDA?

El mayor porcentaje (37.3%) de los entrevistados describió el SIDA de manera muy general, esto es, como un virus que destruye las defensas del organismo o como un virus mortal, dejando de lado las formas de transmisión (categoría A); un 10.% la describen solamente como una enfermedad y algunas de sus formas de transmisión, (categoría B); las respuestas más completas acerca de lo que es el VIH/SIDA, porque engloba lo que se refiere a la enfermedad, lo que ataca, cómo se transmite y el virus que lo provoca, se ubican en la categoría C; un 17.2% (19) se ubica dentro de estas categorías y finalmente un 35.5% no saben o dan descripciones que se apartan totalmente de alguna característica de la enfermedad (categoría D) (Tabla 4).

Tabla 4

Descripción de las respuestas a la pregunta ¿Qué es el VIH/SIDA?

Categorías	RESPUESTAS	TOTAL	
		Frec.	%
A	1. Destruye las defensas del organismo y se muere de cualquier enfermedad. 2. Virus incurable y/o mortal;	41	37.3
B	3. Enfermedad que se transmite a través de la sangre o por uso de equipo contaminado. 4. Enfermedad venérea y/o que se transmite o contagia por contacto sexual;	11	10.0
C	5. Enfermedad, síndrome y/o enfermedad y/o síndrome mortal que acaba con las defensas del cuerpo (sistema inmunológico) que se adquiere (transmite, se contagia) por contacto sexual y/o por uso de instrumentos no esterilizados y/o por sangre contaminada y/o hace que cualquier enfermedad sea peligrosa; 6. Síndrome, síntoma (incurable) que debilita las defensas y se adquiere por medio de una relación sexual o intercambio de sangre. 7. Enfermedad y/o síndrome ocasionado por un virus que ataca el sistema inmunológico, que debilita las defensas y hace más vulnerable a las enfermedades (que se adquiere por contacto sexual y/o uso de equipo contaminado)	19	17.2
D	8. Otro.	39	35.5
Total		110	100

5.3.2 CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

Mecanismos de transmisión

La mayoría de los entrevistados, saben cuales son las formas de transmisión como que el VIH/SIDA se transmite en una sola relación sexual con una persona infectada (88.2%), por compartir agujas o jeringas no esterilizadas (96.4%), de madre a hijo (96.4%) y por secreciones vaginales (72.7%) (Tabla 5).

Presencia del virus en la saliva

Se encontró que el 90% (99) de los entrevistados saben que el SIDA no se transmite por la saliva y solamente el 5.5% (6) saben que se ha encontrado en la saliva (Tabla 5).

Evolución del VIH/SIDA

En las afirmaciones sobre la evolución del VIH/SIDA, el 61.8% (68) de los entrevistados no saben que una persona puede estar infectada por el virus y no tener SIDA; el 48.2% (53) sabe que una persona que es portador del virus VIH pueda infectar a otra igual que una con SIDA, el 52.7% (58) de los entrevistados responden equivocadamente que algunas personas resisten el virus y el 23.6% (26) sabe que el virus afecta el cerebro (Tabla 5).

Prácticas Preventivas

Una de las prácticas preventivas es el sexo seguro y el 57.3% (63) de los entrevistados saben que este se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo; en cuanto condón el 60.9% (67) tienen información de las formas en que se puede dañar, solo el 39.1% (43) saben que es necesario protegerse en cada relación sexual, aún cuando ambos en la pareja sean seropositivos. Y, finalmente el 90.0% (99) de los entrevistados responden que todos los donadores deben hacerse la prueba del SIDA (Tabla 5).

Formas de destruir al virus.

De los entrevistados solo el 10.0% (11) saben que el cloro destruye al virus del SIDA y el 2.7% (3) que el nonoxynol-9 también lo hace (Tabla 5).

Tabla 5
Porcentaje de respuestas a las afirmaciones sobre conocimientos sobre VIH/SIDA

AFIRMACIONES	rango= 1-5	CIERTO	FALSO
MECANISMOS DE TRANSMISIÓN			
En una sola relación sexual con una persona infectada, puede Contagiarse de SIDA.		88.2% (97) *	11.8% (13)
El SIDA, s transmite por secreciones vaginales.		72.7% (80) *	27.3% (30)
El SIDA e puede transmitir por compartir agujas o jeringas usadas.		96.4% (106) *	3.6% (4)
Una mujer embarazada e infectada puede transmitir el virus al Producto.		96.4% (106) *	3.6% (4)
PRESENCIA DEL VIH EN SALIVA			
El SIDA, se transmite por la saliva.		10% (11)	90% (99) *
El virus del SIDA, se ha encontrado en la saliva		5.5 % (6) *	94.5% (104)
EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA			
Una persona puede estar infectada por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) y no tener SIDA.		38.2% (42) *	61.8% (68)
Una persona seropositiva puede infectar a otra persona igual que una con SIDA.		48.2% (53) *	51.8% (57)
Algunas personas resisten al virus del SIDA		52.7% (58)	47.3 (52) *
El virus del SIDA afecta al cerebro.		23.6 % (26) *	76.4% (84)
PRÁCTICAS PREVENTIVAS			
Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad		60.9% (67) *	39.1% (43)
El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo.		57.3% (63) *	42.7% (47)
Cuando en una pareja los dos son seropositivos es necesario protegerse en cada relación sexual.		39.1% (43) *	60.9% (67)
La prueba del SIDA, se debe hacer a los donadores.		90.0% (99) *	10.0% (11)
FORMAS DE DESTRUIR AL VIRUS			
El cloro destruye al virus del SIDA		10.0% (11) *	90.0% (99)
El nonoxyno-9 destruye el virus del SIDA.		2.7% (3) *	97.3% (107)

ACIERTO *

Las opciones de respuesta son: 1=Total Desacuerdo; 2=Desacuerdo; 3=Indeciso; 4=Acuerdo

5.4 PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO

Saber como perciben y autoperciben el riesgo de infectarse de VIH/SIDA los individuos de esta investigación tiene la finalidad de conocer cuales son los grupos que piensan los ponen en riesgo incluyendo los prejuicios que manejan, permitiendo hacer una intervención rompiendo estereotipos y al mismo tiempo ofrecer una mayor libertad de interacción en la vida sexual de cada individuo.

Los sujetos entrevistados perciben con mayor riesgo a los individuos que tengan múltiples parejas sexuales no importando la preferencia sexual y los que tienen un menor riesgo son aquellos que establecen relaciones monogamicas permanentes de cualquier preferencia sexual. En relación a lo anterior se debe resaltar que si es importante una pareja estable pero lo más importante son los cuidados que se han tenido toda la vida sexual para evitar el contagio de VIH (Tabla 6)

5.5 AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO

De los entrevistados el 72.4% (75 sujetos) considera no tener ningún riesgo, es decir tienen una baja autopercepción de riesgo de infectarse de VIH (Tabla 6).

Se autoperciben con bajo riesgo porque declaran ser fieles y “conocer” a sus parejas, así como haber decidido no tener relaciones sexuales. No creen que sus parejas estén infectadas, y consideran tener una buena educación sexual porque usan el condón y sexo seguro (60.6%; 66 sujetos).

Los riesgos de infectarse los atribuyen a múltiples relaciones sexuales sin uso del condón y por infidelidad (18.4%; 20 sujetos).

Tabla 6

Porcentaje de respuesta a la pregunta de cuales son la personas que consideran en mayor riesgo

Grupos de diversa preferencia sexual	Opciones de respuesta					
	NINGUNA		REGULAR		MUCHO	
	n	%	n	%	n	%
Hombres homosexuales con más de una pareja.	(1)	.9	(5)	4.6	(104)	94.5
Hombres y mujeres bisexuales.	(2)	1.9	(6)	5.6	(102)	92.5
Mujer heterosexual con más de una pareja.	(1)	.9	(17)	15.9	(92)	83.2
Mujer homosexual con más de una pareja.	(3)	2.8	(17)	15.7	(90)	81.5
Hombre heterosexual con más de una pareja.			(21)	19.4	(89)	80.6
Hombres homosexuales con una pareja.	(15)	13.8	(33)	30.3	(61)	56.0
Mujer homosexual con una pareja.	(20)	18.3	(43)	39.4	(47)	42.2
Mujer heterosexual con una pareja.	(36)	34.3	(30)	28.6	(44)	37.1
Hombre heterosexual con una pareja.	(33)	31.1	(34)	32.1	(43)	36.8
Tú.	(75)	72.4	(28)	27.2	(7)	6.8

Las de personalidad se formaron tres grupos (alto, mediano y bajo) a partir de la puntuación de cada escala de los cuartiles obtenidos. Por otra parte se formaron grupos por número de parejas sexuales que hayan tenido en la vida, los grupos fueron: con una experiencia sexual o con más de una experiencia sexual

5.6 ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE

Para conocer si había una variación en la Autopercepción de riesgo por tipo de rasgo de personalidad, sexo y número de parejas sexuales se corrió una ANOVA de 3 vías considerando como variable dependiente a la Autopercepción de riesgo y como variable independiente el sexo, el número de parejas sexuales y el rasgo de personalidad. Se trabajo solo con las personas sexualmente activas.

A continuación se presentan aquellos resultados donde se hayan obtenido diferencias estadísticamente significativas:

En Hipocondriasis se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por grupos ($F_{(2,79)} = 3.37$ y $p = .04$) en donde se encuentra que en los grupos de bajo y mediano hipocondriasis se percibieron en menor riesgo ($M = 1.34$ y 1.32 respectivamente) en comparación con el grupo de alta hipocondriasis ($M = 1.82$). Al aplicar una prueba post hoc (Scheffe) no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Se encontró también diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F_{(1,79)} = 4.169$ y $p = .04$) y en donde las mujeres se percibieron con más riesgo ($M = 1.65$) que los hombres ($M = 1.30$). No se encontraron diferencias por interacciones.

En Depresión se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F_{(1,80)} = 4.17$ $p = .04$) en donde las mujeres se perciben con más riesgo ($M = 1.55$) que los hombres ($M = 1.29$), no se obtuvieron interacciones significativas.

Masculinidad y Femenidad. Se presentaron variaciones en la percepción de riesgo por grupo del rasgo de Masculinidad y Femenidad ($F_{(2,79)} = 3.06$ $p = .05$). Los del grupo que se encuentran en puntaje mediano de Masculinidad y Femenidad se perciben en mayor riesgo ($M = 1.56$) que los de baja ($M = 1.4$) y alta ($M = 1$). En la prueba post hoc (Scheffe) no se encontraron diferencias significativas. También se encontraron diferencias por sexo entre Masculinidad y Femenidad, $F_{(1,79)} = 5.20$ $p = .02$.

Desviación Psicopática: Hay diferencias en la interacción entre el número de parejas sexuales y el Desviación Psicopática ($F_{(2,80)} = 3.29$ $p = 0.43$). Los que se perciben en mayor riesgo son los que están en el grupo que tienen un puntaje mediano, ($M = 1.56$) con más de una pareja y solo se encontró que un sujeto con una pareja regular se percibe con alto riesgo (Tabla 7).

5.7 CORRELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA Y RASGOS DE PERSONALIDAD:

Para obtener el puntaje total de conocimientos sobre SIDA se asignó un puntaje por cada respuesta correcta. El rango obtenido posible es de 0 a 16. A partir de los puntajes totales obtenidos se realizó un análisis de correlación para observar la relación existente entre conocimientos y rasgos de personalidad. En la tabla 8 se presentan solo las correlaciones significativas.

Histeria y conocimientos: La correlación es positiva significativa lo que indica que a mayor Histeria mayor conocimiento ($r = .201$, $p = .03$).

Desviación psicopática y conocimientos: La correlación es negativa significativa ($r = -.2694$, $p = .047$) lo que indica que ha mayor desviación psicopática menor conocimiento.

Psicastenia y conocimientos: La correlación es negativa significativa ($r = -.2400$, $p = .017$) lo que indica que ha mayor psicastenia menor conocimiento.

Esquizofrenia y conocimientos: La correlación es negativa significativa ($r = -.3253$, $p = .004$) lo que indica que ha mayor Esquizofrenia menor conocimiento.

Hipomanía y conocimientos: La correlación es negativa significativa ($r=-.3483$, $p=.001$) lo que indica que ha mayor Hipomanía menor conocimiento.

Introversión Social y conocimientos: La correlación es negativa significativa ($r=-.1831$, $p=.001$) lo que indica que ha mayor Introversión Social menor conocimiento.

Tabla 8

Correlación entre conocimientos y rasgos de personalidad

ESCALA DE PERSONALIDAD							
C O N O C I M I E N T O S	Histeria conversiva (HI)	Desviación psicopática (DP)	Psicastenia (Pt)	Esquizofrenia (Es)	Hipomani a (Ma)	Introver -sion Social (Is)	
	$r=-.201$ $p=.03$			$r=-.2400$ $p=.017$		$r=-.3483$ $p=.001$	
		$r=-.2694$ $p=.047$			$r=-.3253$ $p=.004$		$r=-.1831$ $p=.001$

Se realizó un análisis de correlación para observar la relación entre la personalidad y la percepción y autopercepción de riesgo de infectarse de VIH.

5.8 RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO EN POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA:

Es importante analizar la personalidad en relación a la percepción y autopercepción de riesgo porque esto nos puede permitir inferir a que tipo de personalidad deben de ir dirigidas las campañas de prevención de VIH/SIDA.

Se obtuvieron las siguientes correlaciones significativas:

Desviación Psicopática y Autopercepción de riesgo: La población que tiene una Desviación Psicopática alta ($r=.249$, $p=.02$) se autopercebieron en mayor riesgo.

Psicastenica y percepción de riesgo: Los que puntúan más alto en psicastenia ($r = -.270$, $p = .005$) tienen menor percepción de riesgo para las mujeres que tienen más de una pareja.

Psicastenia y percepción de riesgo: Los que puntúan más alto en psicastenia ($r = .231$, $p = .03$) asocian el mayor riesgo con las mujeres heterosexuales con una pareja.

Paranoia y percepción de riesgo: Los que puntúan alto en Paranoia ($r = .273$, $p = .01$) viven con menor percepción de riesgo a la mujeres homosexuales con más de una pareja

Esquizofrenia y percepción de riesgo: Los que alcanzan un puntaje alto en la escala de esquizofrenia ($r = .214$, $p = .02$) piensan que las mujeres heterosexuales con más de una pareja tienen menor riesgo de infectarse de VIH.

Esquizofrenia y percepción de riesgo: Los que tienen un puntaje alto en esquizofrenia ($r = .210$, $p = .05$) piensan que quienes tienen menor riesgo de infectarse de VIH son las mujeres heterosexuales con una pareja.

Esquizofrenia y percepción de riesgo: Los que registraron un puntaje alto en esquizofrenia ($r = .1850$, $p = .058$) señalan que los hombres heterosexuales con una pareja tienen mayor riesgo de infectarse de VIH.

Hipomania y percepción de riesgo: Los que tienen un puntaje alto en hipomanía ($r = .219$, $p = .04$) piensan que las mujeres heterosexuales con más de una pareja tienen menor riesgo de infectarse de VIH.

Introversión Social y percepción de riesgo: Los que puntúan alto en introversión social ($r = .194$, $p = .04$) piensan que los hombres heterosexuales con una pareja tienen mayor riesgo de infectarse de VIH (Tabla 9).

Tabla 9

Relación Entre Personalidad, Percepción Y Autopercepción De Riesgo

PERSONALIDAD		PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO				
		A	B	C	D	E
Paranoia		$r=-.273, p=.01$				
Desviación Psicopática						$r=.249, p=.02$
Psicastenia			$r=-.270, p=.005$		$r=.231, p=0.03$	
Esquizofrenia			$r=-.2141, p=.02$	$r=.1850, p=.05$	$r=-.210, p=.05$	
Hipomania			$r=-.219, p=.04$			
Introversión Social				$r=.1942, p=.04$		

A= Mujeres homosexuales con mas de una pareja

B= Mujeres con mas de una pareja

C= Mujeres heterosexuales con una pareja

D= Mujeres con una pareja

E= Autopercepción, la personalidad que se autoperciben en mayor riesgo.

5.9 DESCRIPCIÓN DE LA PERSONALIDAD Y VIDA SEXUAL DE CADA UNO DE LOS SUJETOS QUE SE PERCIBIERON EN MAYOR RIESGO:

Con la finalidad de conocer los rasgos de personalidad de aquellos que se autoperciben con mayor riesgo de infectarse VIH, se llevó a cabo un análisis de frecuencias con cada uno de los rasgos de personalidad, tomando en cuenta las variables sociodemográficas.

El total de sujetos que se autoperciben con los puntajes más altos son siete mujeres, de las cuales a continuación se describirán de manera individual.

1. Mujer de 30 años, católica, soltera, con escolaridad de licenciatura; posee vida sexual y ha tenido dos parejas sexuales. Sí conoce el condón y sí lo ha usado algunas veces y nunca ha tenido relaciones extrapareja. Tiene una buena y apropiada información sobre el uso del condón, sabe qué es el SIDA, tiene toda la información de cuál es la manera de transmitir el VIH, cómo protegerse y cuáles son las conductas de riesgo; sin embargo no tiene información en cuanto a la diferencia entre VIH y SIDA. Sí

percibe el riesgo de algunas conductas y sabe cuáles son las de mayor peligro; sin embargo, exagera en cuanto al peligro de algunas conductas, como masturbarse con alguien infectado y entrar a baños públicos. Piensa que todos están en riesgo, incluida ella, porque existe la infidelidad y esto propicia un riesgo intenso.

En donde tuvo un puntaje más alto fue en la escala de desviación psicopática (75), lo que indica que es una persona con poca tolerancia al aburrimiento o tedio, tiene problemas con la autoridad, puede enfrentar problemas maritales y laborales, es rebelde, hostil, y sostiene relaciones superficiales sin culpa ni remordimiento.

2. Mujer de 27 años, católica, soltera, con licenciatura; no tiene vida sexual, no contestó cuál era su preferencia sexual; conoce el condón, aunque nunca lo ha usado. Piensa que el empleo del condón no es placentero, aunque resulta necesario en las relaciones ocasionales. Tiene excelente información sobre el condón. Sabe qué es el SIDA y cómo se transmite, aunque cuenta con una información moderada respecto a ello.

Tiene claras las conductas de mayor riesgo en forma general, pero hay ciertas conductas que percibe como de mayor riesgo, como donar y recibir transfusiones de sangre; el simple hecho de tener contacto con sangre le da miedo. Este sujeto afirma que toda la gente tienen un alto riesgo, incluida ella, porque la infidelidad existe y sólo los hombres heterosexuales con una pareja tienen poco riesgo de infectarse de VIH.

Su puntaje más alto en cuanto a personalidad lo obtuvo en paranoia (77), la cual se caracteriza por alteraciones del pensamiento, creencias equivocadas y acciones basadas en delirios o fantasías.

3. Mujer, de 23 años, católica, soltera, con licenciatura. Tiene vida sexual, de preferencia heterosexual; ha tenido relaciones con un solo hombre, que es su pareja regular; sí conoce el condón, pero nunca lo ha usado y no ha tenido otras parejas sexuales.

Su información sobre el uso del condón es correcta y su actitud hacia él es muy favorable pero no lo usa. Su información sobre SIDA es pobre, aunque sabe perfectamente cuáles son las conductas de riesgo, como las relaciones sexuales sin condón. En cambio, le parece que en estos momentos donar sangre no es riesgoso. En cuanto a la relación de su percepción de riesgo y su preferencia sexual, señala que el hombre y la mujer homosexual con una pareja no tienen riesgo, el homosexual con más de una pareja y el heterosexual con una pareja tienen moderado riesgo de infectarse de VIH y los que enfrentan un alto riesgo de infectarse son las mujeres homosexuales y los hombres heterosexuales con más de una pareja, la mujer heterosexual con una pareja y más de una pareja, los bisexuales y ella, porque existe la infidelidad.

El tipo de personalidad que predomina en esta mujer es la psicasténica (61) y por ello puede ser insegura, preocupada, ansiosa y aprensiva, y tener miedo al fracaso, ser extremadamente meticulosa e indecisa, moralista, tensa e infeliz.

4. Mujer de 22 años, católica, soltera, con licenciatura; no ha tenido vida sexual, no responde cuál es su preferencia sexual, no tiene pareja y no conoce el condón. Afirma que el uso del condón puede ser placentero. Sus conocimientos en relación con él son buenos; sabe por qué, para qué y cómo usarlo; sin embargo, piensa que su uso es ofensivo para las mujeres y que va en contra de su religión. Sabe qué es el SIDA, pero no cómo se transmite y cómo es preciso protegerse del riesgo de contagio.

En cuanto a la percepción de riesgo de contraer el VIH, sabe qué conductas son riesgosas y cuáles no, pero algo que predomina en ella es la desconfianza hacia el condón. Piensa que quienes corren mayores riesgos son los hombres homosexuales, las mujeres homosexuales, el hombre heterosexual, las mujeres heterosexuales con más de una pareja, los bisexuales y ella. Quienes no tienen posibilidad de infectarse son las mujeres homosexuales y el heterosexual con una pareja.

El puntaje más alto en el perfil de su personalidad se localiza en introversión social. Por eso puede ser, introvertida, tímida y cautelosa, irritable y malhumorada, tiene poca confianza en sí misma y puede ser sumisa y rígida.

5. Mujer de 21 años, católica y soltera, estudia una licenciatura; tiene vida sexual con hombres solamente y no ha tenido más que una relación sexual; cuenta con pareja regular y conoce el condón, aunque nunca lo ha usado, y no ha vivido relaciones ocasionales. Tiene una excelente actitud hacia el condón, porque piensa que se debe usar en todo momento; sin embargo, pone en duda su efectividad. Sabe qué es el SIDA y cómo se transmite, pero no está enterada de que el VIH se encuentra en la saliva, que se muere con el cloro y puede afectar al cerebro. Conoce las conductas que la ponen en riesgo. Piensa que los hombres homosexuales con una pareja y con más de una pareja, las mujeres homosexuales con una o más parejas, los bisexuales y ella corren mucho riesgo, si bien no explica porqué. Quienes tienen un mediano riesgo son los hombres heterosexuales con una o más parejas y las mujeres heterosexuales con una o más parejas.

Las personalidades que predominan en ella son la hipocondría y la depresiva. Por ello tiende a exagerar algunos problemas reales, es egoísta, demandante, tiene una manera cínica de ver las cosas, es pesimista, inestable, retraída, cautelosa, distante de los demás, triste, falta de energía, incapaz para concentrarse, padece molestias físicas, tiene poca confianza en sí misma, tiende a autorreprocharse, se siente angustiada constantemente y es desdichada.

6. Mujer de 35 años, no católica, soltera, con licenciatura; ha tenido sólo tres relaciones sexuales y únicamente con hombres; si tiene pareja sexual, si conoce el condón y lo ha usado y nunca ha tenido relaciones extrapareja. Piensa que el preservativo no es placentero; sin embargo, su actitud hacia él, por las ventajas y la necesidades de usarlo, es positiva. No tiene claro que es el SIDA ni cómo se transmite. Su percepción de riesgo respecto al uso del condón es alta porque duda de su efectividad. Considera que quienes tienen mucho riesgo de infectarse son los hombres homosexuales con una o más parejas, las mujeres homosexuales, los hombres heterosexuales y las mujeres heterosexuales con más de una pareja, los bisexuales y ella.

Quienes tienen mediano riesgo son las mujeres homosexuales y los hombres heterosexuales con una pareja. Las mujeres heterosexuales con una pareja no tienen ninguna posibilidad de infectarse. No explica por qué tiene tal percepción de riesgo.

Su rasgo de personalidad más elevado es la hipomanía (63). Así parece ser una persona dócil y tolerante, tiene una gran variedad de intereses, puede ser eficiente y trabajadora, emprendedora y orientada al logro.

7. Mujer de 27 años, católica, viuda y con licenciatura; si ha tenido vida sexual, su preferencia es heterosexual, su número de parejas sexuales es 14, tiene pareja, conoce el condón, aunque no lo usa y piensa que no es placentero; sin embargo, su actitud hacia él es positiva y menciona que es asertivo y fácil de usar. Sabe qué es el SIDA, cómo se transmite y cómo evitar su contagio. Su percepción de las conductas no riesgosas es apropiada. En cuanto a la relación entre riesgo y preferencia sexual, piensa que todos, incluida ella, están en mucho riesgo, porque existe la infidelidad.

Su rasgo de personalidad predominante es de desviación psicopática (49). Así puede ser sincera, confiable, tenaz y responsable, activa, arriesgada y espontánea, expresa con claridad y firmeza sus sentimientos y puntos de vista.

Se seleccionó a todos los sujetos y se les dividió en dos grupos: los que conocen información sobre SIDA y los que no cuentan con ella. Después se hizo un análisis de frecuencia para ver si había una diferencia en cuanto a puntajes de personalidad y lo que se obtuvo es que el conocimiento no está determinado por la personalidad.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) no es una enfermedad ordinaria, afecta la sexualidad e involucra los prejuicios de cada individuo, la división de géneros y la muerte; por ello ha desbordado los ambientes sanitarios del mundo entero; ha convulsionado a todas las sociedades; la información parcial y contradictoria (sólo se infectan los homosexuales) ha provocado el renacimiento de viejos prejuicios sexuales en apariencia ya superados, que reflejan un total rechazo hacia las personas infectadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) .

Aunque el SIDA es una enfermedad tratada principalmente en el área médica, la psicología, el derecho, la pedagogía y otras disciplinas han tenido que intervenir para intentar frenar su transmisión.

Al principio la ciencia médica se esforzaba por descubrir la causa de tal padecimiento, cuando lo logró y descubrió cómo se transmite, resultó impotente para enfrentar por sí sola tal pandemia. La psicología interviene porque se observa que el individuo se puede infectar por vía sexual, y, como nadie puede señalar la manera de vivir el sexo. Cada sujeto lo decide en función de ideas introyectados relacionadas con la familia y de su contexto social, además de una multiplicidad de mitos y miedos que provocan discriminación hacia los enfermos y la enfermedad. Por lo tanto, la gente de todo el mundo no sabe qué actitud asumir ante la pandemia, sobre todo teniendo un pensamiento con prejuicios y limitado para poder pensar, reflexionar y comunicarse con relación a la sexualidad y las enfermedades que trae consigo.

La principal vía de contagio en México es la sexual y en hombres adultos heterosexuales resulta mucho más acelerada que en los homosexuales y bisexuales (*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1988*). Así, la psicología ha estudiado las razones por las que el individuo, a pesar de estar informado y conocer las vías de transmisión, sigue poniéndose en riesgo. Diferentes estudios realizados en México (Díaz-Loving R. 1991; Díaz-Loving y Rivera Aragón 1992; López Muñoz, A. 1991; Villagrán Vázquez 1993; Alfaro Martínez L; 1995) se han interesado por indagar sobre el conocimiento del SIDA, la actitud ante él, el uso del condón, la percepción y autopercepción de infectarse de VIH, todo ello con el fin de contribuir a evitar la transmisión.

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la autopercepción de riesgo de contagio de VIH y los rasgos de personalidad, además de analizar los conocimientos que hay sobre VIH/SIDA, y la percepción del peligro de infectarse de VIH debido a ciertas conductas.

Conocer la vida sexual de la población en estudio fue importante, puesto que la actitud al respecto permite al sujeto una mayor predisposición para infectarse si no se tienen los cuidados pertinentes.

La epidemia en México presenta un patrón cada vez más heterosexual (*SIDA/ETS* VOL.2, NUM.3, 1996) abarcan al grupo de edad entre 30 y 34 años tanto en hombres como mujeres.

En el presente estudio, el total de los hombres ya han tenido vida sexual; 98.2% de ellos declaran preferencia heterosexual y el 100% (33 sujetos) de las mujeres que ha tenido relaciones sexuales solo con hombres. Se encuentra un predominio del ejercicio de su sexualidad en los hombres a diferencia de las mujeres, como lo han resaltado diferentes estudios (IMSS, 1981; Villagrán Vázquez y Díaz-Loving, 1992; Villagrán, 1993; Andrade Palos y Díaz-Loving, 1994; Rivera, Díaz y Cubas, 1994) Además, los hombres han tenido mayor número de relaciones sexuales y parejas que las mujeres. Se vuelve a resaltar en la cultura mexicana el valor de que los hombres tengan una vida sexual a más temprana edad y más activa que las mujeres (Díaz-Guerrero, 1982).

Las mujeres suelen ser más estables en las relaciones sexuales y tienden a quedarse más tiempo con su pareja sexual, a diferencia de los hombres, tal vez porque tener más parejas sexuales reafirma su masculinidad y creen que cuando encuentren a una mujer digna de ser su esposa (virgen) van a poder enseñarle todo lo aprendido a lo largo de su vida sobre sexualidad. Así se vive una doble moral: los hombres pueden hacerlo todo, las mujeres, nada de experiencia sexual (Díaz-Guerrero, 1982; González- Bazúa y colaboradores, 1988).

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CONDÓN

Si la mayoría de la población en estudio tiene actividad sexual, la probabilidad de que se infecte de VIH aumenta, por lo que es imperativo el uso del condón; así, Gordon (1989) asevera que, si se usara siempre, la epidemia y la transmisión de la misma se controlarían.

El 51% del total de la población en estudio ha escuchado acerca del condón y lo conoce; sin embargo, sólo 8% de las mujeres y 20.0% de los hombres lo usan siempre. Estos resultados concuerdan con las diferentes investigaciones según las cuales, independientemente de la edad, el género y la preferencia sexual, no se usa el condón (Villagrán, Cubas, et.al., 1990; Díaz y Rivera Aragón, 1992; Crawford, 1990; Mink y Mareth, 1991; Villagrán, 1994). Finalmente, se puede conocer el condón, pero si no se usa todas las veces que se tengan relaciones sexuales, la posibilidad de infectarse aumenta cada día más.

En Francia, 86% de la población está en favor del uso del condón, pero 25% de los estudiantes sexualmente activos lo utilizan (Morin, 1990). Para generalizar el uso del condón, Fishbein (en prensa) aconseja tomar en cuenta las determinantes de esa conducta en cada población ya que todo acto ocurre respecto a un objeto determinado, un contexto y en un tiempo determinado. Comprar un condón en una tienda o en una farmacia para usarlo con la pareja estable o la ocasional es un aspecto que determina la probabilidad de emplearlo o no. 75.0% de todas las relaciones extrapareja se realizaron sin condón. Tomar en cuenta el uso de éste en una relación de pareja donde existe el amor y la confianza es casi imposible, ya que proponer su uso supone desconfiar del otro, lo cual es inadmisibile en el flirteo y/o en el amor.

Los sujetos estudiados declaran no tener confianza en el condón, pues no están convencidos de su seguridad; resultado similar encontró Leishman (1987), pues el 66% de sus sujetos no se sentían aún amenazados por el SIDA y por lo tanto dudaban de la efectividad del preservativo.

Los estudios de Alfaro Martínez, 1995; Bayes, 1989; Bownes, et.al. 1987; Fishbein, 1990 y Villagrán Vázquez 1993) concuerdan con el presente, en que la confianza hacia el condón y la autopercepción de riesgo de infectarse de VIH son importantes para usarlo siempre.

Uno de los determinantes para usar el condón es la influencia social, pues presiona al individuo para usarlo al manifestar aprobación por esa conducta (Barrera y Valdés, 1990; Fshbein, 1987).

Los primeros trabajos del gobierno y de las ONGs para frenar la propagación del VIH consistieron en llenar de información a la población con la creencia de que a mayor conocimiento mayor conciencia para protegerse (Koop, 1991) sin embargo, al pasar el tiempo, el resultado indica que la información es necesaria pero no suficiente para erradicar la propagación del VIH (Bayes, 1989).

En el presente estudio se encontró que 64.5% de los sujetos reportan un amplio conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión, resultado similar al de otros estudios donde se comprueba que hay un gran conocimiento sobre la etiología del SIDA y su transmisión, pero que eso no implica que la gente se proteja (Villagrán y Díaz Loving, 1992; Amalio Blanco y Dario Páez, 1990; Ramón Lira y Díaz Loving, 1990; Díaz Loving 1991; López A. y Villagrán V, 1994; Villagrán V, Díaz-Loving y Camacho Valladares, 1992).

Para obtener información se requiere un proceso psicológico, pero llevar a la práctica ese conocimiento requiere de un proceso más elevado. Las personas, aunque tengan un conocimiento exacto de los mecanismos de contagio, subvaloran el riesgo que corren y no adoptan las medidas preventivas correctas, como indican Páez D. et.al. (1989).

El 90.0% de los sujetos opina que la prueba del SIDA se debe aplicar a los donadores de sangre, este resultado sigue mostrando que, aunque la gente tenga los conocimientos sobre VIH/SIDA, siguen reforzando prejuicios e incitando a estigmatizar a los enfermos de SIDA, realizando sesgos cognoscitivos que les permiten de manera imaginaria mantener la infección lejos de sus vidas, y "olvidar" que la principal vía de transmisión del VIH es la actividad sexual.

Los mecanismos de negación y evitación siguen preponderando en la elección de información en los sujetos, mecanismos que se deben tomar en cuenta para la realización de programas para erradicar la propagación del VIH/SIDA, ya que al seguir evitando y negando la existencia del SIDA la gente no puede tomar las medidas pertinentes (Archer, 1989).

En los resultados del presente estudio, los sujetos no saben la diferencia entre VIH/SIDA lo cual implica que la gente sigue pensando que hablar de SIDA es ver personas enfermas e impide protegerse de personas físicamente agradables y saludables que también pueden estar infectadas y propagar el virus. Quizás esta información no la han podido retener mentalmente por creer que sólo las personas enfermas son las infectadas y eso brinda un apoyo emocional, un control cognitivo, una regulación moral y una oportunidad de estar fuera de un grupo estigmatizado (Ramos, Saldivar, Díaz y Martínez, 1992).

El 52.7% de los sujetos en estudio respondieron de manera incorrecta sobre si una persona puede resistir el VIH, esta respuesta puede indicar el deseo de mantener el control sobre su vida y así seguir pensando que se está fuera del riesgo de infectarse.

Si la población sigue manejando con sesgos cognoscitivos, seleccionando información dependiendo de la interacción o las circunstancia, la atribución de responsabilidad seguirá siendo irreal y con ello resultará imposible adoptar medidas preventivas (Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1992).

Para que pueda haber una influencia de la información en la conducta, los sujetos deben tener acceso a un espacio para la reflexión, elaboración y movilización del conocimiento sobre VIH y de su propia sexualidad, para que se produzca un *insight* y con ello un verdadero cambio de conducta (Ivrcovuch, 1993).

PERCEPCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

Los sujetos del presente estudio percibieron un alto riesgo de infectarse cuando el contacto sexual se establece con múltiples parejas sexuales, se utilice en él o no el condón, lo cual prueba nuevamente la falta de confianza en el condón y acentúa la importancia de "conocer" a la gente. Según ellos tener relaciones ocasionales, tener sexo

con alguien que no se conoce o tener relaciones sexuales con una prostituta es muy riesgoso independientemente de que se use o no el condón. Así, al igual que en otros estudios (Ramos , 1992; López , 1994), parece que lo riesgoso no es cómo se hace sino simplemente aquello que corresponde a ciertas acciones donde hay pérdida de valores, irresponsabilidad, vida inmoral, relaciones con prostitutas y múltiples parejas sexuales, pues ello representa más posibilidades de contagio.

PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO

La autopercepción de riesgo de infectarse de VIH es un rasgo psicodinámico fundamental para que la gente pueda cuidarse y mantenerse saludable ante la epidemia. La percepción de riesgo es un proceso cognoscitivo en la adquisición del conocimiento, dentro del cual se encuentra el aprendizaje y el pensamiento, que sirven como mediadores entre la realidad física y la reacción del individuo.

En el presente estudio se encontró que los sujetos perciben con mucho riesgo a los homosexuales con más de una pareja (94.5%), a los hombres y mujeres bisexuales (92.5%) a las mujeres heterosexuales con más de una pareja (83.2%), a las mujeres homosexuales con más de una pareja (81.5%) y a los hombres heterosexuales con más de una pareja (80.6%). En cambio, en cuanto a la autopercepción de riesgo de infectarse de VIH de la población, 72.4% de la muestra asegura no correr ningún riesgo.

Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios (Ramos, Díaz y colaboradores., 1990; Izasola y colaboradores., 1989; Villagrán , 1994; Downes, Ongorman; Dinsmore, 1990; Kelly y colaboradores., 1990), donde se revela que la gente percibe mayor riesgo en quienes tienen mayor número de parejas sexuales y con una preferencia homosexual y bisexual, a diferencia de ellos mismos, aunque tengan conductas de alto riesgo.

Como se ve, la población sigue considerando grupos de riesgo y no conductas de riesgo, al suponer que la preferencia sexual determina la posibilidad de infectarse, al igual que conductas inmorales, pérdida de valores, irresponsabilidad, falta de higiene, vida inmoral y trato con múltiples parejas sexuales, como prostitutas, sin darse cuenta de que en estos tiempos las amas de casa son las más afectadas (SIDA/ETS, 1996; Ramos , 1992; López , 1994).

Las razones que arguyen para no percibirse en riesgo los sujetos son la fidelidad, la confianza en su pareja, la creencia de que las personas no estén infectadas, la buena educación sexual, el uso del condón y el sexo seguro. Como se observa, la autopercepción de riesgo de infectarse de VIH está sumamente alterada, porque existen sesgos en el proceso cognoscitivo, principalmente al seleccionar la información (Díaz-Loving y Rivera Aragón, 1992), Así, lo que se hace es negar la posibilidad de infectarse, adoptar una posición de invulnerabilidad (Izasola y colaboradores. 1989) y obtener aunque sea de manera imaginaria un control sobre la vida para sentirse tranquilos.

Todo lo descrito anteriormente concuerda con lo que Kleinhesselink (1991) explica sobre la percepción de riesgo: las personas asocian los riesgos con la infrecuencia y actividades involuntarias más que con la frecuencia (cuántas veces se usa el condón, cuánto tiempo se tiene con la misma pareja) y los sucesos voluntarios (qué tantas precauciones se toman), además, si los sujetos no se dan cuenta de manera inmediata de las repercusiones de su conducta y las consecuencias nocivas aparecen a largo plazo, entonces seguirán eligiendo tener relaciones sexuales y el placer obtenido de inmediato, por lo que se les tendrá que enseñar a evaluar a largo plazo el costo-beneficio que implica cuidarse y analizar que el beneficio (protegerse) pesa más que el costo (no tener relaciones sexuales cuando no hay protección); (Bayes, 1989; Slovic, Fischhoff, Lichtenstein, 1990).

Dake Karl (1991) sostiene que la percepción de riesgo debe de ser entendida en términos de disposiciones de orientación, pues implica elementos de personalidad, entre otros.

PERSONALIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE RIESGO

Este estudio relacionó la personalidad con el conocimiento, la percepción y la autopercepción de riesgo, ya que la personalidad es un aspecto importante para determinar si alguien es capaz de autopercebirse en riesgo. Los rasgos de personalidad podrían brindar alternativas de apoyo para erradicar el VIH por medio de campañas dirigidas a cada determinado sector.

Las personas que presentaron un puntaje más alto en hipocondria son sujetos que han tenido una vida sexual más activa.

La escala donde se encontró un puntaje más alto en las mujeres fue la de Masculinidad-Femenidad y revela que las mujeres, por sentirse más confiadas en sí mismas y competitivas, tienden a adoptar una vida sexual más activa. Probablemente este tipo de personalidad confiada en sí misma le lleve a tener mayor cuidado para no infectarse de VIH, porque tiene un yo fortalecido que permite ejercer control interno sobre la salud (Freud, 1923; Díaz-Loving, 1994).

La relación entre conocimiento sobre VIH y personalidad indica que quienes presentan un mayor conocimiento obtienen un puntaje menor en desviación psicopática, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social, porque no acusan rasgos acentuados en psicopatía y por lo tanto su yo está más integrado y pueden asimilar la información de manera más adecuada, por lo tanto los sujetos que tengan una patología acentuada no podrán asimilar la información, poder elaborarlos y tomar medidas pertinentes para evitar la infección de VIH.

El hipomaniaco, si tuviera rasgos acentuados de esta patología, no aprendería de manera eficiente por su malestar general al tener que estar en movimiento permanente.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

El sujeto con rasgos de esquizofrenia posee un yo integrado que le permite entender y asimilar la información y emprender un cambio de comportamiento.

El que presenta rasgos no tan intensos de introversión social podrá alcanzar un conocimiento amplio sobre SIDA, porque finalmente la posibilidad de aprendizaje exige un intercambio interpersonal que el sujeto esta dispuesto a otorgar.

Los resultados pueden mostrar que no hay una relación alta e intensa entre personalidad y conocimientos, pues los sujetos pueden buscar y asimilar la información sobre VIH/SIDA independientemente de los rasgos sobresalientes de su personalidad, siempre y cuando no sean tan acentuados que impidan asimilar con claridad la información.

SE RELACIONÓ LA PERSONALIDAD CON LA AUTOPERCEPCIÓN Y PERCEPCIÓN DE RIESGO Y SE ENCONTRÓ LO SIGUIENTE:

Los que puntúan mayor en psicastenia ($r=.2111$, $p=.031$) consideran que quienes tienen mayor riesgo de infectarse son las mujeres heterosexuales con una pareja; este tipo de personalidad tiende a ser moralista, por lo que tener una vida sexual es sinónimo de pecado y el castigo merecido es el SIDA . Por tener rasgos de inseguridad, miedo al fracaso, indecisión, probablemente deposita en el hombre iniciativa de protegerse o no de la infección del VIH, aunque la mujer sea quien padezca las consecuencias.

Quienes alcanzan nivel alto en esquizofrenia ($r=.2141$, $p=.026$) piensan que el hombre y la mujer heterosexual con una pareja son los que se pueden infectar de VIH. Pareciera que esta personalidad ve el resultado de la actividad sexual desde la escisión y la persecución como un castigo a realizar una conducta moralmente prohibida, depositando nuevamente las consecuencias igual a castigo en la mujer con más de una pareja.

Los que puntúan alto en hipomanía ($r=.1907$, $p=.05$) creen que las mujeres heterosexuales con más de un pareja tienen menor riesgo de infectarse. En este caso la moralidad y la prohibición parecen estar negadas ante la actividad sexual, ya que su dinamismo no permite cuestionar y reflexionar sobre el riesgo real de infectarse y es preferible negarlo.

Quienes llegan a un punto alto en introversión social ($r=.1942$, $p=.04$) piensan que los hombres heterosexuales con una pareja tienen mayor riesgo de infectarse, pues en aquellos predominan la rigidez, la cautela y la introversión, impidiéndole mover sus ideas moralistas con relación a la sexualidad, como que su disfrute merece un castigo, que puede ser SIDA.

SE REALIZÓ UN ANÁLISIS ENTRE LAS PERSONALIDADES QUE SÍ SE AUTOPERCIBEN EN RIESGO Y SE ENCONTRÓ LO SIGUIENTE:

Al realizar un análisis global, podemos mencionar que sorprendentemente todas las mujeres, la mayoría con vida sexual, han tenido pocas parejas y ninguna usa condón; probablemente el ser mujeres y tener una vida sexual sin estar casadas las hace sentir impuras y no se permiten ofrecer el condón, ya que se puede pensar que son desenfrenadas sexuales y desean protegerse por tanta actividad sexual: temores y prejuicios que culturalmente han venido pasando de mujer a mujer.

La mayoría tiene una adecuada información sobre SIDA y sobre el condón, piensa que es bueno, que se debe de usar y es fácil; sin embargo, aunque tienen temor de infectarse y se percibe en riesgo, ninguna lo usa; tal vez su educación las induce a guardar recato ante la sexualidad y a obedecer al hombre que aman, aunque con ello no protejan su salud.

Una propuesta respecto al uso del condón es una intervención y publicidad para este (cómo se usa, su efectividad y mencionar que el uso del condón no quita el placer), ya que lo considera estorboso y que impide la satisfacción.

Los sujetos en estudio se saben en riesgo porque existe la infidelidad; sin embargo no usan el condón.

Finalmente como podemos observar, se han realizado una infinidad de estudios (conocimientos en relación con el SIDA, actitud sobre el condón, percepción y autopercepción de riesgo, etc.), todos relacionados con el SIDA y cómo prevenirlo. Este estudio quiso explicar cómo los rasgos de personalidad podían influir en la percepción y autopercepción de riesgo. Se explicó que los rasgos de personalidad no son determinantes; sin embargo, la personalidad está constituida por intereses, emociones y valores que se van incorporando a lo largo de toda la vida, que se van enriqueciendo con el propio desarrollo, el contacto con la familia y el contexto social, por lo tanto un buen acercamiento a los individuos podría ayudar a modificar y a enriquecer su personalidad.

El crecimiento psicosexual se va desarrollando al tener contacto con una variedad de zonas corporales que tienen como fin último obtener placer; así el ser humano utiliza su energía y se enfrenta a una serie de excitaciones sexuales a su evolución y transformación a lo largo de la vida (Freud, 1905). La teoría freudiana, plantea que la sexualidad humana está constituida por las fantasías de la escena originaria, la castración y la seducción, llegando al complejo de Edipo. Por lo tanto la sexualidad está determinada por las vivencias individuales, el contacto con la familia, la relación entre el contexto social y el género.

El género está determinado por el sentimiento de ser niña o niño y se fundamenta por el núcleo de la conciencia (cómo se percibe la identidad genérica), sin embargo, esto sólo se consolida hasta que los padres expresan lo que es ser femenino o masculino y cómo el niño debe de expresarlo (Stoller, 1968). Lo que los padres piensan, cómo debe de expresar el niño su masculinidad y la niña su feminidad, determina el núcleo del género; éste se va formando y consolidando desde descubrir sus órganos genitales y obtener placer (contacto con su sexualidad), pasando por la aceptación de los padres y finalmente de la sociedad.

El agente cultural principal es la madre, que a través de su discurso señalará las conductas apropiadas dependiendo del género; después, la familia y el contexto social determinarán la forma de ver la vida, la preferencia de valores, cómo actuar y sentir hacia nuestro ser y el mundo que nos rodea, todo esto siempre en relación con el género. El rol de género determina las expectativas y los comportamientos apropiados para cada persona dentro de un contexto social dado.

Tanto los padres y el contexto social son los modelos de rol que establecen formas de comportamiento, actividades y actitudes para cada género, estimulando o desacreditando lo que cada microcultura considera pertinente.

En nuestra cultura, si se es niño se puede uno vestir de azul o de colores más intensos; en cambio, si se es niña se le otorga a uno el rosa o colores suaves. Así, los adolescentes tienen que elegir los riesgos, salir a jugar fútbol, pelear, ganarse la vida fuera de la casa y con ellos dentro del grupo de amigos, la adolescente tiene que quedarse en la casa y "elegirá actividades más de su género", como aprender a lavar ropa, coser, planchar y cocinar platillos que puedan agradar al hombre.

En cuanto a la sexualidad, el adolescente tiene el trabajo de saber seducir no a una sino a muchas adolescentes y ganarse un estatus de galán; sin embargo, la niña tiene que aprender a esperar, a ser sumisa, tranquila y recatada ante la sexualidad, hasta casarse y con su esposo va a poder sentir y buscar satisfacción para ella, pero principalmente para él.

Detengámonos y analicemos la conexión con el pensamiento cultural y el problema actual del SIDA donde la mujer, por atreverse a ejercer su sexualidad y ofrecer el uso del condón, es vista como impura, además de romper con el recato, silencio y respeto de nunca proponer nada que el hombre no piense y así exponerse a situaciones de conflicto potencialmente violentas. Aun más, aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio (Del Río, et.al. 1995).

El falocentrismo se desarrolla a partir de la masculinidad del padre real, además de la fantasía de la masculinidad de la madre, del padre y la familia de manera inconsciente. La identidad de género comienza a partir del mínimo desarrollo cognitivo, suficiente para la percepción consciente o inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro.

Finalmente, están las diferencias anatómicas entre los sexos; las niñas expresan sentimientos de ansiedad, rabia, desafío, mortificación, depresión por la envidia del pene por su función sexual y como fuente de goce hacia la madre, por lo que surge el deseo de anular la diferencia. La niña tendrá que hacer un gran esfuerzo para poder ser valiosa, a pesar del trato diferente entre los géneros, y el niño por su parte volcará toda su admiración al padre cuando descubre que la madre carece del pene.

Por tal sobrevaloración de la masculinidad, el hombre adulto tiene que entregarse al riesgo, la agresividad, la actividad intensa y la impulsividad, todo ello encaminado al logro y a una vida social plena, por lo que al llegar el SIDA es una de tantas cosas que tiene que enfrentar como un probable riesgo.

La forma de enfrentar la mujer un mundo paternalista, masculino y fálico es buscar ser amada, por lo que al presentarse el SIDA y hablar con su esposo de las probables relaciones extrapareja le es difícil, por el probable enojo de éste por sacar el tema y ella tal vez pensará que no debió tocarlo, así mismo cuando las mujeres piden a los hombres que se cuiden del VIH y usen condón, que no se arriesguen a infectarse, se les dice indirectamente que lo enseñado de manera consciente e inconsciente es falso, que no se deben arriesgar y no deben ser agresivos, por ello, no harán ningún caso del uso del condón y su respuesta podría ser "yo soy muy hombre y mi condición masculina me pide que me arriesgue y tome mis propias decisiones".

Ante tal circunstancia, la mujer no podrá, ofrecer el uso del condón ni hablar de la sexualidad y del cuidado que él le debe ofrecer a través de la vida, porque le enseñaron que debería guardar silencio, ser recatada y obedecer ciegamente al hombre valiente que sabe todo lo que es para su bien. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada sexo, que se convierte en desigualdad para las mujeres en distintas esferas de la vida social y, en general, su sometimiento al hombre. (Del Río, et.al., 1995).

La mujer que se siente devaluada a los ojos del contexto social buscará a través del amor una confirmación narcisista, entonces cómo puede exigir al hombre que cambie su manera de hacer el amor (usando condón), que sea fiel y que la proteja del SIDA, si lo principal para ella es la confirmación narcisista por parte del hombre, cueste le que le cueste.

La mujer devaluada debe hacer lo que las órdenes contradictorias de la cultura le designan sobre su sexualidad y destino de género (obedece a tu pareja, pero lucha para que te entienda sobre lo importante de la fidelidad; cuida tu salud, pero no hables con tu pareja del SIDA y del uso del condón si llegas a tener relaciones extrapareja).

Por su parte, la religión indica que "la mujer debe de seguir al marido" y no espera de ella que tenga principios y metas personales como "usemos el condón, no me infectes, cuidame", sino que sea tolerante, adaptable y complaciente, hasta hacer suyos los ideales del otro.

Por lo tanto, el SIDA es un problema donde cada individuo tiene que enfrentarse a una serie de cuestionamientos en relación con su propio género, su cultura familiar y social, aspectos sumamente controvertibles que le exigen cuestionar su forma de haber sido educado, y así utilizar lo conveniente ante el SIDA y descalificar lo que años atrás dio resultados satisfactorios, pero que hoy, en el siglo XX y ante el SIDA, ya no es funcional, ya la mujer puede exigir ser querida, respetada y cuidada

SUGERENCIAS

Lo encontrado en este estudio permite reflexionar sobre lo importante que es tomar en cuenta para el estudio del SIDA los rasgos de personalidad y dirigir mensajes determinados por las necesidades propias de cada individuo, además de tomar en cuenta la historia de la humanidad, la familia y la cultura, porque aquí es donde se gestan de manera consciente e inconsciente la identidad y el rol de género, al determinarse la forma de pensar y comportarse ante la sexualidad propia y del otro. La tendencia del ello a tratar los objetos como si fueran iguales, a pesar de sus diferencias, produce una deformación del pensar llamado pensar predicativo, que impide a las personas hacer discriminaciones adecuadas en su vida cotidiana (Freud, 1923).

Ψ Por ello se deben de buscar líderes en cada escuela, ya sea de secundaria, preparatoria, o universidad, así como en cada empresas, para capacitarlos con información sobre VIH/SIDA, y uso del condón, ya que si un líder lo usa y lo promueve, el apoyo colectivo dará mejores resultados.

Ψ Es necesario proporcionar mensajes respecto a que el SIDA y el control de su diseminación están bajo la vigilancia de cada individuo y nadie más, y que solo el individuo es el RESPONSABLE de su salud y de no infectarse. Así, si la gente desarrolla mayor control interno (Dr. Díaz-Loving, 1994), podrá manejar y elegir lo mejor para su salud, ya que se ha visto que la gente que prefiere tener conductas de prevención es porque tienen un mayor control interno sobre su salud y toman en cuenta la evaluación que otros hacen de ellos, a diferencia de los que tienen un control externo que, por ejemplo, creen en la suerte y suelen depositar la posibilidad de infectarse en algo mágico, lo cual induce conductas de riesgo importantes.

- Ψ **Es imperativo brindar educación sexual que permita mirar la sexualidad como posibilidad de relacionarse y comprometerse con el otro, siendo fiel; que el amor implica agrandar al otro pero cuidando el cuerpo y la salud de ambos. Y así enseñar a los niños, adolescentes, adultos, hombres y mujeres de diferente preferencia sexual que ejercer la sexualidad no es un pecado que tenga que pagarse con el SIDA. Dentro de esto, puntualizar que la sexualidad y su disfrute van más allá del uso del condón, que éste es sólo un objeto y que el placer, el orgasmo, está más en un permiso propio consciente que en este objeto, además de ser un intercambio de un ser humano a otro ser humano.**
- Ψ **Como las mujeres se autopercebieron con mayor riesgo, este estudio propone realizar una intervención sobre su sexualidad (qué es, qué significa, qué implica nuestro cuerpo y el del otro) y SIDA que permita un análisis y una reflexión sobre estos tópicos. Enseñarles cómo hablar con sus parejas sobre lo importante que es la fidelidad o, en su defecto, el uso del condón en las relaciones extrapareja. Fortalecer su conciencia de que creer o conocer a la pareja no permite saber si está o no infectada, ya que en algunos casos el seropositivo no lo sabe.**
- Ψ **Investigaciones futuras podrían dedicarse a estudiar cómo fomentar la confianza hacia el condón para desarrollarla en los sujetos.**

BIBLIOGRAFIA

Abraham, K (1920). Contributions to the theory of the Anal Character, en Selected Papers on Psychoanalysis. Basic Books. New York.

Alanis, Carsi, L (1990) SIDA: MANUAL DE TRABAJO PARA CAPACITADORES. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología. México, D.F.

Alfaro Martínez L. B (1995). El modelo de Acción Razonada como predictor del uso del condón en adolescentes y factores psicosociales asociados al contagio del VIH. Tesis de Maestría en psicología social, no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ajzen, L, y Fishbein, M (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice-Hall.

Ampudia. A. (1994) Tesis de maestría. El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios. No publicada.

Archer, V; (1989) Psychological Defenses and Control of AIDS, AJPH. July vol.79. No. 7.

Bayés, R y Ribes, E. (1989) Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso de SIDA. Papeles de Psicología No. 41-42, 122-125.

Bayés, R. (1989). La prevención del SIDA. Cuadernos de Salud, 2, 45-55.

Bergeret, J (1974) La personalidad Normal y Patológica. Edit. Gedisa.

Bleichman H. (1994) La depresión: un estudio psicoanalítico. Ed. Nueva Visión.

Boletín de Tratamientos Experimentales Contra el SIDA - Julio de 1996, Publicado por San Francisco AIDS Foundation.

Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA. Publicado por San Francisco AIDS Foundation. Informe de la XL Conferencia Internacional sobre el SIDA en Vancouver Colombia Británica. Noviembre de 1996.

Boletín Internacional sobre prevención y control del SIDA. Acción en SIDA (1992) Núm.16

Bowen J. Y Hobson P (1991) Teorías de la Educación. México, Limusa.

Bowwines, I. T., O gorman, E.C, Dinsmore, W.W (1990) "Factors influencing percepcion of risk of HIV acquisition among male heterosexual S. T. D. clinic. Attenders. Journal of Psychology Medicene. (2 94100)

Brenner, Ch. (1993) Elementos Fundamentales de psicoanálisis. Edit. Libros Básicos S.C.A.

Cáceres CF, Rosasco A.M, Muñoz S, Gotuzzo E, Mendel J, Hearst, N (1992 Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores se escuela secundaria en Lima. Revista Latinoamericana de Psicología, 24 (1,2):109-122.

Calamidas E. (1990) AIDS and STD Education: Wats Really Happening in Our Schools Journal of Sex Education; Therapy, Vol. 16, No. 1, p.p. 54-63.

Center for Disease Control (1988) AIDS Weekly Surveillance Report. Atlanta, GA: Center for Disease Control.

Clarke, Lee. (1985) "The origins of nuclear pomer: Acase of institutional conflict. Social Problems. 32:474-87.

Coderch, J (1991) Psiquiatría Dinámica. Edit. Herder.

Cueli, J. y Reidl L. (1981) teorías de la personalidad. México, Trillas.

Del Río A. (1995) La epidemia del VIH/SIDA y la mujer en México. Salud Pública de México Nov.- Dic., 1995. Vol. 37 No. 6 p.p. 581-591.

Díaz-Loving R. (1994) Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. U.N.A.M. " SIDA. Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial", Julio Alfonso Piña(compilador).

Díaz-Loving, R.; Rivera Aragón, S. (1992) Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. Investigación Psicológica, 2, 27-38.

Díaz-Loving, R.; Rivera Aragón, S. (1995) Prevención de contagio de VIH. Aplicación de la teoría de la Acción Razonada a la predicción del uso del condón. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13.71-87.

Diccionario de Ciencias Sociales. Vol. 1. (1975) Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

Dorsch, F (1985) Diccionario de Psicología. Barcelona, Herder.

Downes, IT, O Gorman, E.C.; Dinsmore, W.W. (1990). Factors influencing perception of risk of HIV acquisition among male heterosexual S.T.D. clinic attenders. Journal of Psychological Medicine, 7, 94-100.

Fenichel, O. (1991) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidós.

Fishbein, M, (1990) Factores psicosociales que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad, 6 (1-2), 1-16.

Fishbein, M, Salazar M, Rodríguez (1987). Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes Venezolanos: Una aplicación de la teoría de acción razonada en Latinoamérica. Revista de Psicología Social y Personalidad, (2), 19-41.

Forgus. (1975) Percepción; México, Trillas.

Freud. A. (1936) El yo y los Mecanismos de Defensa. Edit. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1900) La interpretación de los sueños. Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual y otras obras, Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1911) Los dos principio del suceder psíquico. Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1923) El yo y el ello. Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1925) La negación. Edit Amorrortu.

Freud S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1933) Nuevas aportaciones del psicoanálisis, Cap. V. Edit. Amorrortu.

Freud, S. (1938) Esquema del psicoanálisis. Edit. Amorrortu.

Fulford, S. (1993) Depression and HIV. Seattle treatment Education Project. Education Project ("STEP") This document posted at the Body.

Galbán García, E. (1989) Programa de Entrenamiento sobre el SIDA, 1 Generalidades, México: Editorial Ciencias Médicas.

Galbán García, E. (1989) Programa de Entrenamiento sobre el SIDA, 3 Epidemiología, México: Editorial Ciencias Médicas.

- González Block. (1990) SIDA y estratos sociales en México: La importancia del bisexualismo. Salud Pública de México 32 (1).**
- Gordon, R. (1989) A Critical Review of the physics and Starisrics of condoms and their Role in Individual versus sociatal survival of the AIDS Epidemic Journal of Sex; Marital Therapy, 15 (1): 5-30 Spring.**
- Guarner, E. (1984) Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. México, Porrúa Hnos.**
- Hall, C. (1991). Compendio de psicología Freudiana. Edit. Paidos.**
- Hamilton, M.C. (1988) Masculine Generic Terms and Misperception of AIDS risk. Journal of Applied Social Psychology (18) 14, 1222-1240.**
- Hartman, H, (1953) Ensayos sobre la psicología del yo. Edit. Fondo de Cultura.**
- Hathaway y Mckinley (1995) Inventario Multifasico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) Manual Moderno.**
- Herek, G. y Glunt, E. (1988). An Epidemic of Stigma, Public Reactions to AIDS.**
- Hirschorn, M.W (1987) Persuading students to use safer Sex practices proves difficult even with the danger of AIDS. The chronicle of Higher Education. P. 30.**
- Izazola, J. A., Valdespino, J. L., Juárez, L. G., Mondragón, M y Sepúlveda, J. (1989) Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA. Bases para el diseño de programas educativos SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Fondo de Cultura Económica México.**
- Janet, P. Letal mental des Hysteriques. Rueff. París. (1982).**
- Janz N.K y Becker M.H. (1984) "The health belief model: a decada later". Health Educational Monographs. 2, 409-419.**
- Jeffrey D. Fisher y Stephen J. Misovich (1990) Evolution of College Students AIDS-Related Behavioral Responses, Attitudes, Knowledge and Fear. AIDS Education and Prevention, 2(4), 322-337.**
- Jeffrey. J, Williams , J y Rabkins J. (1995) Axis I Psychiatriis Symptoms Associated with HIV infection and Personality Dosorder. Am J Psy chiatry 152:4, April. Reproduced with permission of copyright ownar. Forither reproduction prohibited.**

Jhonson (1991) Risk and culture research, Journal of cross. Cultural Psychology, 22 (1) 141-149.

Jodelet, D (1986). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En S. Moscovic (Ed) Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y Problemas Sociales. Paidós, Barcelona, 1986.

Kegeles SM. Coates, T.J, Christopher T.A, Lázarus JL (1989) Perceptions of AIDS: the continuing saga of AIDS-related Stigma AIDS, 3 (supl. 1): S 253-S 258.

Kelly, J. A. L. (1990) Psychological Factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Kraepelin, E.(1899) Lehrbuch der. Psychiatrie. A.R. Defendorf. VI

Larsen K, Serran M. Long E. (1990 AIDS victims and Heterosexual attitudes, Journal of Homosexuality, 19 (3): 103-116.

Lerner M (1980) The belief in a just world. Plenum Press, Nueva York.

López Muñoz A.A. (1991). Mecanismo de negación y su relación con la infección por el VIH. Tesis de Licenciatura en psicología social. No publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.

López Muñoz A.A. y Villagrán Vázquez, G. (1994). Percepción de riesgo, Atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. La psicología Social en México, vol. V. AMEPSO.

Lucio, E. Y Reyes, I (1994). La nueva versión del Inventario multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. Revista Mexicana de Psicología 11 (1) 45-54.

Mackinnon, R.A. Y Michels, R. (1985). Psiquiatría Clínica Aplicada. Edit. Interamericana.

Martínez García M. F. y León Rubio J. M. (1987). Consideraciones psicosociales sobre el SIDA. Psiquis 374-87, Vol. VIII p. 46-56.

Michaca, P. (1987) Desarrollo de la Personalidad, México, Ed. Pax México.

- Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*. Edit. Manual Moderno Montgomery, S.B, et.al. (1989 "The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recomendations for AIDS: How useful ¿ AIDS Education and Prevention, (14), 303-323?"
- Morin, M (1990) *Representations sociales et engagement: retchecher psychosociales en milieu scolaire sun les modifications de conduites de joynes en relation au SIDA Aix-en-provence: Rapport de rechete*.
- Moscovici, B. (1988) *Psicología Social II*, Paidos Barcelona, Buenos Aires, México.
- Negy Charles, B.A. y Webber A. (1990). *Knoweledge and Fear*. Universidad del Estado de California, Fullerton.
- Newman y Newman (1985) *Desarrollo del Niño*. México, Limusa.
- Pepitone, A. (1991) *El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial*. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(1), 61-79.
- Perkins, D; Davidson E; y Leserman J. (1993) *Personality Disorder in Patients Infected with HIV: A Controlled Study Wirh Implicatio for Clinical Care*. *Am J Psychiatry* 150:2, February. Reproduced with permission of copyright ownwe. Further reproduction prihibited.
- Peruga, A. (1992). *Racial Diferences in AIDS Knowledge among*. *AIDS, Education and Prevention* 4 (1) 55-60.
- Pescador J. y Bronfman M. (1989). *SOCIEDAD Y SIDA: Viejas Reacciones Frente a Nuevos Problemas*. *SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Ponce de León, M.C., Masías A.E., Cruz A. (1988). *Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México*. *Salud Pública de México*, 30 (4), 544-554.
- Prohaska, T. R., Albrech, G., Levé. A., Sugrue N y Kim J-H (1990). *Determinants of self-perceived risk of AIDS*. *Journal of Health on Social Behavior*, 384-394.
- Quadland, M.C., Shattls, W.D (1987) *AIDS Sexuality and Sexual Control* the Haworth Press, Inc 277-298.
- Ramos Lira y Díaz-Loving. (1992) "Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios". Aceptado para su publicación en *Revista de Salud Mental*.

- Sepúlveda A. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México, Fondo de Cultura Económica.**
- Sepúlveda, M, y Bronfman, M. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Secretaria de Salud. Fondo de Cultura Económica. Instituto Nacional de Salud Pública.**
- Severn, J.J. (1990) College students and condoms, AIDS, and Attitudes. College student Journal, 24, 296-306.**
- SIDA /ETS. Vol. 3 Núm. 2 mayo - julio de 1999. Epidemiología y CONASIDA.**
- SIDA /ETS. Diciembre de 1999. Epidemiología y CONASIDA.**
- SIDA, HOY (1999). Revista de Amigos contra el SIDA y Ser Humano.**
- Simkins, L. & Kushner, A. (1986) Attitudes toward AIDS, Herpes II, and toxic shock syndrome: two years later. Psychological Reports, 59. 883-891.**
- Slovic, P; Fischhoff, B and L Sarah. (1979) "Rating the Risks: The Structure of Expert and Lay Perceptions Environment 21:14-20.**
- Steben, M. (1986) Les maladies transmissibles sexuellement: Lepidemie catactrophique Verdun, Quebec: Departement de sante communautaire du centre hospitalier de Verdun.**
- Triplet. R.; Sugarma, D. (1987) Reactions to AIDS victims: Ambiguity breeds contempi. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, 265-274.**
- Tversky, A.; Kahneman, D, (1982) Judgment under uncertainty: Heuristics anbiases. En D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds) Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. London: Cambridge University Press.**
- Villagrán Vázquez G., Cubas C., Díaz L., Camacho V. (1990) "Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes", La psicología Social en México, 3 México: AMEPSO.**
- Villagrán Vázquez G. (1993). Hacia un modelo de la percepción de riesgo y uso del condón. (Tesis de maestría en psicología Experimental, no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.**
- Villagrán Vázquez, G. y Díaz-Loving, R y Camacho Valladares (1992). Knowledge about AIDS, sexual behavior and Attitudes and belief toward condon use in University students. Revista Mexicana de Psicología Vol. 9, Núm. 1.**

APENDICE 1

APENDICE 1

INSTRUMENTO

POR FAVOR MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA O EN SU CASO ESCRIBA LO QUE SE LE PIDE. ES IMPORTANTE QUE RESPONDA TODO, SI TIENE ALGUNA DUDA PREGUNTE AL APLICADOR.

SEXO : FEMENINO ___ MASCULINO ___

EDAD _____

RELIGION _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO ___ CASADO ___ DIVORCIADO ___ VIUDO ___
UNION LIBRE ___ SEPARADO ___ OTROS _____

ESCOLARIDAD: PRIMARIA ___ SECUNDARIA ___ PREPARATORIA ___
LICENCIATURA ___ MAESTRIA ___ OTROS ___

VIDA SEXUAL

AHORA LE HAREMOS ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU VIDA SEXUAL, RECUERDE QUE ESTO ES CONFIDENCIAL Y ANONIMO POR LO QUE LE PEDIMOS QUE CONTESTE DE MANERA SINCERA.

1- HA TENIDO RELACIONES SEXUALES:

SÍ ___
NO ___

2. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES:

SOLO CON MUJERES _____

LA MAYORIA DE LAS VECES CON MUJERES Y OCASIONALMENTE CON HOMBRES. _____

AHORA LE HAREMOS ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU VIDA SEXUAL, RECUERDE QUE ESTO ES CONFIDENCIAL Y ANONIMO POR LO QUE LE PEDIMOS QUE CONTESTE DE MANERA SINCERA.

TANTO CON HOMBRES COMO CON MUJERES. ___

LA MAYORIA DE LAS VECES CON HOMBRES Y OCASIONALMENTE CON MUJERES. ___

SOLO CON HOMBRES. ___

3. CON CUANTAS PERSONAS HA TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TODA TU VIDA _____
número de persona

4. ACTUALMENTE TIENE PAREJA SEXUAL REGULA
SI NO

5. CONOCE USTED EL CONDON
SI NO

6. HA USADO EL CONDON
SI NO

7. EN LOS ULTIMOS SEIS MESES DE RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA SEXUAL REGULAR CON QUE FRECUENCIA USO EL CONDON SIEMPRE ___
ALGUNAS VECES ___ NUNCA ___

8. EN EL ULTIMO MES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON OTRAS PERSONAS ADEMAS DE SU ESPOSO (A) O PAREJA REGULAR

SÍ CUANTAS? _____ NO

9. EN CUANTAS DE ESTAS RELACIONES USARON CONDON

SIEMPRE ___
ALGUNAS VECES ___
NUNCA ___

ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

INFORMACION SOBRE SIDA

A CONTINUACION LE PRESENTAMOS ALGUNAS AFIRMACIONES SOBRE SIDA , POR FAVOR TACHA CON UNA(X) PARA CADA UNA LA OPCION QUE MÁS SE ACERQUE A LO QUE TU SABES.

21. QUE ES EL SIDA _____

- | | | | |
|--|------------------|----------------|--------------------|
| 23. El SIDA se transmite por la saliva. | cierto | falso | no sabe |
| 24. Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al producto. | cierto | falso | no sabe |
| 25. El SIDA se transmite por secreciones vaginales | cierto | falso | no sabe |
| 26. En una sola relación sexual con una persona infectada puede contagiarse de SIDA | cierto | falso | no sabe |
| 27. El virus del SIDA se ha encontrado en la saliva | cierto | falso | no sabe |
| 28. El SIDA se puede transmitir por compartir Agujas y jeringas usadas. | cierto | falso | no sabe |
| 29. El sexo seguro se basa en no dejar que los fluidos sexuales entren al organismo. | cierto
cierto | falso
falso | no sabe
no sabe |
| 30. La prueba del SIDA se deben hacer a los donadores de sangre. | cierto | falso | no sabe |
| 31. Los condones se dañan con la luz, el calor y tienen fecha de caducidad. | cierto | falso | no sabe |
| 32. El cloro destruye al virus del SIDA . | cierto | falso | no sabe |
| 33. Una persona seropositiva puede infectar otra persona igual que una con SIDA . | cierto | falso | no sabe |
| 34. El virus del SIDA afecta al cerebro. | cierto | falso | no sabe |

¿QUE POSIBILIDADES HAY DE QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SE CONTAGIEN DE SIDA ? MARQUE CON UNA (X) LA OPCION QUE USTED CONSIDERE.

	NINGUNA	REGULAR	MUCHO
65. Mujer Heterosexual con más de una pareja	1	2	3
66. Hombres y Mujeres Bisexuales.	1	2	3
67. Tú	1	2	3

68.PORQUE:
