

01985

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

1

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO,
PERSONALIDAD Y APOYO FAMILIAR CON RELACION
AL ESTATUS DE SEROPOSITIVIDAD EN
HOMBRES HOMOSEXUALES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MTRA. LILIA BERTHA ALFARO MARTINEZ

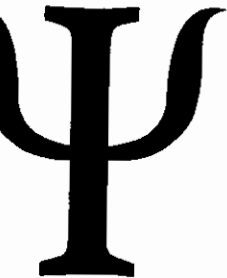
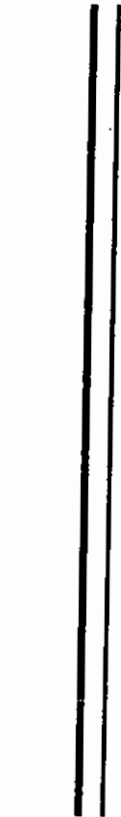
29443

DIRECTOR DE TESIS: DR. ROLANDO DIAZ LOVING
MIEMBROS DEL COMITE: DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DRA. SOFIA RIVERA ARAGON

294413

MEXICO, D.F.

2001





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mis padres y hermanos

A mis amigos

Este trabajo está dedicado a todos los hombres que voluntariamente participaron en este estudio, en especial a aquellos que ya no se encuentran entre nosotros.

Gracias.

Deseo hacer un reconocimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Consejo Nacional de prevención y control del SIDA (CONASIDA) por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), por el apoyo que me brindó para realizar el proyecto de Doctorado.

Agradezco de manera especial al Dr. Rolando Díaz Loving por su apoyo, compromiso y acertada dirección para la realización este trabajo.

De igual manera hago patente mi agradecimiento a los miembros del comité de tesis:

Dra. Graciela Rodríguez Ortega
Dra. Luisa Rossi Hernández
Dr. José de Jesús González Nuñez
Dr. Javier Aguilar Villalobos
Dra. Patricia Andrade Palos
Dra. Sofía Rivera Aragón

También agradezco a la Mtra. Gabina Villagrán Vázquez, por su incondicional ayuda y compromiso mostrado en la realización de este estudio, así como a mis amigos y compañeros del proyecto: Karina Torres Maldonado y Carlos Alberto Soto Chávez.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1. Etiología del VIH/SIDA.....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Orígenes del VIH.....	8
1.3 Anatomía y Fisiología del VIH.....	9
1.4 Inmunología del SIDA.....	12
1.5 Historia natural de la infección.....	14
1.6 Diagnóstico y tratamiento.....	17
Capítulo 2. Epidemiología del VIH/SIDA y su impacto en los hombres homo/bisexuales.....	19
2.1 Epidemiología.....	19
2.2 El impacto del VIH/SIDA en los hombres homosexuales.....	23
Capítulo 3. Estados emocionales y estrategias de enfrentamiento ante el VIH/SIDA.....	27
3.1 Depresión.....	27
3.2 Estrés y estrategias de enfrentamiento.....	30
Capítulo 4. Características de personalidad y su relación con el estatus de seropositividad.....	39
4.1 Personalidad.....	39
4.2 Autoconcepto.....	40
4.3 Locus de control.....	44
4.4 Autoeficacia.....	48
Capítulo 5. La familia como recurso social de apoyo en los hombres seropositivos.....	52
Capítulo 6. Modelos de salud y su relación con el estatus de seropositividad.....	58
6.1 Modelo general de la Psicología de la Salud.....	58
6.2 Modelo de salud propuesto por Cervantes y Castro.....	60
6.3 Modelo de salud propuesto por Lazarus y Folkman.....	63
Capítulo 7. Planteamiento del problema, hipótesis, objetivos y metas....	67
7.1 Justificación y planteamiento del problema.....	67
7.2 Hipótesis de trabajo.....	68
7.3 Objetivo general.....	69
7.2 Objetivo específico.....	69
7.3 Metas específicas.....	71

Capítulo 8. Método.....	72
8.1 Variables.....	72
8.2 Definición conceptual y operacional de variables.....	72
8.3 Diseño.....	78
8.4 Tipo de estudio.....	78
8.5 Escenario.....	78
8.6 Tipo de muestreo.....	79
8.7 Sujetos.....	79
8.7.1 Descripción de la muestra.....	79
8.7.2 Descripción del patrón sexual general.....	81
8.7.3 Descripción de patrón sexual de los hombres seronegativos.....	85
8.7.4 Descripción del patrón sexual de los hombres asintomáticos.....	87
8.7.5 Descripción del patrón sexual de los hombres con CRS.....	90
8.7.6 Descripción del patrón sexual de los hombres con SIDA.....	93
8.7.7 Diferencias entre el estatus de seropositividad y el uso del condón.....	95
8.8 Instrumentos.....	96
8.8.1 Análisis psicométrico de los instrumentos.....	98
8.9 Procedimiento.....	111
Capítulo 9. Resultados.....	113
9.1 Análisis de clasificación múltiple.....	113
9.2 Correlaciones.....	118
9.2.1 Correlaciones en el grupo de hombres seronegativos..	118
9.2.2 Correlaciones en el grupo de hombres asintomáticos..	126
9.2.3 Correlaciones en el grupo de hombres con CRS.....	137
9.2.4 Correlaciones en el grupo de hombres con SIDA.....	147
9.3 Análisis de regresión múltiple.....	157
Capítulo 10. Discusión.....	172
10.1 Descripción de la muestra y patrón sexual.....	172
10.2 Análisis intra escala.....	173
10.3 Análisis de las correlaciones entre escalas.....	182
10.4 Análisis del modelo de salud.....	185
Capítulo 11. Conclusiones.....	192
Referencias.....	194
Anexos.....	201

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio analiza un modelo de salud en hombres homo/bisexuales seropositivos al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que incluye estrategias de enfrentamiento, características de personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), apoyo familiar, sintomatología depresiva y su relación con el estatus de seropositividad.

Sujetos: En el estudio participaron 100 hombres homosexuales divididos en cuatro grupos: 26 seronegativos, 23 seropositivos asintomáticos, con categoría clínica de CD4 > de 500, 26 seropositivos sintomáticos, con CD4 entre 200 y 499, y 25 seropositivos diagnosticados con SIDA, con CD4 < de 200.

Escenario: El estudio se llevó a cabo en el Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en CONASIDA.

Instrumentos: Se validaron y confiabilizaron, con la población blanco del estudio, seis escalas tipo *likert* que miden: estrategias de enfrentamiento, autoconcepto, locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva. Además, se incluyeron cuestionarios sobre datos sociodemográficos y patrones sexuales.

Procedimiento: Se realizó una entrevista con cada paciente (previa autorización de su parte) de aproximadamente dos horas. Durante la entrevista se aplicaron las escalas mencionadas anteriormente. Con los pacientes internos, el entrevistador leyó los reactivos de cada escala y el paciente respondía verbalmente, con los pacientes externos y seronegativos, las escalas se auto-administraron.

Resultados: El modelo evaluado indica que los hombres seropositivos representan un papel activo durante el proceso de la enfermedad, ya que la enfrentan, a través de diferentes estrategias (reevaluación positiva, apoyo profesional, apoyo social y resignación); dichas estrategias se relacionan con la sintomatología depresiva (actividad retardada/somatización, afecto negativo y aislamiento) y, a su vez, ésta sintomatología se vincula directamente con su estado inmunológico. Finalmente se encontró que la evaluación cognoscitiva del estrés, las estrategias de enfrentamiento, la sintomatología depresiva y el estatus de seropositividad, tienen una clara relación con los factores mediadores internos (personalidad) y con los externos (apoyo familiar).

Conclusiones: Se cubrieron todos los objetivos del estudio y se encontraron diferencias significativas entre el estatus de seropositividad y las estrategias para hacer frente a la enfermedad; también se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de hombres homo/bisexuales y sus características de personalidad, apoyo familiar y la sintomatología depresiva que manifiestan. Los resultados se discuten en función de la importancia de incluir los factores anteriores en programas de salud y en intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual, dirigidas a pacientes seropositivos.

ABSTRACT

Objective: The study presents a model of health for gay and bisexual HIV seropositives men. The model integrate psycho-socials factors (strategies of coping, self-concept , locus of control, self-efficacy, family support and depression) that determine the status of seropositivity.

Subjects: The subject were 100 gay and bisexual men: 26 seronegative, 23 asintomatics seropositive (CD4 > 500), 26 sintomatics seropositive (CD4: 200-499) and 25 seropositive with AIDS (CD4 < 200).

Scenario: The study was realized in a Hospital of Social Security and Non Government Organizations.

Instruments: Six "likert" scales were measured under validity and reliability conditions (strategies of coping, self-concept , locus of control, self-efficacy, family support and depression). Besides some questionnaires about sociodemographic date and sexual behavior were included.

Procedure: An interview was done with each patient it lasted two hours. During the interview the last mentioned scales were applied.

Results: The model evaluated showed that the gay and bisexuality HIV seropositive men playing a roll active in the process of the illness, using different coping strategies (evaluation positive of problem, social support, professional support and resignation). These strategies have relation with their depressive states. Finally the factors of personality (self-concept , locus of control, self-efficacy) and family support have a clear relationship with strategies of coping, depression and status of seropositivity.

Discussion: Results are discussed according the importance of including the last factors in health program and in cognitive-behavioral psychological interventions which are addressed to seropositive patients.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) ha representado para los hombres homo/bisexuales un evento estresante de gran magnitud, no sólo por el hecho de ser un grupo estigmatizado como causante y propagador del VIH, sino que, además, en alguna medida han experimentado la aflicción y muerte de amigos, conocidos o parejas sexuales a causa del SIDA (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino, 1989).

El nivel de estrés que provoca este evento, tanto en hombres homo/bisexuales seronegativos como seropositivos, se controla, principalmente, a través de diferentes estrategias de enfrentamiento, rasgos de personalidad y apoyo familiar, de tal manera, que el estudio de estos factores es de suma importancia, ya que pueden facilitar o evitar la aparición de síntomas psicósomáticos y depresión, en los individuos seropositivos y, de la misma forma, facilitar o evitar que se acelere el desarrollo de los síntomas de la enfermedad.

De esta manera, desde finales de mil novecientos ochenta, numerosos estudios (Lazarus y Folkman, 1984; Blomkvist, Theorell, Jonsson, Schulman, Berntorp, Stiegendal, 1994, ; LaPerriere, 1991, Bandura, 1994; Folkman, Chesney, Mckusik, Ironson, Jonson y Coates, 1991, Moscoso, 1995) encuentran una relación entre el deterioro del sistema inmunológico, de las personas que son seropositivas, con sus estados de estrés y la forma de enfrentarlo, los resultados de dichos estudios, se enfocan en la elaboración programas efectivos, tanto de prevención ante la transmisión del VIH como de asistencia psicológica, dirigidos principalmente a las personas que ya han adquirido el virus, a sus familiares, amigos y parejas sexuales, para que puedan tener un mejor control sobre la enfermedad.

Existen pocos estudios en México que establecen las relaciones existentes entre el estatus de seropositividad, las estrategias de enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar, los datos que se tienen, derivan de investigaciones realizadas en el

extranjero; así surge la necesidad de encontrar un perfil característico de los hombres homosexuales mexicanos (seropositivos y seronegativos) que pudieran facilitar o favorecer las conductas de riesgo o preventivas ante el VIH/SIDA. Por lo que el objetivo principal de este estudio, es analizar las características de personalidad, de hombres homosexuales mexicanos, sus estrategias de enfrentamiento y el apoyo familiar ante el estatus de seropositividad, con el propósito de obtener un modelo de salud, que permita desarrollar tanto programas de intervención primaria como de intervención terapéutica, sobre todo para ayudar a que los pacientes con VIH/SIDA puedan mejorar su calidad de vida, a pesar de tener una enfermedad tan estigmatizante.

De acuerdo con el objetivo anterior, el presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

En los primeros dos capítulos se abordan los temas de etiología y epidemiología del VIH/SIDA y su impacto en la población de hombres homo/bisexuales.

Los capítulos tres, cuatro y cinco se enfocan al análisis de los estados emocionales (estrés y depresión) relacionados con las estrategias de enfrentamiento que adoptan las personas seropositivas, durante el proceso de la enfermedad, así como al estudio de las características de personalidad (autoconcepto, locus de control y autoeficacia) y el apoyo familiar, como factores psicosociales que tienen un efecto significativo sobre el estado inmunológico de los enfermos con VIH/SIDA.

El capítulo seis integra los factores psicosociales, mencionados anteriormente, en diferentes modelos de salud, que explican la forma en cómo el ser humano elabora mecanismos de adaptación ante diversas situaciones aversivas (enfermedades) y las consecuencias que tienen sobre la salud física y mental.

A partir de los modelos descritos en el capítulo seis, en el siguiente capítulo (siete), se plantea el problema de investigación, la hipótesis de trabajo, los objetivos generales y específicos del estudio; y se desarrolla un modelo teórico, que incluye la evaluación cognoscitiva del estrés (tener VIH/SIDA), las estrategias de enfrentamiento, las características de personalidad, el apoyo familiar, la sintomatología depresiva y el estatus de seropositividad.

El capítulo número ocho se enfoca al desarrollo de la metodología, a través de la cual se llevó a cabo el estudio, se presenta la descripción de la muestra y el análisis de validez y confiabilidad de las escalas utilizadas.

En el capítulo nueve, se presentan los resultados del análisis inferencial, donde se establecen las diferencias existentes entre el estatus de seropositividad y los factores psicosociales (evaluación cognoscitiva del estresor, estrategias de enfrentamiento, características de personalidad, apoyo familiar y sintomatología depresiva) incluidos en el modelo, así como la relación existente entre ellos, dentro de cada uno de los grupos; y a través del análisis de regresión, se evalúa el modelo de salud en los hombres seropositivos al VIH.

En el capítulo número diez, los resultados se discuten en función de los modelos clásicos de salud (descritos en la teoría) y de su impacto sobre el estatus de seropositividad, lo que permite establecer la importancia de incluir los factores psicosociales, descritos anteriormente, en programas de prevención y de intervención terapéutica, dirigidos a la población de hombres homo/bisexuales mexicanos que tienen el VIH/SIDA.

Finalmente en el capítulo once se dan las conclusiones y sugerencias del estudio; asimismo, se plantea la necesidad de continuar con este tipo de trabajos, para mejorar la calidad de vida de los hombres seropositivos.

1. ETIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

Al inicio del Siglo XXI el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúa siendo una de las enfermedades que causa una crisis de gran magnitud en las sociedades y principalmente en el individuo que la padece, ya que tienen consecuencias mortales y hasta el momento no existe tratamiento exitoso que la cure. El SIDA se ha convertido en una pandemia cuyas graves consecuencias son difíciles de precisar, las cifras epidemiológicas mundiales son impresionantes, aun cuando se sabe que subestiman a la realidad, de tal manera que se ha convertido en un problema muy grave de salud pública (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989; Bronfman, Amuchástegui, Martina, Minello y Rodríguez, 1995).

El SIDA es una enfermedad causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el cual es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado es capaz de transmitir la infección sin darse cuenta (Sepúlveda y Stanislawski, 1989). Esta enfermedad es incurable, progresiva y mortal, ya que la característica que marca al SIDA es un derrumbamiento del sistema inmunológico que comúnmente protege al cuerpo contra las infecciones. A causa de esto, las personas que tienen SIDA contraen una variedad de infecciones oportunistas que llevan al individuo a la muerte (Master, Jonson y Kolodny, 1995).

1.1 Antecedentes

El SIDA apareció en 1981 primero en California y en Nueva York; después en otros estados de la Unión Americana. A principios de los ochenta se diagnosticaron enfermedades infecciosas y tumorales en individuos jóvenes

homosexuales, hasta entonces sanos, teniendo en común una inmunodeficiencia sin causa aparente.

Goltlieb, es el primer médico que reporta haber atendido a jóvenes de sexo masculino víctimas de neumonía que sólo afecta a las personas cuyo sistema de defensa está severamente dañado (Sepúlveda y Galindo, 1989; Garau y Martínez, 1990).

Debido a que la enfermedad se presentó en un inicio en homosexuales se le denominó "Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales". El principal problema era un estado de inmunodeficiencia provocado por un factor no hereditario sino adquirido que provocaba cuadros infecciosos y tumorales, por lo que Glottieb propuso llamarlo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 1983 un estudio realizado en la Universidad de Harvard, demostró que el 40% de los pacientes con SIDA tenían anticuerpos para el HTLV-1. El Dr. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer, señala que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso transmitido por la sangre, señaló que el sitio de ataque del virus debía ser una variedad de glóbulos blancos denominados linfocitos T4 (CD4), ya que su número estaba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. En ese momento sólo se conocían los oncovirus como los únicos capaces de atacar esas células, por lo que pensó que este nuevo virus debía estar emparentado y lo llamó HTLV-III (Stanislawski, 1989; Soler y Gudiño, 1995).

Casi al mismo tiempo a mediados de 1983, en París, el Dr. Luc Montagnier, anunció que había aislado un nuevo retrovirus de un varón homosexual con linfadenopatía generalizada persistente y lo denominó LAV (virus asociado a la linfadenopatía).

En 1984, el Dr. Gallo afirma que el HTLV-III, era el virus que causaba el SIDA, debido a que se desarrolló una línea celular capaz de ser infectada sin ser

destruida y producir grandes cantidades del virus del SIDA, lo que permitió su estudio y la creación de una prueba de laboratorio para detectarlo en los individuos infectados.

En el mes de Mayo de 1986, el Comité Internacional para la taxonomía del virus recomendó que el virus responsable del SIDA fuera llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) (Stanislawski, 1989).

1.2 Orígenes del VIH

Mucho se ha hablado de cual es el origen del SIDA, algunas de las hipótesis más confiables al respecto son (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989):

1. A partir de los monos verdes que padecen de una infección por el retrovirus VIS; pudo generarse el VIH a través de mutaciones. Se supone que la infección pasa al hombre por penetración de la sangre, a través de efracciones de la piel. Sin embargo, se observa gran diferencia entre el VIS y el VIH-1, la hipótesis anterior es más aceptada para el VIH-2, ya que tanto el VIS como el VIH-2 son muy parecidos.

La enfermedad se puede rastrear, revisando algunas descripciones clínicas, parece ser que ya existieron casos esporádicos en la década de los 50, en el centro de Africa y en mayor proporción desde la década de los 70. Desde este lugar de origen, algunos inmigrantes la llevaron a E.U y a Europa. Actualmente nuestro mundo ofrece muchas posibilidades para que los virus exóticos, o no detectados anteriormente, se propaguen a zonas nuevas, a causa de la eficacia y acceso a los sistemas de transporte.

2. El VIH se origina a partir del virus VISNA que afecta a los carneros y produce manifestaciones clínicas parecidas al SIDA. Existen grandes similitudes entre el VIH-1 y el VISNA, ya que posee 202 nucleótidos, solamente 9 más que el VIH-1. Se supone que paso al hombre a través de relaciones zoonóticas. Los primeros casos se produjeron en forma muy esporádica, a partir de éstos se extendió con el carácter epidémico

El primer aislamiento de VIH, del cual se tienen pruebas, procede de una muestra de suero en Zaire en 1959. Existe un caso en Norteamérica antes de 1970 y otro en Europa antes de 1980, también se ha demostrado la existencia del virus en tribus de la selva amazónica que tienen escasos contactos con el exterior (Master, Johnson y Kolodny, 1995).

1.3 Anatomía y Fisiología del VIH

Como ya se ha mencionado el agente causal del SIDA es un virus; los virus son estructuras muy pequeñas, más que las bacterias, tienen la información para multiplicarse pero carecen de los medios para hacerlo, por lo que deben hacerlo en el interior de la célula provocando diversas infecciones. Los virus varían en tamaño, forma y composición, miden aproximadamente entre 20 y 300 nanómetros, equivale a comparar la dimensión de un balón con un estadio de fútbol; es decir, el virus sería el balón y la célula el estadio de fútbol. Su material hereditario consta de genes formados por ADN (ácido desoxirribonucleico) y ARN (ácido ribonucleico), similares a los existentes en los cromosomas de los organismos superiores, Sin embargo, sólo poseen un tipo de ácido nucleico y carecen de información genética, enzimas y estructuras para producir energía y fabricar sus propios componentes, únicamente pueden vivir y multiplicarse en el interior de la célula (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989).

Para que los virus penetren en las células y las utilicen en la fabricación de nuevos virus, deben llevar a cabo los siguientes pasos (Stanislowski, 1989):

1. Reconocimiento Celular. Cada tipo de virus se adhiere a las células que poseen en su membrana receptores sintonizados para captar dicho virus. Por esto el virus posee un sistema de moléculas que rastrean la superficie de la célula buscando receptores, a los cuales se unen por enlaces bioquímicos, por lo que la unión es altamente específica. Esto explica, por ejemplo, que el virus de la hepatitis infecte el hígado y no el pulmón.
2. Adhesión. Una vez que el virus ha reconocido a la célula se adhiere a ella.
3. Entrada. Una vez adherido, el virus se introduce el nucleocapside y la envoltura del virus permanece afuera, para fusionarse a la membrana de otra célula.
4. Fabricación de componentes virales. Ya en el interior de las células, la información hereditaria del virus inhibe la maquinaria genética de éstas, con el objeto de inducir las a producir nuevos virus, convirtiendo a la célula en una fábrica.
5. Ensamblado. Al igual que una fábrica de producción en serie, los componentes del virus se producen por separado, para posteriormente ser ensamblados y empacados como virus maduros (virones).
6. Salida. La salida del virus puede ocurrir dependiendo del tipo de virus y por diversos mecanismos, siendo los principales:
 - A. Liberación brusca del virus, con perforación de la membrana y muerte de la célula.

B. Liberación progresiva del virus, después de haber sido empacados con la membrana de la célula, lo cual permite que la célula sobreviva y continúe produciendo virus por un tiempo prolongado. Al salir los virus de las células, quedan libres y llegan a la sangre, y, de ahí, parasitan a otras células, o bien pueden pasar en forma directa de una célula a otra, sin jamás quedar libres (como en el caso del SIDA).

El VIH es un retrovirus clasificado dentro de la familia de los lentivirus porque produce un estado de coexistencia pacífica con la célula, produciendo largos periodos de latencia entre la infección y el inicio de la enfermedad. Su característica principal es que su ARN posee información hereditaria que transcribe su información y lo convierte a ADN lo que permite que se integre al núcleo de la célula parasitada y desde donde se origina la formación de nuevos virus, utilizando para ellos los recursos existentes en la célula, este procedimiento se realiza a través de la transcriptasa reversa. El retrovirus posee una gran capacidad de mutación, ya que cambia su estructura genética un millón de veces más rápido que cualquier otro organismo.

Hasta hace muy poco se creía que el VIH vivía dentro de las células del organismo de manera latente o de inactividad durante un periodo prolongado de tiempo, no obstante, investigaciones recientes han demostrado que desde el momento en que el virus penetra en el organismo, infecta las células sanas; Sin embargo, el cuerpo infectado tiene fuerza y potencia suficiente para atacar al agente extraño, se observa que el sistema inmunológico se encuentra en lucha constante, durante el tiempo en que se creía que el virus estaba intacto, cuando se desarrolla el SIDA, se dice que el sistema inmunológico está en decadencia y pierde la batalla (Torres, Alfaro y Díaz-Loving, 1999).

Se puede concluir que el virus del SIDA tiene gran capacidad de mutación ya que cambia su aspecto molecular sobre todo en su envoltura, gran heterogeneidad porque dificulta que el sistema inmunológico lo ataque y lo destruya. Vive por

muchos años dentro de la célula infectada, por lo que la sangre y los líquidos corporales que contienen glóbulos blancos son excelentes vectores, tiene gran diversidad de formas moleculares y esto explica porque algunas cepas son más agresivas que otras. A medida que pasa el tiempo aumenta la agresividad del virus, Sin embargo, fuera de las células su vida se reduce ya que su envoltura (rica en grasas) puede ser fácilmente degradable.

1.4. Inmunología del SIDA.

El cuerpo humano vive en un ambiente biológicamente hostil, sometido a presiones constantes por parte de agentes infecciosos, tales como parásitos, bacterias y virus; necesariamente en el cuerpo humano existen células especializadas en la defensa del organismo, que sirven para evitar el daño que eventualmente le puedan causar esos agentes infecciosos. Así, cuando un parásito, una bacteria, o un virus se introduce en un organismo hay una respuesta de esas células, encaminada a eliminar el agente invasor; esa reacción es la respuesta inmunitaria y el sistema que la hace posible es el sistema inmunológico. Si la respuesta del sistema inmune no existe el agente invasor puede proliferar y acabar como huésped (Alcocer, 1989).

Existen dos mecanismos de defensa en el sistema inmune: los mecanismos inespecíficos (que son la piel, las mucosas, las secreciones, los microorganismos que viven la superficie del cuerpo) y los mecanismos específicos que son altamente especializados y selectivos (como los anticuerpos que evitan que el virus penetre en la célula y los glóbulos blancos que serían las células inmunológicas).

Específicamente, las células inmunológicas están formadas por los linfocitos T y B que son los receptores capaces de reconocer un solo tipo de virus, es decir, discrimina entre lo propio y lo ajeno. Los linfocitos B son los encargados de

secretar a los anticuerpos y los linfocitos T tienen ciertas moléculas llamadas CD4 y CD8. Los linfocitos T tienen gran importancia en el sistema inmunológico ya que son los encargados de coordinar la función inmune (células CD4), destruir células infectadas y tumorales, así como suspender la reacción inmunológica (células CD8).

El VIH afecta selectivamente a las células del sistema inmune y del sistema nervioso; cuando la persona presenta SIDA, se observa una disminución de linfocitos T de ayuda (CD4), un aumento de linfocitos T supresores (CD8) y una disminución del cociente CD4/CD8 lo que significa que el sistema de defensa está dañado.

Cuando el VIH ataca las células del sistema inmunológico, el individuo presenta mayor predisposición a desarrollar infecciones oportunistas por microorganismos intracelulares, los cuales previamente se han adquirido pero no habían tenido oportunidad de proliferar.

El tipo de infección oportunista que presentan los pacientes dependerá de las variedades de microorganismos que sean más comunes en el lugar donde viva; estas infecciones tienden a ser múltiples, generalizadas y raramente curables. Cuando el VIH se adhiere a las células del sistema fagocítico mononuclear (células que tienen la función de capturar a los antígenos extraños que entran al organismo, llamadas también macrófagos) ayuda a agravar el estado inmunológico del paciente, sirviendo como vehículo para transportar el VIH a otros sitios del organismo por vías linfáticas y sanguíneas; lo que explica la fiebre crónica y la baja de peso que presentan los pacientes con SIDA. Si el virus del SIDA ataca a las células del sistema nervioso central, los pacientes pueden presentar cambios en la personalidad, demencia progresiva, parálisis o coma y si el VIH ataca las células intestinales provoca, en los pacientes con SIDA, diarrea crónica (Master, Johnson y Kolodny, 1995).

1.5 Historia natural de la infección

Generalmente las personas que se infectan hoy, no presentan síntoma alguno durante 10 años o más, aunque a veces enferman en un periodo de tiempo más breve. Está claro que la infección del VIH es una enfermedad crónica y progresiva. El SIDA plenamente declarado es la etapa final de una infección que comienza mucho antes de que se pueda reconocer que la persona está físicamente enferma. Las etapas de la infección por VIH son (Mejorada, Ponce de León y Ruiz, 1989):

1. Infección Inicial. Cuando el virus entra al torrente sanguíneo, el sistema inmunológico de la persona generalmente reacciona produciendo los anticuerpos del organismo invasor. La mayoría de las personas no presentan síntomas que acompañen a la infección inicial ni la producción de anticuerpos, pero entre un 10% y 25% pueden tener una enfermedad breve, que se produce entre dos y cinco semanas después de que el virus penetró en el cuerpo. Los síntomas incluyen: fiebre, escalofríos, dolores, inflamación de los ganglios linfáticos y erupciones que producen picazón, síntomas que pueden ser de un resfriado común. Los anticuerpos del VIH pueden ser detectados al cabo de dos meses de la infección inicial, pero existen casos en que los anticuerpos no aparecen sino al cabo de un año o más.
2. Infección asintomática. En esta etapa la persona infectada con el VIH (seropositivo asintomático) parece y se siente perfectamente sana, pero la infección está presente, por lo que puede infectar a otras personas sin darse cuenta, asimismo, su sistema inmunológico continúa dañándose. No se sabe exactamente cuando una persona infectada con el VIH va a desarrollar SIDA, en promedio es de 5 a 7 años. Los diferentes grupos de personas infectadas con el VIH pueden presentar diferentes ritmos de progresión, por ejemplo, los varones homosexuales parecen desarrollar SIDA más rápidamente que los hemofílicos (Goedert, 1989). De forma similar, los adultos de más de 35 años

que se infectan con el VIH, parecen haber evolucionado más rápidamente hacia la última etapa, que los adultos más jóvenes que se infectaron durante su adolescencia (Moss, 1988; Goedert, 1989). Otro mecanismo que puede predisponer a que las personas infectadas con el VIH desarrollen el SIDA más rápidamente, es la reinfección, es decir, las repetidas infecciones del VIH, que pueden reactivar el virus y dañar más rápidamente el sistema inmunológico. También es posible que las personas seropositivas que tengan o hayan tenido infecciones de otros virus, como el de la hepatitis o el de otra Infección de Transmisión Sexual (ITS), corren mayor riesgo de desarrollar SIDA (EPI/CONASIDA, 1989, 1993).

3. Infección Sintomática. En algunas personas, la infección del VIH conlleva síntomas que son mucho menos graves que el SIDA, el cual se le denomina CRS (Complejo Relacionado con el SIDA). La infección sintomática del VIH debe ser comprendida como parte de una serie de efectos. Al multiplicarse el VIH dentro del cuerpo, el sistema inmunológico se destruye lentamente. A medida de que este sistema va deteriorándose, aumenta la sensibilidad a una variedad de infecciones que normalmente se mantienen controladas. Esto incluye infecciones no peligrosas para la vida como el herpes, así como, infecciones más peligrosas como la tuberculosis.

En la etapa franca del SIDA, se desarrollan diversas infecciones oportunistas, las más comunes son:

- A. Síndrome de desgaste general, que está marcado por la inflamación de los ganglios linfáticos. Los síntomas más comunes son la diarrea, la pérdida de peso, la fatiga, fiebre, sudores nocturnos; todos ellos tienden a presentarse en forma episódica.

- B. Encefalopatías por VIH, donde existen alteraciones de las funciones cognoscitivas, motoras y conductuales. Existe pérdida del control motor (coordinación), temblores, entre otros.
- C. Mielopatía por VIH, que se caracteriza por que se daña la médula espinal, existiendo por lo tanto pérdida del movimiento y sensibilidad en brazos y piernas.
- D. Neuropatía periférica, que se caracteriza porque existe un daño en las terminaciones nerviosas cuyos síntomas son: adormecimiento, hormigueo, dolor, presión arterial baja, diarrea, debilidad muscular.
- E. Meningitis aséptica, que se caracteriza por dolores de cabeza persistentes y síndrome de demencia considerados como encefalopatías que provocan confusión mental severa.
- F. Manifestaciones secundarias, como las enfermedades gastrointestinales (candidiasis, úlceras, lesiones en la boca, como el herpes, infecciones intestinales que provocan diarrea, dolor abdominal, cólicos, y pérdida de peso), las enfermedades respiratorias (alteraciones pulmonares: neumonía, tuberculosis, que provocan tos, dificultad para respirar, fiebre, entre otros síntomas), las neuralgias (que afectan el Sistema Nervioso Central, provocando deterioro de las funciones mentales y motoras) y las enfermedades dermatológicas (que provocan piel reseca, descamación, dermatitis seborréica, verrugas, herpes, varicela, tuberculosis cutánea).
- G. Neoplasias, dentro de estas enfermedades se encuentra el Sarcoma de Kaposi, que son lesiones tumorales en la piel, las cuales pueden ser planas o poco resaltadas de color púrpura. Estos tumores se extienden a los ganglios y órganos internos.

Cuando la persona presenta los primeros síntomas del SIDA, el desarrollo de la enfermedad oscila entre dos y cuatro años después del primer diagnóstico, aunque enfrentarse con los aspectos sociales y económicos de su enfermedad es muy difícil para los enfermos y para su calidad de vida, ya que llega el momento en que la pérdida de peso, la fatiga constante y las múltiples infecciones, tienen un efecto que incluso los movimientos más normales constituyen un esfuerzo supremo y la persona se convierte en una inválida hasta que finalmente muere (Mejorada, Ponce de León y Ruiz, 1989).

1.6 Diagnóstico y tratamiento

La única manera de diagnosticar que una persona tiene el VIH en su cuerpo es realizándose las pruebas de detección. La prueba de detección se denomina ELISA (*Enzyme-linked-immunoabsorbent-assay*), esta prueba fue desarrollada para analizar la sangre utilizada en las transfusiones. La prueba no es infalible puesto que no consigue detectar los anticuerpos del VIH en un porcentaje de 0.3% de muestras que se sabe son positivas, lo que daría un diagnóstico falso negativo. Por otra parte aproximadamente en un 1% se encuentra incorrectamente anticuerpos del VIH de las muestras de sangre, lo que daría un diagnóstico positivo falso, por esto es necesario verificar cualquier resultado positivo arrojado por ELISA, mediante el uso de una prueba diferente, más complicada, sensible y específica, tras haber repetido la prueba de ELISA. Esta prueba definitiva se denomina Western blot (Prueba occidental de la mancha). Si ambas pruebas se usan de manera combinada se mejora al casi 100% la exactitud del diagnóstico. Las pruebas se complican de alguna forma por el hecho de que, en algunas ocasiones, puede estar infectado durante más de dos años antes de que los anticuerpos se hagan detectables tanto para ELISA como para la prueba de Western blot (Master, Johnson y Kolodny, 1995).

El hallazgo de anticuerpos del VIH en la sangre de una persona no significa que tenga SIDA. El diagnóstico de SIDA se hace cuando una enfermedad grave como neumonía o el sarcoma de Kaposi, denotan una deficiencia del sistema inmunológico. El SIDA también puede ser diagnosticado si una persona da un diagnóstico positivo de la prueba de anticuerpos, es decir, si presenta muestras de inhibición del sistema inmunológico con bajos niveles de CD4 y altos niveles de carga viral.

En la actualidad no existe un tratamiento efectivo que cure la enfermedad, aunque existen alternativas terapéuticas, por ejemplo, el AZT (Azidotimidina) combinado con otros retrovirales, es un tratamiento efectivo para controlar las enfermedades causadas por el VIH, representando una de las alternativas más viables (Garau y Martínez, 1990). Además, es importante considerar que las personas infectadas con el virus, están sometidas a altos niveles de ansiedad provocados por su situación, lo que, en muchas ocasiones, hace que su estado físico se agrave, por lo que es importante considerar tratamientos psicológicos alternativos que le permitan manejar y controlar su enfermedad.

2. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA Y SU IMPACTO EN LOS HOMBRES HOMO/BISEXUALES

2.1 Epidemiología

El SIDA tiene muchos misterios no sólo en cuanto a su origen y a sus diversos aspectos médicos sino también por las implicaciones futuras que tiene sobre la humanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta casos en todos los países, informando que el fenómeno reviste características pandémicas (Bronfman, Amuchastegui, Martina, Minello, Rivas y Rodríguez, 1995), este hecho ha puesto en marcha a organizaciones civiles, grupos de voluntarios, organismos internacionales y poderes públicos que tratan de controlar y prevenir el aumento de casos, de esta manera, las políticas de salud frente al SIDA han tenido que ser diseñadas y rediseñadas tanto es aspectos administrativos como financieros, en coordinación con instituciones de salud y de seguridad social, con el propósito de obtener una respuesta eficiente (EPI/CONASIDA, 1989).

La historia del SIDA en México se inició en 1983, cuando las autoridades de salud informaron de pacientes extranjeros con cuadros clínicos semejantes a los encontrados en Estados Unidos. En 1985 se comenzó a utilizar en los bancos de sangre pruebas serológicas para detectar el VIH en la sangre de los donadores. Para fines de ese año se habían detectado 226 casos de SIDA. El consejo de Salubridad creó en 1986 el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, su objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, por lo que estableció normas para su diagnóstico, prevención y control, este comité se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y se creó el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), así la enfermedad quedó sujeta a vigilancia epidemiológica (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawsky y Valdespino, 1989; EPI/CONASIDA,

1993, 1994, 1996, 1997, 1998, 2000; Valdespino, garcía, Del Rio, Cruz, Loo y López, 1995).

En la actualidad los casos de SIDA se concentran principalmente en las grandes áreas metropolitanas de diferentes países, sin embargo, la transmisión en áreas suburbanas o rurales está incrementándose, las estimaciones dadas a conocer por el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), indican que hasta 1998 había 30.600.000 personas viviendo con el VIH en todo el mundo, de los cuales 11.700.000 ya han fallecido de SIDA. Asimismo, estiman que en promedio 16.000 personas se infectan con el VIH por día (EPI/CONASIDA, 1998).

Específicamente en México los estudios indican que hasta enero del 2000 se habían reportado 42 762 casos, con los cuales el país ocupa el tercer lugar en América, después de Estados Unidos y Brasil, pero con un número mucho mayor que Canadá. La mayoría de los casos (89.4%) se deben a la transmisión por vía sexual, la mayor incidencia de casos de SIDA por edad, es en el grupo que va de los 20 a los 39 años, siendo los hombres homo/bisexuales la población más afectada. La mortandad por SIDA en hombres entre 25 y 44 años, es ya un motivo de seria preocupación, pues se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1992 fue la sexta causa de muerte en este grupo, a nivel nacional, y la cuarta en el Distrito Federal, en la actualidad ya ha alcanzado el tercer lugar.

El desarrollo de epidemia, ha pasado por diferentes etapas: la primera, que abarca desde los primeros casos, registrados en 1983 hasta finales de 1987, año en que hubo un incremento lento en el número de éstos; la segunda, de 1988 a 1991, en la que el crecimiento fue exponencial, con un período de duplicación más corto y la tercera entre 1992 y 1995, que se caracteriza por un crecimiento exponencial amortiguado, donde se presentan incrementos importantes, pero con períodos de duplicación más prolongados. Finalmente se puede considerar que, a

partir de 1996, existe una aparente estabilización de la epidemia, con un promedio de 4000 casos nuevos anualmente (EPI/CONASIDA, 1998, 2000).

En la población mexicana la forma y las características de la enfermedad son el resultado de diferentes epidemias, debido a que existen varios patrones de transmisión del VIH y subepidemias en cada región del país, que se dan en forma distinta, dependiendo de la cultura, los valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de las personas involucradas. Es decir, en México no existe una epidemia homogénea, sino varios tipos de epidemia. Por ejemplo, desde el punto de vista geográfico existen dos patrones opuestos: uno urbano, que se observa principalmente en las grandes ciudades y en la frontera norte, en el que todavía se encuentra un mayor porcentaje de casos en hombres y períodos de duplicación más largos, y otro rural, con mayor proporción de casos de mujeres y períodos de duplicación más rápidos, que se presenta en la región centro y en el sur del país (EPI/CONASIDA, 1998).

Como se mencionó anteriormente la epidemia en México mantiene un patrón dominante de transmisión sexual; la categoría de transmisión homosexual y bisexual masculina constituye la principal forma de transmisión, por lo que son los hombres homo/bisexuales los más afectados hasta el momento, debido principalmente a sus prácticas sexuales, como la anal, que aumenta de manera considerable la posibilidad de contraer la enfermedad (EPI/CONASIDA, 1998, 2000; Izazola, Ávila, Gortmaker, Del Rio, 1995). Debido a lo anterior, la percepción inicial del SIDA fue como de una "plaga homosexual", por lo que originalmente se hablaba de grupos de alto riesgo, pero, al igual que cualquier otra infección de transmisión sexual, lo importante es reconocer que son ciertas prácticas sexuales y no las preferencias u orientaciones sexuales los factores que determinan el riesgo (Ramos Lira, Díaz Loving y Martínez, 1992).

Debido a que la enfermedad marcó en un inicio a los hombres homo/bisexuales como los iniciadores de la epidemia, éstos llevan una doble carga estigmatizante,

no solo por su orientación sexual, sino por tener el VIH/SIDA, este hecho hizo que los hombres homosexuales, principalmente en las zonas urbanas de Estados Unidos y Latinoamérica donde se detectó la epidemia, mostraran cambios significativos en la conducta individual dirigida principalmente al comportamiento preventivo, por lo que se controlaron y estabilizaron los casos de VIH/SIDA en esta población (Stall, Coates y Hoff, 1988; Ekstrand y Coates, 1990; Turner, Miller y Meses, 1990; Mckusick, Coates, Marín y Pollack y Hoff, 1990). Sin embargo, aunque los resultados son optimistas no son uniformes, diferentes estudios (Turner, Miller y Moses, 1990, Hays y Peterson, 1994) indican que existen muchos grupos de hombres homo/bisexuales activos, que se encuentran todavía expuestos a altos riesgos de infección. Por ejemplo, en los Estados Unidos los hombres homosexuales activos que se encuentran fuera de los epicentros de la epidemia (como los hombres homosexuales jóvenes y los hombres dentro de la población negra e hispana) tienen prácticas sexuales de alto riesgo ante el VIH, como el no usar condón en sus relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales.

La etiología y epidemiología del VIH/SIDA lleva a la conclusión de que esta enfermedad es el problema de salud pública más complejo en la actualidad, cuyo impacto se refleja en la vida social y económica de nuestro país. Si bien aunque se ha tenido éxito en la prevención de la transmisión sanguínea, la infección continúa afectando principalmente a los varones homosexuales, por lo que se hace necesario conocer el impacto que ha tenido la enfermedad en este grupo y así poder identificar factores sociales y psicológicos que determinan conductas preventivas y/o de riesgo ante el SIDA, para que, de esta manera, se puedan evaluar estrategias que permitan desarrollar programas preventivos y de intervención, dirigidos principalmente a los hombres homosexuales.

2.2 El Impacto del VIH/SIDA en los hombres homosexuales

Las consecuencias psicológicas y sociales que padecen las personas infectadas con el VIH/SIDA, son cada vez más, a pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha para detener la infección, lo cual hace evidente la tarea en los profesionales de salud y educación para estudiar las necesidades socio-emocionales que se presentan en las personas que viven con el VIH/SIDA (Sabogaí, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman, y Lemp, 1992).

Como se ha venido mencionando, los estudios epidemiológicos indican que los hombres homo/bisexuales, son el grupo más afectado. De esta manera, el SIDA representa para ellos un evento estresante de gran magnitud, no solo por los efectos biomédicos producidos por el virus en las células especializadas del cuerpo, sino por todos los efectos psicosociales que causa la enfermedad (González, 1989; Mc Cambie, 1986; McKusick, 1988; Izazola, Ávila, Gortmaker y del Rio, 1995).

Los mensajes de muerte segura, falta de control y la victimización de los hombres homosexuales que son VIH positivos, crean una compleja red de consecuencias psicológicas y sociales. Estas consecuencias implican que la persona seropositiva presente alteraciones emocionales como depresión, aumento del estrés, ansiedad, culpa, sentimientos de minusvalía, entre otras, que pueden comprometer negativamente la respuesta inmune saludable, de esta manera los factores anteriores pueden acelerar las infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA e inclusive la muerte en personas con el síndrome completo (Faulstich, 1987; Coates, Kegeles, Stall, Lo, Morin y Mckusick, 1988; Colón, 1992).

Klüver-Ross (1988) afirma que los estados del paciente con SIDA son experimentados por miles de personas en todo el mundo, tanto por los pacientes como por sus allegados, los cuales se enfrentan a diferentes estados emocionales cuando se enteran que han sido infectados con el VIH, o cuando sus padres se

dan cuenta de que su hijo es homosexual. Por ejemplo, Lewallen y Greary (1986), establecen que los pacientes infectados con el VIH experimentan ansiedad general y difusa, particularmente al recibir el diagnóstico y en otros momentos de crisis en el transcurso de la enfermedad, también se enfrentan a muchos temores específicos: temen ser abandonados, aislados, perder su independencia económica, tener que depender de otros, deteriorarse físicamente, experimentar dolor y sufrimiento.

Dilley, Ochitill, Pen y Vonlberding (1985) reportan datos de estudios realizados con pacientes homo/bisexuales seropositivos, los cuales presentaron ansiedad, ira e incertidumbre frente a la enfermedad y el tratamiento. Otras de las reacciones fue el aislamiento, muchos de los pacientes no trabajaron en varios meses, disminuyeron sus contactos sexuales y se aislaron socialmente. También, manifestaron que el hecho de tener múltiples parejas sexuales ocasionó la enfermedad, creando un sentimiento de culpabilidad, que generalizaron a su homosexualidad, experimentando a la enfermedad como un castigo. Además de la culpa, la depresión fue muy común en este tipo de pacientes.

Los estados emocionales de los pacientes portadores del VIH se pueden comprender si se considera que el SIDA es una enfermedad que a corto o largo plazo lleva inevitablemente a la muerte, muchos de estos estados emocionales se relacionan directamente con el proceso que ocurre con el paciente "terminal". El paciente terminal es aquel que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad que le va a llevar a la muerte en poco tiempo (Papalia y Olds, 1985, Rando, 1984).

Según Klüver-Ross (1970, 1988) tanto el enfermo de VIH/SIDA como el paciente "terminal" recibe con ambivalencia el hecho de que se va a morir y comienza un proceso de aceptación de su propia muerte, en el que propone la existencia de cinco estadios:

1. Negación, donde el paciente responde con desconcierto ante la noticia, por lo que para controlar la angustia, generada por ésta, niega la realidad evitando hablar sobre el tema.
2. Ira, en este estadio se experimenta rabia y envidia de las personas sanas que están a su alrededor.
3. Negociación, es la fase donde comienza a aceptar la realidad, reconoce que el tiempo es limitado y que la vida es finita.
4. Depresión, la aceptación de la realidad lo lleva a la necesidad de llorar y lamentarse por la pérdida de su propia vida.
5. Aceptación, la persona que ha llegado al fondo de su ansiedad y de su ira con respecto a la muerte, enseguida procede a resolver sus asuntos pendientes y finaliza con un sentimiento de paz con sí mismo y con el mundo.

Por su parte, Nichols (1985) indica que no hay que excluir el impacto psicosocial de la enfermedad sobre el paciente seropositivo (portador del VIH), ya que se presenta un verdadero rechazo social, provocado en gran parte por creencias de tipo moral, que crean prejuicios hacia los homosexuales y hacia la persona portadora del VIH, que agrava su situación al producir cambios en su autoestima y en sus valores, teniendo como consecuencias ideas suicidas debido al rechazo familiar y de la comunidad, de esta manera, los pacientes se hacen especialmente susceptibles a la influencia social; algunos reaccionan con severo aislamiento, rehuyen de sus familiares, de sus amigos y al contacto con los profesionales de la salud.

Lo anterior indica que el VIH/SIDA ha generado diversas reacciones emocionales en distintos grupos de la población, específicamente en los hombres homosexuales ha tenido un mayor impacto, puesto que ha sido una población

estigmatizada y culpada como causante de la propagación de la enfermedad. En lo que se refiere al enfermo seropositivo, el tener el VIH/SIDA produce altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, no sólo por el hecho de tener una enfermedad incurable, sino también por las consecuencias sociales y económicas que implica; estos estados emocionales se manifiestan de manera constante, lo que puede ocasionar un deterioro más rápido de su sistema inmunológico y por lo tanto la aparición de síntomas psicossomático e infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA y, por lo tanto, muertes más rápidas en personas con el síndrome completo (Moscoso y Bentosela, 1995; Castillo, González, Hincapié y García, 1995).

Debido a lo anterior es importante estudiar más a fondo la relación entre los estados emocionales y de salud en los pacientes seropositivos, así como los factores psicosociales involucrados en estos estados como: estrategias de enfrentamiento y personalidad, que pueden ayudar, a las personas portadoras del VIH, a controlar la enfermedad.

3. ESTADOS EMOCIONALES Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO ANTE EL VIH/SIDA

3.1 Depresión

Los estudios relacionados con las respuestas emocionales que tienen los pacientes con VIH/SIDA indican que la depresión está presente durante todo el proceso de la enfermedad (Castillo, González, Hincapie y García, 1995; Klüver-Ross, 1988). La depresión se considera un trastorno del humor caracterizado por la alteración significativa del estado de ánimo, principalmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse con síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, entre otros) y con una reducción de la actividad social (Farné, Sebellico y Antonelli, 1990).

Existen diferentes Teorías (Folkman, Schaeffer y Lazarus, 1979; Coiné y Gottib, 1983) que explican la depresión desde un punto de conductual y cognoscitivo por ejemplo, Ferster (en Harpin, 1978) menciona que la depresión ocurre cuando el individuo no tiene un refuerzo positivo en la conducta adaptativa. Los factores causales de esta pérdida son:

- a) Una visión distorsionada, incompleta o tergiversada del medio ambiente.
- b) Un cambio repentino en el ambiente, tal como la muerte de un ser querido, la pérdida de un amigo, etc.

Lewinson (en Gómez y Avalos, 1982) por su parte, indica que la depresión es el resultado de una tasa baja de refuerzo positivo contingente a la respuesta, provocando un bajo nivel de conducta adaptativa y acompañada de sentimientos negativos acerca de sí mismo y del ambiente, Para Lewinson la falta de habilidades sociales es lo que provoca que la tasa del refuerzo positivo sea baja.

La Teoría de Seligman (1967) plantea que la depresión tiene como base la creencia en el propio desamparo (creer que el responder y el refuerzo son independientes), que no le permite al sujeto tener un control sobre su ambiente, así el desamparo o desesperanza aprendida provoca depresiones que comienzan como una reacción a la pérdida de control sobre la gratificación y el alivio.

Beck (en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) propone que la conducta está determinada en gran medida en el modo en que el individuo estructura su mundo. Adicionalmente, plantea un modelo cognoscitivo que postula tres aspectos para explicar la depresión:

- a) La triada cognoscitiva, la cual implica la visión del sí mismo, el futuro y el mundo circundante.
- b) Los esquemas cognoscitivos, en los cuales está presente la organización estructural del pensamiento.
- c) Los errores cognoscitivos, específicamente al procesarse la información pueden existir errores por ejemplo, las creencias falsas que predisponen a distorsionar la realidad.

Las Teorías anteriores ayudan a explicar porque presentan depresión los enfermos seropositivos, ya que no existe una contingencia entre sus respuestas (dirigidas a combatir la enfermedad) y los refuerzos positivos (por ejemplo, encontrar una cura a su mal), así como, por la forma en cómo el paciente procesa la información con respecto a la enfermedad. Este procesamiento se genera a partir del conocimiento del diagnóstico y por las variables que influyen en la situación como: desconocimiento de su evolución, temor a desarrollar lesiones físicas, dolor, carencia de tratamientos curativos, necesidad de desempeñarse socialmente, no poder comunicar abiertamente su situación por temor a ser rechazado o aislado por sus amigos o familiares, temor a perder su empleo, ira generalizada por la frustración, sentimientos de culpa y vergüenza, sentimientos

negativos (auto-crítica y baja autoestima), ideas suicidas e irracionales, entre otros.

En consecuencia la depresión se vincula directamente con la aparición de síntomas psicosomáticos que aceleran el desarrollo de la enfermedad. Al respecto, Rando (1984) menciona que la depresión y la aparición de síntomas psicosomáticos en los enfermos seropositivos están determinadas por una serie de variables que influyen en su vida desde tiempo atrás como:

- a) Características individuales: personalidad, sexo, edad, habilidades, filosofía de vida, religión, antecedentes culturales y sociales, experiencias previas de muerte, inteligencia, salud psicológica, estilo de vida, etc.
- b) Características de las relaciones interpersonales, que incluye a la familia, los amigos, la cantidad y la calidad de las relaciones, los grados de apoyo, la seguridad, etc.
- c) Factores socioeconómicos y medioambientales como el nivel económico, el acceso a una buena atención médica, el empleo, la clase social, etc.
- d) Características de la enfermedad, como el estatus de seropositividad, los problemas relacionados con este estatus, específicamente lo relativo al tratamiento, las expectativas del curso de la enfermedad, el dolor, el deterioro físico, los efectos del tratamiento, los medicamentos, etc.

La situación que viven los enfermos seropositivos no sólo provoca altos niveles de depresión, sino también de estrés, lo que también se ha relacionado con el deterioro de su sistema inmunológico. De esta manera, es importante saber cuál es la función del estrés, dentro del proceso de la enfermedad y cómo éste se relaciona con el desarrollo de diferentes estrategias para poderla afrontar.

3.2 Estrés y estrategias de enfrentamiento

El concepto de estrés fue formalmente introducido en los textos de Psicología a raíz de los estudios de Walter Cannon en 1932 (citado por Barrientos, 1992). Cannon, estudió los procesos de adaptación fisiológica de los organismos e introdujo el concepto de homeostasis para describir el equilibrio entre el organismo y su medio ambiente físico; cuando se rompe el equilibrio, porque el medio ambiente físico cambia en un grado extremo, produce carencias vitales en el organismo (por ejemplo, falta de agua, alimento, abrigo, enfermedades), lo que lleva al individuo a tratar de sobrevivir haciendo uso de todos sus recursos y reservas, si las carencias o presiones del ambiente persisten, más allá de la resistencia del organismo, éste entra en un período de crisis, el cual rompe el equilibrio y sobreviene la muerte.

Selye (1950) investigó los efectos de los estímulos ambientales sobre las reacciones orgánicas e introdujo el término de “*Stressors*” o estresores, para referirse a los factores de desequilibrio orgánico y describió las reacciones del organismo al estrés a través del término “*Síndrome General de Adaptación*”, este síndrome lo concibió en tres fases:

1. Una reacción de alarma en la cual se activan los mecanismos homeostáticos del organismo.
2. Una fase de resistencia donde el organismo defiende su integridad, mantiene el equilibrio con sus propias reservas.
3. Una fase de cansancio, donde se sucumbe a los estresores.

Por su parte Lindemann (1944) y Caplan (1964) propusieron que el poder de los ambientes estresantes tenía efecto significativo en las reacciones psicológicas,

indicaron que cualquier persona sometida a un ambiente estresante exhibe anormalidades psicológicas.

En este sentido, Mahl (1953) distinguió demandas crónicas y agudas; ya que el grado y calidad de las reacciones ante el estrés, pueden ser substancialmente diferentes ante estos tipos de demandas aún cuando la pérdida sea la misma. Por ejemplo, la muerte repentina de un familiar o la muerte del mismo debido a una enfermedad prolongada. Otra propuesta para la taxonomía formal de acontecimientos estresantes fue elaborada por Elliot y Eisdorfer (1982), quienes señalaron cuatro tipos de estresores:

1. Estresantes agudos, limitados por el tiempo, por ejemplo, una operación quirúrgica.
2. Secuencias estresantes o acontecimientos desencadenados por la ocurrencia de algún evento inicial como la pérdida del trabajo.
3. Estresantes crónicos intermitentes. Acontecimientos estresantes que ocurren una vez al día, a la semana, al mes, por ejemplo, visitas conflictivas de parientes lejanos.
4. Estresantes crónicos los cuales pueden haberse iniciado por un acontecimiento que persiste durante mucho tiempo, por ejemplo, discusiones entre los padres.

El especificar una taxonomía de estímulos estresantes ayuda a aclarar el concepto, sin embargo, es importante considerar que existe una amplia gama de diferencias individuales relacionada con la vulnerabilidad que existe ante los estresores por ejemplo, Lazarus y Folkman (1984) indicaron que aún frente a eventos estresantes extremos, medios u ordinarios, la vulnerabilidad de la respuesta es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. De esta manera, consideran que no es posible

definir al estrés únicamente en función de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales, por lo que definen al estrés como: *"una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar"*. Esta definición hace referencia a una evaluación cognoscitiva como el proceso que determina hasta qué punto una situación es estresante.

En este sentido, Spielberg en 1966 (citado en Barrientos, 1992) relaciona el concepto de estrés con ansiedad y en su obra *"Ansiedad y Conducta"* conceptualiza a la ansiedad como una reacción ante el estrés. En su concepto de ansiedad ocupaba un lugar predominante la evaluación cognoscitiva de la información. Spielberg concibió a la ansiedad como un estado temporal (ansiedad-estado) y como una característica de personalidad (ansiedad-rasgo) relativamente estable. La ansiedad como reacción al estrés, se concibió tanto como una respuesta a los estímulos amenazantes de la integridad física, así como una reacción a situaciones que atentan contra la integridad del yo y al estatus social del individuo. Demostró que las reacciones al estrés no son universales, sino que dependen de la percepción cognoscitiva del sujeto quien evalúa la situación, por ejemplo, personas altas en ansiedad rasgo reaccionaban con mayor ansiedad ante situaciones que amenazaban al yo, a diferencia de las personas con un bajo nivel de ansiedad rasgo. Hace énfasis en que las reacciones ante el estrés son más personales cuando se trata de situaciones que amenazan al yo y más universales cuando la situación amenaza la integridad física.

Al respecto, Díaz Guerrero (1994) investigó variables socioculturales como determinantes de la filosofía general de vida del mexicano y de sus estrategias de enfrentamiento al estrés. En varios estudios (Díaz-Guerrero, 1967; Díaz-Guerrero, 1973; Holtzman, Díaz-Guerrero, Swart, 1975) este investigador contrastó el estilo de enfrentamiento "activo" del anglosajón con el estilo "pasivo" del mexicano. Mientras los sujetos anglosajones enfatizan un enfrentamiento activo a los estímulos estresantes, los sujetos mexicanos parecen menos dispuestos a

confrontar el estrés en forma activa, ya que están más inclinados a una actitud pasiva y de aguante. Esta actitud pasiva parece estar más en consonancia con la tradición hispanoamericana, basada en el valor enaltecedor del sufrimiento.

De los estudios realizados por Spielberg (1966), Lazarus (1966), Folkman, Schaeffer y Lazarus, 1979, y Díaz-Guerrero (1994), se puede concluir que el proceso psicológico de reaccionar a los eventos estresantes, no puede separarse de un proceso cognoscitivo a través del cual el sujeto evalúa el potencial amenazante del estímulo y al mismo tiempo inicia un proceso mental mediante el cual se concibe la estrategia para enfrentarlo, la cual va a estar determinada por el contexto sociocultural al que se pertenece.

Folkman y Lazarus (1980), señalan que los recursos de enfrentamiento se encuentran en la persona y en su entorno social, indican que los recursos personales incluyen: salud, energía, moralidad, resolución de problemas y sistema de creencias.

Por su parte los recursos medioambientales incluyen: recursos materiales y apoyo social. Posteriormente Lazarus (1984, 1990, 1991a, 1991b), agrega como recurso de enfrentamiento las habilidades sociales del individuo. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar en una forma socialmente adecuada y efectiva.

De esta manera, dichos autores definieron al enfrentamiento como: *“el conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”*.

Distinguen tres tipos de enfrentamiento:

a) Dirigido a la resolución del problema, donde se trata de manipular al problema o alterarlo en el entorno causante de perturbación, dentro de este enfrentamiento se encuentra la escala de:

- Enfrentamiento-autocontrol en la cual se piensa en un plan de acción para resolver el problema, por ejemplo: trato de analizar el problema para entenderlo mejor, hago un plan de acción y lo sigo, etc.

b) Dirigido a la regulación emocional, donde se encuentran presentes las siguientes escalas:

- Evitación escape cognoscitivo, en la cual se encuentra presente un pensamiento desiderativo, por ejemplo, desearía que la situación dejara de existir.

- Evitación escape conductual, la cual se enfoca a la reducción de la tensión, por ejemplo, hacer ejercicio, tratar de sentirse mejor bebiendo, comiendo, fumando, usando drogas.

- Distanciamiento, el cual indica un alejamiento del problema durante el cual no se hace nada ni para la resolución del problema, ni para regular el estado emocional, por ejemplo, esperar a ver que pasa antes de hacer algo.

- Reevaluación positiva, donde existe una búsqueda de lo positivo del problema, por ejemplo, encontrar el lado positivo al asunto.

- Autoaislamiento, el cual indica el mantenerse alejado de la gente en general.

c) Mixto, este enfrentamiento se orienta tanto a la regulación emocional como a la resolución del problema, la escala se denomina:

- Apoyo social, por ejemplo, hablar con alguien para saber más de la situación, aceptar la simpatía y comprensión de alguien.

Folkman y Lazarus (1980), indican que tanto el enfrentamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción se influyen entre sí y pueden interferirse. Mencionan que para evaluar el enfrentamiento como un proceso, se deben de cumplir tres condiciones:

1. El enfrentamiento debe ser examinado dentro de un contexto de un evento estresante específico.
2. Que la persona indique lo que hace (como contraste a lo que la persona usualmente haría, lo cual corresponde a la aproximación del enfrentamiento como rasgo).
3. Debe haber múltiples evaluaciones durante el encuentro, en función de examinar los cambios en el enfrentamiento a través del tiempo.

A partir del concepto de enfrentamiento, surge la hipótesis de que, la habilidad de un individuo para enfrentar un evento estresante tiene más valor predictivo, en función de la salud, que el evento estresor en sí mismo (Antonovsky, 1979; Lazarus, 1981, Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1991b). Los primeros trabajos realizados en esta área dan inicio con Pavlov y Sheger-Krestounikiva en 1914, quienes demuestran que la respuesta inmunológica puede condicionarse en los animales, indican que determinados procedimientos de aprendizaje que combinan estímulos aversivos o estresantes provocan alteraciones en las respuestas emocionales, fisiológicas y comportamentales de los animales, así como mayor número de enfermedades y mortalidad más rápida (Mustaca y Bentosela, 1995).

En la década de los 70, Alder y Cohen en 1975 (citados por Mustaca y Bentosela, 1995), afirmaron que el sistema inmunológico no actúa aislado del organismo, sino que está en contacto con el Sistema Nervioso Central (SNC) y el sistema endocrino, a partir de esta línea de investigación se encuentra evidencia de que los estresores físicos producen inmunosupresión, pero a su vez esta puede ser moldeada por diferentes factores psicológicos tales como el control y la predictibilidad del estresor.

En este mismo sentido diversos estudios realizados en 1980, demuestran que diferentes eventos estresantes afectan la inmunidad, haciendo al individuo más vulnerable para contraer enfermedades, así como en el curso y pronóstico de las mismas (Mustaca y Bentosela, 1995; Moscoso, 1995).

El estrés afecta a enfermedades autoinmunes como por ejemplo, la artritis reumática (Anderson, Bradley, Young, Mc Daniel y Wise, 1985; Weyner, Flannery y Singer, 1978) y otras enfermedades como el VIH/SIDA (Solomon, 1989) y el cáncer (Cassileth, Lusk, Miller, Brown y Miller, 1985).

Es así como surge un creciente número de estudios que tratan de encontrar una relación entre el deterioro del sistema inmunológico, los estados de estrés y la forma en que se enfrentan y controlan dicho estrés. Por ejemplo, la forma en que una persona percibe y afronta los estímulos estresantes, modula la respuesta autoinmune. Workman en 1987 (en Mustaca y Bentosela, 1995) reportó que los estudiantes de medicina que debían presentar un examen, estaban significativamente más estresados que los estudiantes del grupo control (que no presentaban ningún examen) y los primeros mostraron mayor supresión de la proliferación linfocitaria T. Un hallazgo importante de este estudio fue la interacción encontrada entre el nivel de estrés y el estilo de respuesta a dicho estrés. Los sujetos con un estilo de respuesta de intrusión (alto grado de invasión de los estresores en la experiencia de un individuo durante la semana anterior, por

ejemplo, soñar y pensar en el examen) estaban significativamente más inmunodeprimidos, que aquellos cuyo estilo había sido la evitación.

También se ha encontrado que los cambios comportamentales ocurridos como adaptaciones o respuestas de enfrentamiento al estrés, influyen de manera directa a la inmunidad. Por ejemplo, personas bajo situaciones de alto estrés tienden a desarrollar prácticas pobres de salud como fumar más, beber más alcohol, comer poco y dormir menos, afectando también la respuesta inmunológica. Por el contrario, los individuos que aprenden estrategias cognoscitivas y conductuales, que operan como moduladores y/o amortiguadores del estrés, tienen efectos positivos sobre sus estados de salud, ya que mejoran el curso y el pronóstico de las enfermedades. Estas técnicas de enfrentamiento incluyen adiestramiento en la relajación, en resolución de problemas, en habilidades sociales, en búsqueda de redes de apoyo social, en un aumento en el cuidado personal y otras como la reestructuración cognitiva y cambio en la atribución (Wolpe, 1977; Yates, 1976; Ardila, 1988; Cohen, 1988; Conwey, Vickers, Ward y Rahe, 1981; Kiecolt-Glaser., 1988, Seligman, 1990; Mustaca y Bentosela, 1995).

Específicamente los estudios realizados sobre VIH/SIDA, indican que la estrategia de enfrentamiento que la persona adopte al enterarse de que es portador del VIH, es un factor crítico durante todo el proceso de la enfermedad, desde el inicio hasta el momento de presentar la etapa franca del SIDA.

Blomkvist, Theorell, Jonsson, Schulman, Berntorp, Stiegendal, (1994) realizaron un estudio para observar los estilos de enfrentamiento en pacientes hemofílicos con VIH; observaron una relación entre el nivel de CD4 y sus estilos de enfrentamiento. Los pacientes con estilos de enfrentamiento activos (hábitos alimenticios adecuados, bajo consumo de alcohol y drogas, prácticas deportivas) mostraban altos niveles de CD4, en comparación con aquellos pacientes que mostraban estilos de enfrentamiento pasivos (dependientes, malos hábitos alimenticios, no asistían a chequeos médicos) cuyos niveles de CD4 eran bajos.

En otros estudios se ha demostrado que las intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual, como formas activas de enfrentamiento al estrés causado por la amenaza de desarrollar SIDA, producen efectos positivos en la reducción de síntomas emocionales (ansiedad, depresión, hostilidad), aumentan el vigor, mantienen una actitud positiva, además de que estas técnicas de enfrentamiento activo, desarrollan habilidades para realizar ejercicios aeróbicos, los cuales elevan ciertas funciones del sistema inmune particularmente los niveles de CD4 y CD56NK, por lo tanto, es posible asumir que estos tipos de estrategias de enfrentamiento retrasen en cierto grado la aparición de síntomas del SIDA (Antoni, Baggett, Ironson, La Perriere, Klimas, Schneiderman y Fletcher, 1991; Coates, Kegeles, Stall, Lo, Morin McKusick, 1988; Emmott, 1991, Kelly, 1993; Folkman, Chesney, Mckusick, Ironson, Jonson y Coates, 1991; La Perriere, 1991, Moscoso, 1995).

En este mismo sentido se ha encontrado que algunos factores de personalidad pueden operar como "*recursos personales*" durante situaciones estresantes (Holahan y Moos, 1986). Por ejemplo, diversos estudios han encontrado que el locus de control externo, predispone a la depresión (Seligman, 1967, Lefcourt, 1983) por que se tiene poco control sobre el medio ambiente, lo cual conduce a la pasividad y a darse por vencido, provocando así estados de ansiedad. Johnson y Sarason (1978) realizaron un estudio con estudiantes de bachillerato, encontraron que el locus de control externo se relaciona significativamente con una vida estresante, ansiedad y depresión, sin embargo, esta relación no existe cuando los estudiantes presentan un locus de control interno.

Dado que la personalidad es un factor relevante para comprender la forma en cómo los pacientes seropositivos enfrentan la enfermedad y la relación que tiene con su estado inmunológico, el siguiente capítulo se enfoca al análisis de algunos factores de personalidad como: autoconcepto, locus de control y autoeficacia.

4. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON ESTATUS DE SEROPOSITIVIDAD

4.1 Personalidad

El estudio de la personalidad es importante, ya que permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir y ser de determinada manera. Además de que integra en un solo concepto todos los procesos básicos existentes en psicología, aumentando por lo tanto la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo (Cueli, 1976).

La personalidad es un proceso dinámico que está constituido por modelos relativamente constantes de percibir, pensar, sentir y comportarse que dan a cada persona su propia identidad (Davidoff, 1989). A partir de esta definición se puede inferir que la personalidad es un concepto abstracto que incluye pensamientos, motivos, emociones, intereses, actitudes, habilidades y otros procesos similares que tienen como fin que el individuo se adapte a su medio ambiente, en otras palabras, la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan los ajustes únicos a su ambiente (Allport, 1965).

El estudiar los factores de personalidad que se relacionan con la transmisión del VIH/SIDA, es muy importante puesto que es un fenómeno que se ha presentado en un nivel mundial y ha desencadenado una serie de reacciones afectivas, cognoscitivas y conductuales que, de acuerdo a investigaciones realizadas, en buena medida es compartida dentro de determinados grupos poblacionales, ya sea que se hable de grupos relacionados por edad, sexo, situación sexual, ocupación y, muy probablemente, de acuerdo con determinados perfiles de personalidad. Dentro de estos factores tenemos al autoconcepto.

4.2 Autoconcepto

El autoconcepto puede ser definido en términos generales como la percepción que una persona tiene de sí mismo, el cual comprende varias dimensiones y depende del medio social y cultural en el que el individuo se desenvuelve (La Rosa y Díaz, 1988). Diferencialmente la autoestima involucraría una evaluación afectiva del sí mismo (Coopersmith, 1967).

Williams James (citado en La Rosa, 1986) es identificado como uno de los primeros psicólogos que estudia el sí mismo. Para James, el sí mismo de un individuo, es la suma de todo lo que el individuo puede llamar lo suyo, incluye su cuerpo, su familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social; indica, además, que se trata de un fenómeno consciente.

Cooley (1968) define al sí mismo desde una perspectiva más sociológica, postulando que no tiene sentido pensar en el sí mismo fuera del medio social en el cual se está inmerso, indica que el sí mismo está determinado por la percepción que tiene el individuo de las reacciones que otras personas manifiestan de él.

Rogers (citado en La Rosa, 1986) considera que el sí mismo son las percepciones de una persona respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones con su medio social. Menciona que el autoconcepto es una "*fotografía organizada*" y una *gestalt organizacional* del sí mismo, indica que la estructura de éste, es una configuración organizada de percepciones del sí mismo, las cuales pueden ser reconocidas.

Diversos autores abordan el autoconcepto desde una perspectiva de la teoría del rol. Así por ejemplo, Newcomb en 1950 y Sherwood en 1967(citados en La Rosa, 1986) enfatizan que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran apreciaciones reflejadas,

provenientes de otras personas significantes, resaltan también el desempeño de los roles sociales.

Díaz Guerrero (1982) estudia el autoconcepto del adolescente mexicano a través del diferencial semántico y realiza comparaciones entre diecinueve naciones que realizaron un estudio idéntico con sujetos comparables y bajo las mismas condiciones de control. El valor, el poder y el dinamismo del yo fueron evaluados en estudiantes de secundaria del Distrito Federal, a su vez, esta muestra fue comparada y evaluada con las demás naciones que participaron en el estudio. Los resultados muestran que en general el yo del adolescente mexicano, aparece en el decimonoveno lugar en relación con los adolescentes de otros países.

Al parecer, los datos obtenidos en esta investigación confirman la creencia popular de que el mexicano tiene complejo de inferioridad. Sin embargo, el que la evaluación del autoconcepto general de los adolescentes resultara baja, no indica necesariamente que los mexicanos se menosprecien. Diversos autores (La Rosa, 1986; Holtzman, Díaz-Guerrero y Swartz, 1975) han reiterado que entre los valores más importantes en la cultura mexicana se encuentra la familia, el grupo de amigos, la cortesía, la afiliación, la modestia, etc. En estas condiciones, el yo individual, se contrapone a una serie de premisas y dictados de la cultura, razón por la cual el autoconcepto del adolescente mexicano aparece con un valor menor al resto de los adolescentes de otras naciones.

De los estudios anteriores se desprende la importancia de la cultura para que la gente se defina así misma, La Rosa (1986), realizó una serie de investigaciones con estudiantes de preparatoria y de la Universidad de la Ciudad de México, con el propósito de describir las características más comunes e importantes en el autoconcepto de los mexicanos, La Rosa a través de la técnica de diferencial semántico encontró cuatro dimensiones básicas:

1. Dimensión social, se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes, goza de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones familiares y amigos como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes y subalternos. La dimensión social tiene tres subdimensiones:

- a) Sociabilidad afiliativa, que especifica el estilo de relacionarse con los demás.
- b) Sociabilidad expresiva, se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social.
- c) Accesibilidad, se refiere, en el aspecto positivo, a la persona accesible, a la cual se aproximan los demás con confianza, porque podrían contar con su comprensión.

2. Dimensión emocional, que abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados de un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de su sanidad; tiene tres subdimensiones:

- a) Emocional intraindividual, que caracteriza los estados de ánimo experimentados por uno mismo.
- b) Emocional interindividual, explica los sentimientos que se sienten hacia otras personas.
- c) Salud emocional, se enfoca a los aspectos intraindividuales e interindividuales, desde el punto de vista de su sanidad, es decir, si son o no productores de salud mental.

3. Dimensión ocupacional, se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión.

4. Dimensión ética, hace referencia al aspecto de congruencia o no con los valores y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en cada cultura.

Entre los resultados obtenidos por dicho instrumento, cabe destacar que la dimensión más importante del yo para los mexicanos es la relacionada con los aspectos sociales, de cortesía, educación y simpatía.

El autoconcepto se ha relacionado con la emisión de conductas de salud y en su contra parte con comportamientos de riesgo. Por ejemplo Charles (1985) en un estudio realizado con hombres homosexuales, encontró que los sujetos que tenían un riesgo bajo y moderado de adquirir el VIH, tenían un autoconcepto más alto, en comparación con los sujetos que mostraban un riesgo alto ante el contagio del VIH, los cuales manifestaban un autoconcepto más bajo, de esta manera, el autor concluye que el autoconcepto es una variable confiable para relacionarla con la reducción del riesgo ante la infección de VIH/SIDA.

Asimismo, se ha relacionado la autoestima y el autoconcepto con las estrategias de enfrentamiento ante eventos estresantes. Las conclusiones generales a las cuales se ha llegado en estos estudios, indican que a mayor sentimiento de autoestima y autoconcepto los sujetos tienden a afrontar los eventos estresantes buscando ayuda, hablando con otros y aprendiendo de sus experiencias pasadas, mientras que, los sujetos con pobre autoestima, tienden a utilizar estrategias de enfrentamiento más para reducir la tensión que para reducir el problema (Moos, Finney, Chan 1981; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, Gruen, 1986).

Otra característica de personalidad que se ha relacionado con la emisión de conductas preventivas ante el VIH/SIDA, así como con el estado inmunológico de las personas que ya han adquirido el virus, es el locus de control.

4.3 Locus de control

El control se refiere a que el individuo identifica las causas de su conducta como internas (pertenecientes a él) o externas (presentes en el medio ambiente), tales como: la familia, los amigos, la suerte, Dios, entre otros (Rotter, 1966).

Rotter (1966) considera el constructo de locus de control unidimensional dentro de un continuo, donde los polos representarían respectivamente, la máxima internalidad y la máxima externalidad. Indica que cuando más interna es una persona, menos externa será, y, recíprocamente, cuando más externa, menos interna será. Para individuos con control interno, el comportamiento es controlado por el yo del sujeto, mientras que en las personas con locus de control externo, el comportamiento es controlado por las condiciones del medio ambiente. La Teoría indica que a mayor edad aumenta el control interno, de tal manera que los sujetos dentro de los años de desarrollo, se hacen cada vez más internamente controlados. En términos comunes, se diría que las personas con control interno son arquitectos de su propio destino, mientras que las de control externo están, más bien, sujetos a los vaivenes ambientales.

De esta forma, Rotter considera que el individuo que cree que puede controlar su propio destino está más alerta, que sus semejantes, ante aspectos del medio ambiente que le dan información útil para su conducta futura, hace esfuerzos para mejorar su situación dentro del medio ambiente, le da mucho valor a las recompensas o reforzamientos relacionados con sus habilidades o con sus logros, se preocupa más de sus habilidades y toma muy en cuenta sus fracasos.

Por su parte el locus de control externo se relaciona con el proceso de incapacidad aprendida (Seligman, 1967), que demuestra que cuando, sin importar lo que se haga, la conducta no es reforzada, los individuos aprenderán a ser incapaces de resolver cualquier cosa. Hiroto y Seligman (1975) argumentan que la incapacidad aprendida es un rasgo provocado, ya que al no poder escapar de un

castigo o no poder resolver un problema, se provoca la expectativa de que el responder es totalmente independiente al reforzamiento, lo que da como resultado que el individuo se sienta incapaz de resolver el problema y por lo tanto cae en un estado de depresión.

En México se han desarrollado diversos estudios sobre el locus de control (La Rosa 1986; Díaz-Loving y Andrade Palos, 1984) los cuales muestran que para la cultura mexicana el locus de control no se presenta bajo una escala unidimensional como Rotter lo había planteado, sino que se han encontrado diferentes dimensiones, por ejemplo Díaz-Loving y Andrade Palos en 1984 (citados en La Rosa, 1986) al estudiar el locus de control en niños mexicanos, encontraron una dimensión afectiva que describe situaciones en las que el niño modifica su medio ambiente a través de las relaciones afectivas con quienes lo rodean.

La Rosa (1986), realizó una escala para medir el locus de control en población mexicana, obteniendo cinco dimensiones:

- a) Fatalismo/suerte: se refiere a creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino; esta dimensión fue reconocida desde los estudios de Rotter (1966), al respecto Díaz-Guerrero (1994), indica que en la cultura mexicana, existen mexicanos con las características de esta dimensión, conformando la personalidad de control externo pasivo, la cual describe a individuos pasivos, pesimistas, fatalistas y obedientes.

- b) Poderosos del macro-cosmos: se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero sus acciones repercuten en su vida, como los diputados, gobierno, naciones, entre otros.

- c) Poderosos del micro-cosmos: esta dimensión se refiere a las personas que tienen el poder, pero que están más cercanas al individuo y controlan los refuerzos que le interesan, entre tales se encuentra el jefe, el padre y otras.

- d) Afectividad: esta escala describe situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean, por ejemplo: "si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo". Esta escala también la encontró Rotter (1966), sin embargo, para la cultura anglosajona no es válida. Al respecto, Díaz-Guerrero (1982) menciona la importancia de las relaciones interpersonales y afectivas de los mexicanos, y su importancia en la vida diaria.

- e) Internalidad instrumental: esta dimensión se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su trabajo y capacidades. Díaz-Guerrero (1994), hace referencia a las características de esta escala, en la personalidad del mexicano, con tipo interno activo, el cual sería el menos frecuente dentro de la cultura mexicana. Este tipo de mexicano, parece integrar dentro de sí todas las cualidades de la cultura, ya que puede ser obediente, afectuoso y complaciente, cuando esto sea lo adecuado, pero rebelde si es necesario y son optimistas de sus propias capacidades para resolver problemas.

Al correlacionar las escalas entre sí, La Rosa y Díaz-Loving (1988) encontraron un perfil, en el cual se relacionan positivamente entre sí, las escalas de fatalismo, poderosos del micro-cosmos y afectividad, lo cual significa que cuanto más fatalista es el individuo menos se involucrará en actividades destinadas a cambiar las circunstancias de su comunidad, tiene la creencia de que su vida está controlada por las personas que tienen poder (jefes, patrones, padres), motivo por el cual buscará agradar a estos poderosos para alcanzar sus beneficios. Fatalismo también correlacionó negativamente con internalidad instrumental, es decir, que cuanto más cree una persona en el azar, menos esfuerzos hará para obtener sus beneficios.

Finalmente se observó que los individuos altos en internalidad no mantienen creencias en un mundo azaroso, ni se sienten controlados por los poderosos más cercanos.

Las dimensiones del locus de control se han relacionado directamente con la emisión de conductas de salud (Lefcourt, 1983), en especial en lo que se refiere al contagio de VIH/SIDA; ya que la prevención de la infección, requiere que la gente ejercite influencia sobre sus conductas y su medio ambiente social (Bandura, 1994),

En diversos estudios se ha encontrado que la presencia de expectativas de control en la que las personas piensan que el riesgo de contagio de VIH está determinado por la suerte o el destino, conlleva a menor precaución ante el contagio de VIH. (Bandura, 1994; Díaz-Loving, 1994).

Como se mencionó anteriormente, dentro del locus de control, se ha encontrado una dimensión denominada fatalismo, la cual se refiere a la creencia de que los eventos del medio ambiente están fuera de control; como tal puede ser importante para entender las formas en las cuales los individuos con VIH/SIDA y sus familias conceptualizan las causas de la enfermedad y reaccionan a ella, por ejemplo, las actitudes hacia el fatalismo pueden conducir a conductas menos preventivas por que *"lo que me pasa a mí, es la voluntad de Dios"*; y en el caso de los individuos que tienen el VIH/SIDA el fatalismo, a su vez, puede estar asociado con estrategias de enfrentamiento menos activas para reducir la angustia y depresión (Ceballos, en prensa; Manuck, Hinrichsen y Ross, 1975).

De esta manera, queda establecido la importancia del control personal interno, tanto para evitar el contagio del VIH/SIDA, como para reducir la angustia y depresión de las personas que ya están infectadas.

Bandura (1994), menciona que el ejercicio del control personal sobre las conductas sexuales de los individuos, da habilidades autoeficaces para llevar a cabo conductas sexuales preventivas, de esta manera, la autoeficacia se convierte en otra característica de personalidad importante para hacer frente a los eventos estresantes de la vida, ya que su función es informar a la persona acerca de las acciones que puede ejecutar en una circunstancia determinada.

4.4 Autoeficacia

La autoeficacia fue definida originalmente como un tipo específico de expectativas referidas a las creencias de uno mismo sobre nuestras habilidades (aptitudes) para realizar conductas específicas (Bandura, 1977), posteriormente Bandura (1987), hace énfasis en la importancia de las creencias de la gente acerca de sus capacidades para ejercer control sobre eventos que afectan su vida, las creencias sobre sus capacidades que movilizan los recursos cognoscitivos y de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas.

De esta manera, la autoeficacia implicaría un tipo de pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, en este sentido no basta con que una persona posea una habilidad o conocimiento, sino que es necesario que ella misma se sienta eficaz para llevarla a cabo, por ejemplo, un individuo puede conocer y creer en la eficacia de una medida preventiva ante la salud, pero al mismo tiempo puede estar convencido de que no será capaz de ponerla en marcha.

La autoeficacia puede ser medida como una característica de personalidad (autoeficacia general) es decir, como un sentimiento general de competencia y efectividad que se atribuye a uno mismo. Sin embargo, al operacionalizarla, se hace necesario recurrir a mediciones específicas de una conducta o conjunto de conductas en contextos específicos (autoeficacia específica). La percepción de la

eficacia de una conducta de dominio situacional, puede ser generalizada a otras situaciones, siempre y cuando estas situaciones sean similares y se requiera de habilidades y funciones semejantes (Bandura, 1977, 1987).

Maddux (1995), al hacer referencia tanto a la autoeficacia general como específica, indica que tiene tres dimensiones:

- a) Magnitud: implica una jerarquía de conductas, referidas al número de pasos por orden de dificultad creciente para realizar una conducta en particular.
- b) Fuerza: convicciones personales del individuo para realizar la conducta en cuestión (seguridad y habilidad para realizar la conducta en ciertas condiciones).
- c) Generalización: implica que las habilidades para ejercer una conducta pueden estar presentes en otros contextos, siempre y cuando se requieran conductas similares.

La creencia de los individuos de que ellos mismos pueden motivarse y regular su propia conducta, representa un papel crucial para tener cambios preventivos ante la salud (Bandura, 1994).

Se han realizado numerosos trabajos que asocian las expectativas de autoeficacia con comportamientos de salud, rendimiento físico e intelectual (Bandura, 1987; Diclemente y Prochaska, 1985; Font, 1990; Kirscht, 1983; Villamarín, 1990); basándose en estas investigaciones algunos investigadores interesados en la prevención del SIDA, han considerado que evaluar las expectativas de autoeficacia de los sujetos, respecto a su capacidad para poner en práctica los comportamientos preventivos frente al SIDA, podría ayudar a explicar y predecir dichos comportamientos.

Existen datos que establecen una relación positiva entre las expectativas de autoeficacia y comportamientos sexuales preventivos, por ejemplo Mckusick, Coates, Morin; Pollack y Hoff (1990) realizaron un estudio con 508 hombres homosexuales, observaron que los sujetos con prácticas sexuales de alto riesgo (realizar la penetración anal sin usar condón) presentaban bajas expectativas de autoeficacia respecto a la prevención ante el contagio de VIH.

Por su parte, Bandura (1994) menciona la importancia de la creencia de la autoeficacia personal, para poder ejercer control sobre conductas sexuales, indica que a menor percepción de autoeficacia existirá más probabilidad de comprometerse en prácticas sexuales de alto riesgo ante el VIH/SIDA; se ha encontrado que hombres homosexuales que frecuentan bares o baños públicos gay, tienen menor sentido de autoeficacia, que aquellos que mantienen relaciones monógamas y quienes pueden negociar el uso del condón en sus relaciones sexuales.

De la misma forma, Charles (1985) al realizar un estudio sobre la autoeficacia en homosexuales relacionado con conductas de riesgo y prevención ante el contagio de VIH, refiere que los sujetos que manifiestan una elevada eficacia personal se comprometen significativamente menos en comportamientos sexuales de alto riesgo y realizan consistentemente conductas preventivas como el uso del condón.

En otras líneas de investigación se ha demostrado que a pesar de los conocimientos de las prácticas de sexo seguro para reducir el riesgo de contagio del VIH; la mayoría de la gente no adopta las creencias de que ellos mismos pueden ejercer control en las conductas preventivas durante sus relaciones sexuales (Charles, 1985; Maddux, 1995).

Otros estudios realizados en población homo/bisexual, por Mckusiki, Coates, Morin, Pollack y Hoff (1990), encontraron algunos factores que influyen en sus conductas sexuales de riesgo, entre estos factores se encuentra el nivel de

autoconcepto y autoestima, así como la percepción de la autoeficacia. Los autores indican que existen cambios en la conducta sexual de los homo/bisexuales, por prácticas sexuales más seguras; mencionan que estos cambios están en función del conocimiento de su estatus de seropositividad, percepción de autoeficacia, mayores niveles de autoconcepto y por la percepción del número de amigos o conocidos que les dan soporte o apoyo social.

El estudio de la percepción de apoyo social que tienen los hombres seropositivos es importante, debido a que se relaciona directamente con una mejor calidad de vida de los enfermos, ya que las redes de apoyo proporcionan un soporte emocional e instrumental. Dentro de las redes de apoyo más importantes, sobre todo en la cultura mexicana, se encuentra a la familia. La familia es un grupo natural que con el tiempo desarrolla patrones de interacción los cuales conforman su estructura, la cual a su vez gobierna el funcionamiento de la misma, la familia influye, a su vez, de manera constante en la personalidad de los individuos que la conforman (Minuchin y Fishman, 1981; Andrade, 1998).

De esta manera, el estudio de la familia, como un recurso social de apoyo para los enfermos seropositivos, es fundamental para comprender el proceso de la enfermedad.

5. LA FAMILIA COMO RECURSO SOCIAL DE APOYO EN LOS HOMBRES SEROPOSITIVOS

Desde mediados del siglo XX la tendencia de reconocer la influencia de los sistemas sociales en la conducta humana y en el proceso salud–enfermedad, es cada vez más creciente, por ejemplo, las ideas dominantes de que las enfermedades mentales eran causadas por factores intrapsíquicos ha ido evolucionando hasta destacar la importancia de los elementos socioambientales.

Así los modelos médicos que tratan de encontrar las causas de las enfermedades dentro del individuo han perdido validez y se consideran obsoletos, ya que el individuo vive dentro de un contexto y está expuesto a muchos factores ambientales que influyen sobre salud tanto física como mental, de esta manera, en los últimos años se ha investigado sobre el apoyo social como un factor fundamental que tiene gran influencia sobre el proceso salud-enfermedad (Barrón, 1996).

La sociología desde principios del siglo XX se interesó por estudiar las relaciones entre los recursos sociales de los individuos y sus estados de salud, Durkheim (citado en Barrón, 1996) muestra cómo el debilitamiento de los lazos sociales (comunidad, familia, iglesia, etc.) se relaciona con el suicidio, a través del estado de anomia que se produce. Por su parte Vaux (1988) da gran importancia a las relaciones sociales y su influencia sobre la salud y el bienestar de las personas.

Cobb (1976) señala que las relaciones interpersonales pueden ayudar a aliviar la angustia psicológica asociada con enfermedades crónicas y amenazantes para la vida. En este sentido, Hays, Chauncey y Tobey (1990) indican que la red social de los individuos representa un papel muy importante e influye en el enfrentamiento, la adaptación y la recuperación de enfermedades. El apoyo social promueve conductas de enfrentamiento cognoscitivas y conductuales adecuadas,

mediante la facilitación de un sentimiento de pertenencia, además de que promueve la autoestima.

Turner (1993) indica que cuando un individuo tiene una enfermedad crónica y su apoyo social no es adecuado, con frecuencia aparece un estado de depresión y ansiedad que provoca que se agrave la enfermedad, por el contrario cuando el individuo percibe un adecuado apoyo se impide la progresión de la enfermedad; así el apoyo social se coloca como una variable de ajuste emocional. En otros estudios (Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbough, 1987; Anderson, Bradley, Young, Mc. Daniel, y Wise, 1985; Hermand y Arnaud, 1996) se ha encontrado que el apoyo social se relaciona negativamente con la depresión y positivamente con un sentimiento de buena salud en personas que padecen diabetes, cáncer mamario, hemodiálisis, artritis reumatoide y VIH/SIDA.

El apoyo social es un constructo multidimensional que incluye necesidades de apoyo, recursos disponibles y satisfacción. Adicionalmente el apoyo social se refiere a los múltiples aspectos de las relaciones interpersonales, incluyendo el número y tipos de contactos que una persona tiene, así como la satisfacción funcional de las relaciones (Green, 1993).

Dentro de los grupos sociales de apoyo la familia es la red de apoyo con mayor peso. Por red de apoyo se puede entender aquel conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y nuevos contactos sociales (Cwikel e Israel, 1985; Andrade, 1998).

El apoyo social ha sido aceptado como un componente de la red social cuyas formas potenciales son: apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo instrumental (House y Kahn, 1985), por ejemplo, Sandler (1980), Snyder y Padilla (1987), Slavin y Rainer (1990) destacan la importancia del papel que desempeñan los

padres y/o figuras paternas, hermanos y amigos para minimizar el impacto negativo de los eventos estresantes de la vida.

Por su parte, Hays, Chauncey y Tobey (1990); Cohen (1988) encontraron que el bienestar psicológico de los pacientes con diferentes enfermedades difería en gran medida, debido a la densidad de la red, cuando la red era muy densa facilitaba el enfrentamiento de condiciones crónicas, tales como las enfermedades mentales o a la vejez, pero cuando la red de apoyo fue menos densa, ésta promovía mejores resultados en el tratamiento de cambios de la vida tales como la viudez o el regreso a la escuela, situaciones que requieren de acceso a nuevos papeles de información.

La evidencia que avala la asociación entre redes de apoyo y salud es cada día mayor (Bryant, 1982, Broadhead, Kaplan, James, y Wagner, 1982; Cwikel e Israel, 1985), donde se ha prestado particular interés a los factores sociales e individuales del comportamiento preventivo ante el VIH/SIDA.

Diversos estudios de apoyo social en pacientes infectados de VIH han encontrado una fuerte relación entre el apoyo y el bienestar psicológico (Wolcott, 1986; Namir, 1989). Tanto los aspectos materiales como emocionales del apoyo social que un paciente con SIDA recibe, son importantes para su bienestar, así como lo es su habilidad para corresponder, mediante el proveer apoyo a otros (Hays, Chauncey y Tobey, 1990).

La percepción de apoyo adecuado ha sido también relacionado con el mantenimiento de la esperanza entre los pacientes con SIDA (Rabkiny, 1990), sin embargo, la influencia relativa del apoyo actual, el apoyo percibido y la satisfacción del apoyo no han sido lo suficientemente explicadas.

Para Hays, Chauncey y Tobey (1990) las fuentes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA, incluyen cuatro tipos de cuidadores:

1. La pareja, como fuente primaria de apoyo social, que como pareja sexual, presenta la grave amenaza de contraer la infección, lo cual trae como consecuencia estados de tensión, por el miedo de contraer la enfermedad y puede llevar a la ruptura de la relación.
2. Amigos y semejantes, estos grupos son la principal fuente de apoyo entre los hombres homo y bisexuales, ofrecen empatía, accesibilidad, valores y cultura compartida, lo cual se asocia con el ajuste psicológico entre las personas seropositivas. La integración en una comunidad de este tipo, incrementa el número de semejantes. Los estudios muestran que las redes sociales de los homosexuales contienen al menos una persona que vive con el VIH/SIDA.
3. La familia, éste núcleo, provee apoyo durante enfermedades crónicas, a pesar de las alteraciones causadas en la continuidad familiar, sin embargo, el estigma que precede la infección por VIH, crea barreras para otorgar el apoyo familiar. Para Hays, Chauncey y Tobey (1990), tanto las personas seronegativas como las seropositivas, percibían a sus padres y familiares como los que menos apoyo otorgaban en sus vidas, Sin embargo, también, informaron que el 92% de los hombres homo/bisexuales con SIDA, buscaron ayuda de familiares, en un número más alto que los hombres homo/bisexuales asintomáticos y seronegativos. Así, para Turner, Hays y Coates (1993), el apoyo familiar puede contribuir al ajuste emocional de los individuos seropositivos.
4. Cuidadores profesionales, los cuales son fundamentales dentro del sistema de apoyo social, especialmente en lo que se refiere a la información sobre la enfermedad, el cuidado de su salud y sus consejos para mejorar su calidad de vida.

Específicamente la familia como recurso social de apoyo tiene un efecto protector o amortiguador del estrés. Barron (1996) señala que cuando una persona está bajo presión, el apoyo social que le da la familia, los amigos, entre otros, incrementa la información, el bienestar emocional y los recursos tangibles. Propone un Modelo "*Amortiguador y Protector del estrés*", donde indica que el apoyo social actúa como moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como, por ejemplo, los eventos estresantes que requieren un ajuste en las actividades cotidianas y que son percibidos por los individuos como indeseables. Así, las enfermedades crónicas representan el papel de estos eventos estresantes y el apoyo recibido por parte de familia y amigos, es fundamental para el ajuste a las nuevas actividades cotidianas del enfermo, lo que se relaciona directamente con su bienestar físico y psicológico.

En México, la familia adquiere un papel determinante en el proceso de enfermedades crónicas, así la aparición de una enfermedad crónica o terminal como el VIH/SIDA en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical al interior de ésta y en su entorno.

De esta manera, se ha investigado la forma en la cual las familias manejan la enfermedad crónica de uno de los miembros por ejemplo, Hays, Chauncey y Tobey (1990) al estudiar las emociones expresadas y estados esquizofrénicos, se encontró que las familias mexico-americanas presentan bajos niveles de expresividad emocional, es decir, presentan más cordialidad, tolerancia y aceptación de pacientes esquizofrénicos.

Estos hallazgos sugieren que el medio ambiente familiar de hombres homo/bisexuales seropositivos al VIH, quienes presentan una doble estigmatización pueden recibir más apoyo en los términos de la estructura, función y afectividad familiar.

Es importante mencionar que el estudio de los estilos de enfrentamiento han sido poco estudiados en familias con pacientes con SIDA a pesar de que es sumamente importante debido al apoyo social que se espera de ella. En un estudio realizado con 26 familias de pacientes con SIDA y 26 familias de pacientes terminales, se observó que en las familias con pacientes con SIDA existía más estrés, menos esperanza, más reglas prohibitivas de expresión emocional y más ansiedad, que en las familias de pacientes terminales (Adelman, 1989).

Dada la evidencia teórica anterior es necesario recurrir al estudio de apoyo de la familia, sobre todo en México ya que se ha considerado como un país familiar colectivista de importancia básica para el desarrollo de la personalidad de los individuos y por ende las formas de afrontar los eventos estresantes. De esta manera, el siguiente capítulo propone una serie de modelos de salud que toma en cuenta las variables descritas anteriormente y su relación con el VIH/SIDA.

6. MODELOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL ESTATUS DE SEROPOSITIVIDAD

6.1 Modelo general de la Psicología de la Salud

Los factores psicosociales revisados anteriormente han sido evaluados en diferentes modelos de salud, ya que representan un papel importante en el proceso de diferentes enfermedades, puesto que pueden acelerar o detener su evolución (Matarazzo, 1984).

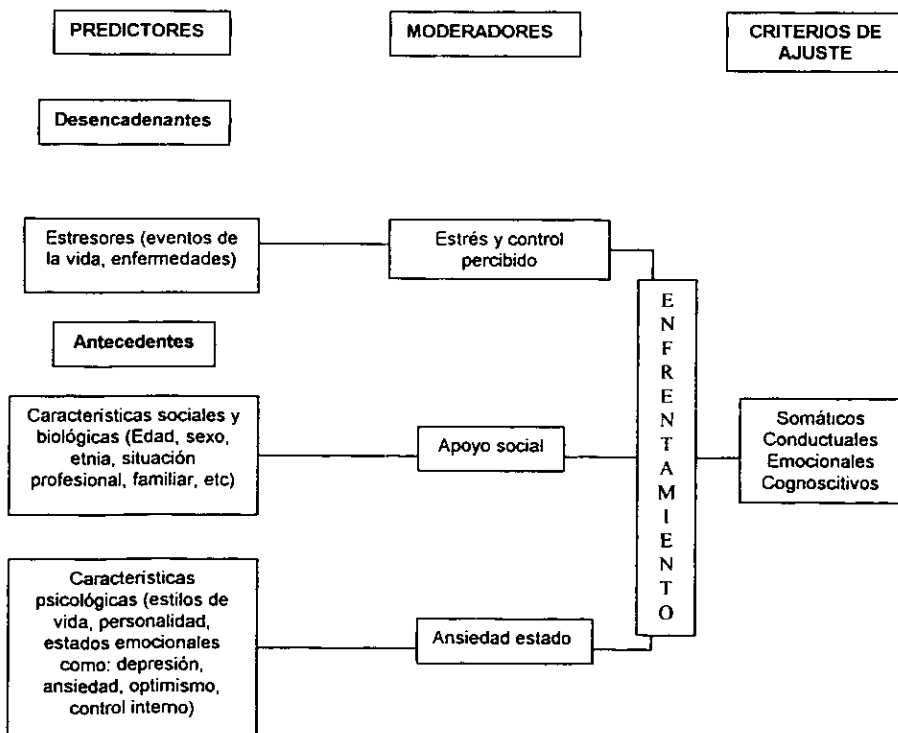
Desde hace algunos años la Psicología de la Salud investiga aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la etiología de diversas enfermedades (problemas cardiovasculares, respiratorios, la infección del VIH/SIDA, entre otras) para que de esta manera, se pueda comprender mejor la evolución del proceso patógeno. Así la Psicología de la Salud trata de conocer los mecanismos de adaptación que el ser humano elabora ante diversas situaciones aversivas (enfermedades) y trata de explicar porqué algunas estrategias son más eficaces que otras para mejorar la calidad de vida de los enfermos (Bruchon-Schweitzer, 1996).

Existen modelos clásicos de la salud (figura 1) que incluye la relación entre las variables biológicas (ritmo cardiaco, presión arterial, diversos parámetros neuroendócrinos y neuroinmunitarios) y psicosociales (cognoscitivas, emocionales, comportamentales, apoyo social, entre otras). La propuesta de estos modelos indica que los individuos son activos ante el proceso de la enfermedad, ya que se enfrenta a través de diferentes estrategias (cognoscitivas, perceptuales, afectivas, comportamentales), las cuales dependen de los factores personales y de los recursos de apoyo social. De esta manera, el estrés deja de ser considerado un simple desencadenador de estados emocionales y se toma en cuenta como una variable transaccional entre la persona y el medio ambiente, este proceso se realiza cuando la situación es evaluada por el individuo como

desbordante de sus propios recursos o de su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

Estos modelos también toman en cuenta factores que son moderadores (estrés percibido, apoyo social y ansiedad estado) de las estrategias para enfrentar la enfermedad; así las estrategias adoptadas por los individuos de frente a los estresores, tienen una relación directa con la evolución de la enfermedad al detener o acelerar el proceso. En conclusión se puede decir que los modelos clásicos de salud, no sólo integran factores como: biomédicos, epidemiológicos y psicosomáticos, sino también factores personales y sociales, específicamente la confrontación personal ante una situación dada.

Figura 1. Modelo explicativo en psicología de la salud



6.2 Modelo de salud propuesto por Cervantes y Castro

De los modelos generales de salud, surge el de Cervantes y Castro (1985), el cual fue desarrollado con el fin de elaborar investigaciones sistemáticas en el campo de la salud mental, este modelo considera a los estresores potenciales como antecedentes de un proceso de enfrentamiento, el cual es mediado por factores personales y ambientales. Este proceso de enfrentamiento, tiene consecuencias directas en la salud mental y física de los individuos.

La base de este modelo (figura 2) se fundamenta en la interacción de la persona con su medio ambiente y en las variables situacionales dentro de un contexto temporal. Los elementos de este modelo incluyen:

- a) Estresores potenciales, se clasifican en dos tipos: en estresores inherentes, que universalmente son aversivos (como terremotos, choque eléctrico, enfermedades terminales, entre otros.) y en estresores simbólicos (como pérdida de un objeto). De esta manera, cualquier persona puede evaluar a un estresor potencial inherente como estresante, mientras que lo estresante de un estresor potencial simbólico, depende del significado personal y cultural aprendido y de sus implicaciones contextuales.
- b) Evaluación del estrés potencial, se refiere al significado cognoscitivo para la delimitación de los eventos o situaciones que generan mayor estrés, en determinadas personas o grupos culturales.
- c) Mediadores internos, la investigación que enfoca el paradigma estrés-mediadores-consecuencias continúa identificando factores de personalidad que median la experiencia del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Las variables de personalidad que se han relacionado como mediadoras del estrés y de sus consecuencias han sido, por ejemplo: el control sobre los eventos de la vida, la autoeficacia, el autoconcepto, las actitudes, los valores, las creencias, la

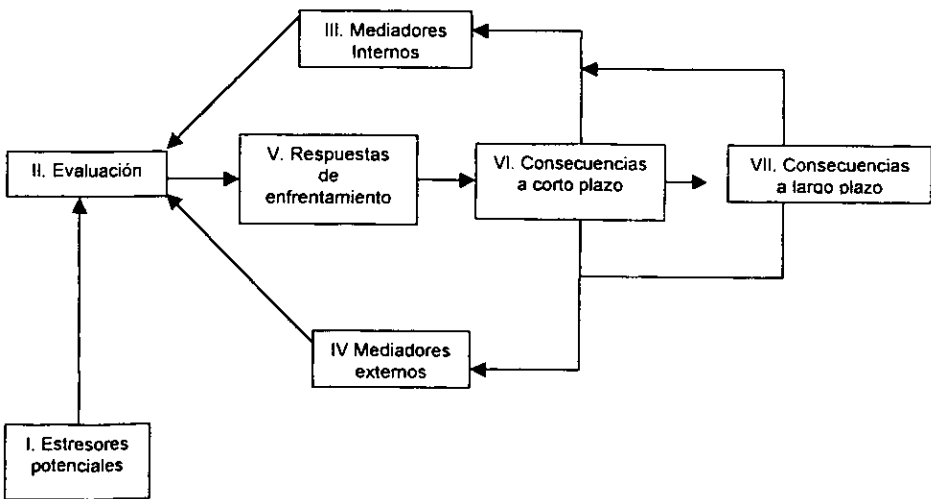
percepción de apoyo social, entre otras. Así estas variables, que funcionan como mediadores internos, tienen una función adaptativa, reduciendo o incrementando el significado estresante de una condición, situación o evento de la vida.

- d) Mediadores externos, son las fuentes de información ambientales o de retroalimentación afectiva que afectan la habilidad de una persona para enfrentar a los estresores. Los mediadores externos tienen también un efecto sobre la evaluación del nivel de estrés que el individuo hace de un determinado estresor. Un mediador externo que ha sido considerado el eje principal de muchas investigaciones, ha sido el apoyo social (Barrera, 1981; Norbeck y Tilden, 1983). El apoyo social ha sido descrito, en función de las relaciones interpersonales que proporcionan ayuda material, sostén emocional y el sentido de que uno es tomado en cuenta por otros (Pilisuk, 1982). Los mediadores externos que pueden ser considerados como fuentes de apoyo social son: los miembros de una familia, amigos, los grupos de pares, etc. En otro nivel pueden ser las instituciones, los grupos de autoapoyo, etc.
- e) Respuestas de enfrentamiento, las respuestas de enfrentamiento ante estresores crónicos son un proceso personal muy complejo, el cual ha sido categorizado de diferentes formas. Las respuestas de enfrentamiento pueden ser respuestas conductuales o psicológicas (cognoscitivas) que intentan reducir el significado estresante de una experiencia, situación o evento (Fleming, Baum y Singer, 1984). En este modelo las respuestas fueron clasificadas en:
1. Respuestas directas activas, dirigidas a cambiar las fuentes de estrés.
 2. Respuestas paliativas o intrapsíquicas dirigidas a cambiar el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.
 3. Respuestas de resignación que intentan aceptar el estresor.

Según Cervantes y Castro (1985) muchas respuestas de enfrentamiento están dirigidas al alivio inmediato de síntomas estresantes. Por ejemplo, se puede argumentar que el uso de sustancias tranquilizantes (como las drogas) tienen una función paliativa a corto plazo y ese tipo de respuestas no modifica la fuente generadora de estrés. Así las consecuencias a corto plazo se convierten en elementos críticos muy importantes para evaluar la efectividad de las respuestas de enfrentamiento.

f) Las consecuencias a corto y largo plazo en la salud física y mental, como se indicó anteriormente, tienen una clara la relación ente estresores potenciales, variables mediadoras internas-externas y las respuestas de enfrentamiento. En este sentido, las diversas formas de desórdenes mentales están derivadas de respuestas poco efectivas de enfrentamiento ante los estresores de vida. Dichos desórdenes pueden ser considerados como consecuencias en la salud mental de a corto o a largo plazo (dependiendo de la duración del desorden en particular) (González, 1992).

Figura 2. Modelo de salud propuesto por Cervantes y Castro



6.3. Modelo de salud propuesto por Lazarus y Folkman

En los estudios de respuestas de enfrentamiento al estrés, los conceptos desarrollados por Lazarus constituyen una de las principales aportaciones. Folkman, Schaeffer y Lazarus (1979) señalaron que los recursos de enfrentamiento se encuentran en la persona y en su entorno social, y especificaron que los recursos personales incluyen: la salud, la energía, la resolución de problemas y el sistema de creencias. Por su parte, los recursos medioambientales incluyen los recursos materiales y el apoyo social; más tarde en 1984, Lazarus y Folkman incorporaron como recursos de enfrentamiento a las habilidades sociales del individuo que incluye la capacidad de comunicarse y de actuar de una manera socialmente adecuada y efectiva. Asimismo, afirman que las estrategias de enfrentamiento cambian a lo largo de la vida y dependen de las fuentes de estrés.

Lazarus y Folkman (1984) definieron al enfrentamiento como: *"el conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas e internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos"*. Esta definición considera al enfrentamiento como un proceso y no sólo como un rasgo.

Para Lazarus (1990) las respuestas de enfrentamiento sirven para manipular o alterar el problema en el entorno causante de perturbación (enfrentamiento dirigido al problema) y para regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción), de esta manera, ambos tipos de enfrentamiento pueden aparecer de manera simultánea y relacionarse entre sí. Para evaluar el enfrentamiento como un proceso indican que se deben cumplir tres condiciones:

1. El enfrentamiento debe ser evaluado dentro del contexto de un encuentro estresante específico.

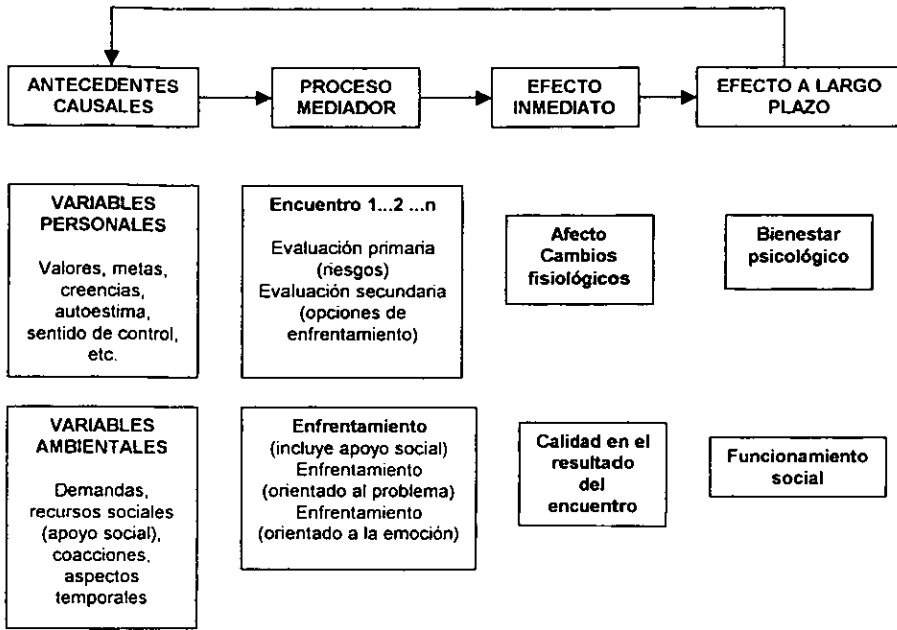
2. Que la persona indique lo que hace (como contraste a lo que la persona usualmente haría, lo cual corresponde más a una aproximación al enfrentamiento como rasgo).
3. Debe haber múltiples evaluaciones durante el encuentro, en función de examinar los cambios en el enfrentamiento a través del tiempo.

El modelo que propone Lazarus (1990) indica que el estrés psicológico se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente. La relación estresante es aquella que demanda esfuerzos o excede los recursos personales.

La unidad de análisis es la transacción o encuentro, en donde la evaluación del estado de ansiedad o estrés de una persona puede involucrar daño, miedo o por el contrario una actitud positiva, u optimista de sobreponerse a los obstáculos. Una vez que la persona ha evaluado una transacción como estresante, se ponen en práctica las respuestas de enfrentamiento a fin de intentar manejar la relación problemática persona-ambiente. Esos procesos influyen las subsecuentes evaluaciones de la persona y por lo tanto, influyen en la clase e intensidad de la reacción ante el estrés, dependiendo, a su vez, de las características personales (González, 1992).

La relación entre el estrés, la persona y el medio ambiente, en el modelo de Lazarus y Folkman (1984), no es estática puesto que está en constante cambio como resultado de un continuo interjuego entre las fuentes de estrés, las actividades mediadoras de evaluación y el enfrentamiento, en el cual existe una constante retroalimentación desde el surgimiento del evento, con base en los cambios de la relación persona-ambiente, es decir, cómo enfrenta y cómo evalúa el estrés (Figura 3).

Figura 3. Modelo de salud propuesto por Lazarus y Folkman



Los modelos expuestos anteriormente, han sido utilizados para evaluar el proceso de la enfermedad del VIH/SIDA y su relación con el estatus de seropositividad (Solomon, 1989; Blomkvist, Theorell, Jonson, Schulman, Berntorp, Stiegendal, 1994; Moscoso, 1995; Bruchon-Schweitzer, 1996, Taylor, Kemeny, Schneider y Aspinwall, 1993). Específicamente el modelo de Lazarus y Folkman (1984) ha sido evaluado en diferentes poblaciones, incluyendo a los hombres homosexuales, los resultados sugieren que las transacciones existentes entre el estrés percibido por la enfermedad, las formas de enfrentarlo, el apoyo social percibido y las características de personalidad de los individuos infectados por el VIH/SIDA, son factores críticos para detener o acelerar el avance de la enfermedad.

Sin embargo, el modelo de Cervantes y Castro (1985) aún no ha sido evaluado en la población de hombres homosexuales seropositivos y menos aún en homosexuales seropositivos mexicanos, por lo que, hasta el momento, no se cuenta con un diagnóstico característico de ellos, en donde se evalúe los factores incluidos en los modelos de salud, y que permita, por lo tanto, establecer programas específicos de intervención y tratamiento ante el VIH/SIDA, que mejoren la calidad de vida de los enfermos seropositivos.

Debido a lo anterior el propósito principal de este trabajo es evaluar los factores descritos anteriormente y tomar como referencia los modelos de: Cervantes y Castro (1985) y Lazarus y Folkman (1984) para evaluar un modelo de salud dirigido a hombres homosexuales mexicanos y la relación que mantiene con su estatus de seropositividad.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y METAS

7.1 Justificación y planteamiento del problema

Los modelos de salud, descritos en el capítulo anterior, hacen énfasis en las variables personales y ambientales como determinantes de las estrategias de enfrentamiento ante situaciones estresantes; al ser evaluados en individuos que tiene el VIH/SIDA, se ha encontrado que el enfrentamiento que mantienen ante la enfermedad, tiene efectos significativos sobre su estado inmunológico y su bienestar psicológico. Sin embargo, son pocos los modelos que incluyen al mismo tiempo factores psicosociales como: autoconcepto, locus de control, autoeficacia, y apoyo familiar vinculados con las estrategias de enfrentamiento y la sintomatología depresiva que manifiestan los individuos que ya han adquirido el VIH/SIDA.

Debido a lo anterior el propósito de este trabajo es evaluar un modelo de salud, (basado en los modelos de Lazarus y Folkman, 1984 y Cervantes y Castro, 1985) que incluya los factores descritos anteriormente en hombres homo/bisexuales mexicanos. Una de las principales aportaciones de este estudio, es que este tipo de modelos no ha sido estudiado en los hombres homosexuales mexicanos, por lo que, el evaluarlo en esta población es prioritario para obtener un diagnóstico característico de ellos, que permita realizar programas de intervención y tratamiento encaminados a mejorar su calidad de vida.

Con base en lo anterior el estudio pretende conocer:

1. ¿Cómo influye el estatus de seropositividad de los hombres homo/bisexuales sobre la evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA), la personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), el apoyo familiar y la sintomatología depresiva?

2. ¿Cómo se presentan las relaciones entre la evaluación cognoscitiva del estresor, las estrategias de enfrentamiento, personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), apoyo familiar y sintomatología depresiva, en cada uno de los grupos (seronegativos, seropositivos asintomáticos, seropositivos con CRS y seropositivos con SIDA) de hombres homo/bisexuales?
3. ¿Cómo se influyen entre sí la evaluación cognoscitiva del estresor, las estrategias de enfrentamiento, la personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), el apoyo familiar y la sintomatología depresiva, dentro del modelo de salud?

7.2. Hipótesis de trabajo

1. Existen diferencias significativas entre el estatus de seropositividad y la evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA), la personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), el apoyo familiar y la sintomatología depresiva que presentan los hombres homo/bisexuales.
2. Existen relaciones significativas entre la evaluación cognoscitiva del estresor, las estrategias de enfrentamiento, personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia), apoyo familiar y sintomatología depresiva, en cada uno de los grupos (seronegativos, seropositivos asintomáticos, seropositivos con CRS y seropositivos con SIDA) de hombres homo/bisexuales
3. La evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA) se relaciona directamente con las estrategias de enfrentamiento ante la enfermedad y éstas, a su vez, mantienen una relación con la sintomatología depresiva, la cual se vincula con el estatus de seropositividad. Asimismo, la evaluación cognoscitiva, las estrategias de enfrentamiento, la sintomatología depresiva

y el estatus de seropositividad, tiene una clara relación con los factores mediadores internos (personalidad) y con los externos (apoyo familiar).

7.3 Objetivo general

Presentar un modelo de salud, que incluye el estrés que produce el VIH/SIDA, las estrategias de enfrentamiento ante la enfermedad, las características de personalidad (autoconcepto, locus de control y autoeficacia), apoyo familiar, la sintomatología depresiva y su relación con estatus de seropositividad de hombres seropositivos al VIH.

7.4 Objetivos específicos

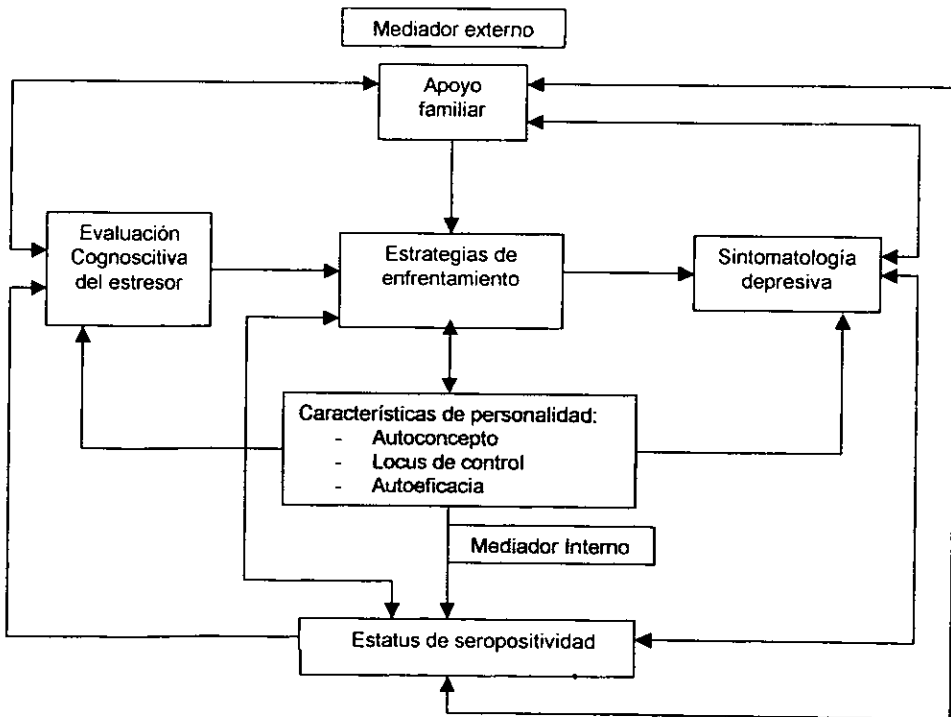
1. Describir el patrón sexual de la población blanco: hombres (con orientación homo/bisexual) seronegativos y seropositivos clasificados en asintomáticos, con Complejo Relacionado al SIDA (CRS) y en condiciones de SIDA.
2. Presentar el análisis psicométrico de las escalas destinada a medir las estrategias de enfrentamiento, las características de personalidad (autoconcepto, locus de control, autoeficacia) y sintomatología depresiva.
3. Analizar las diferencias existentes entre el estatus de seropositividad y la evaluación cognoscitiva del estrés, las estrategias de enfrentamiento, características de personalidad, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
4. Analizar la relación existente entre: evaluación cognoscitiva del estrés, estrategias de enfrentamiento, características de personalidad (autoconcepto, locus de control y autoeficacia), apoyo familiar y sintomatología depresiva en los diferentes grupos: seronegativos, seropositivos asintomáticos, seropositivos

con CRS y en condiciones de SIDA; con el fin de observar si existen cambios en las diferentes etapas de la enfermedad.

5. Analizar un modelo teórico, en la muestra de seropositivos, que incluye el estrés que produce el VIH/SIDA, las estrategias de enfrentamiento, las características de personalidad, apoyo familiar, sintomatología depresiva y su relación con el estatus de seropositividad.

Dicho modelo está basado en los modelos de salud propuestos por Lazarus y Folkman (1984) y Cervantes y Castro (1985) sobre estrategias de enfrentamiento ante el estrés (Figura 4).

Figura 4. Modelo teórico propuesto para el estudio



7.5 Metas específicas

1. Obtener instrumentos válidos y confiables que midan los siguientes factores:

- a) Escala de datos sociodemográficos y encuesta de selección (anexo 2)
- b) Escala de patrones sexuales (anexo 3)
- c) Escala de estrategias de enfrentamiento (anexo 4)
- d) Escalas de personalidad (anexos 5, 6 y 7)
- e) Escala de apoyo familiar (anexo 8)
- f) Escala de sintomatología depresiva (anexo 9)

2. Elaborar un diagnóstico de cada uno de los factores psicosociales evaluados en la población blanco, a través del estudio correlacional y del modelo teórico propuesto.

8. MÉTODO

8.1 Variables

Variables de clasificación

1. Factores Sociodemográficos
2. Patrones Sexuales

Variables Intervinientes

1. Estatus de seropositividad*
2. Evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA)
3. Estrategias de afrontamiento
4. Características de personalidad (autoconcepto, locus de control y autoeficacia)
5. Apoyo familiar
6. Sintomatología depresiva

8.2 Definición conceptual y operacional de variables

Variables de Clasificación

1. **Factores sociodemográficos:** son aquellos que describen las características sociales, económicas, etnográficas, entre otras, de los individuos y de distintos grupos poblacionales (Sánchez, 1983). En el estudio se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, nivel de estudios y ocupación (anexo 2).
2. **Patrones sexuales:** pautas de acción que las personas manifiestan en su vida sexual (Sánchez, 1983). Se tomaron en cuenta las siguientes variables (anexo 3):

* Al realizar los análisis de clasificación múltiple (a través de la prueba estadística ANOVA), el estatus de seropositividad es considerado una variable de clasificación.

- Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales.
- Si ha tenido pareja regular.
- Si en la actualidad tiene pareja regular
- Frecuencia de sus relaciones sexuales con la pareja regular.
- Tipo de relaciones sexuales que tiene con la pareja regular.
- Uso de condón con la pareja regular.
- Probabilidad de usar condón en el futuro con la pareja sexual regular.
- Si ha tenido parejas ocasionales
- Si en la actualidad tiene pareja ocasional.
- Frecuencia de sus relaciones sexuales con la pareja ocasional.
- Tipo de relaciones sexuales que tiene con la pareja regular.
- Uso de condón con la pareja ocasional.
- Probabilidad de usar condón en el futuro con la pareja sexual ocasional.

Variables Intervinientes

1. *Estatus de seropositividad:* Clasificación de los hombres homo/bisexuales de acuerdo a las siguientes categorías*.

- A. Seronegativos al VIH.
- B. Seropositivos asintomáticos con una categoría clínica de CD4 igual o mayor de 500.
- C. Seropositivos sintomáticos con una categoría clínica de CD4 entre 200 y 499, en condiciones de CRS.
- D. Seropositivos en condiciones indicadoras de SIDA, con una categoría clínica de CD4 menor de 200.

* Para agrupar a los hombres dentro de las categorías de seropositividad, también se tomó en cuenta, la carga viral, las enfermedades que han tenido y las que presentan en la actualidad. Ver anexo 1.

2. **Evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA):** nivel de estrés asignado a los estresores psicosociales (en este caso tener VIH/SIDA o la posibilidad de tenerlo), donde el estrés se define como: *“relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste, como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (Lazarus y Folkman, 1984).

Esta variable se midió a través de las siguientes preguntas:

Para seropositivos: ¿Sientes que tu situación de seropositividad al VIH/SIDA, te requiere de esfuerzos extras, para enfrentar la angustia o preocupación, que te produce la enfermedad?

Para seronegativos: ¿Sientes que la situación de seropositividad al VIH/SIDA, requiere de esfuerzos extras, para enfrentar la angustia o preocupación, que produce la enfermedad?

Las opciones de respuesta para ambas preguntas, tienen un rango de 1 a 4 (no, un poco, bastante y muchísimo).

3. **Estrategias de afrontamiento:** conjunto de esfuerzos cognoscitivos y conductuales, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus, 1984). Las estrategias se definen de la siguiente manera (anexo 4):

- A. **Dirigidas a la resolución del problema,** donde se trata de manipular al problema, o alterarlo en el entorno causante de perturbación, dentro de este afrontamiento se encuentra la escala de:

- Afrontamiento-autocontrol, en la cual se piensa en un plan de acción para resolver el problema, por ejemplo: tratado de analizar el problema para entenderlo mejor; hago un plan de acción y lo sigo, entre otros.

B. Dirigida a la regulación emocional, donde se trata de reducir la tensión causada por el problema. Dentro de esta dimensión se encuentran las siguientes escalas:

- Reevaluación positiva, donde existe una búsqueda de lo positivo del problema, por ejemplo, encontrar el lado positivo al asunto.
- Evitación escape cognoscitivo, en la cual se encuentra presente un pensamiento desiderativo, por ejemplo, desearía que la situación dejara de existir.
- Evitación escape conductual, la cual se enfoca a la reducción de la tensión, por ejemplo, hacer ejercicio, tratar de sentirse mejor bebiendo, comiendo, fumando, usando drogas.
- Distanciamiento, el cual indica un alejamiento del problema durante el cual no se hace nada ni para resolver el problema, ni para regular el estado emocional, por ejemplo, esperar a ver que pasa antes de hacer algo.
- Autoaislamiento, el cual indica el mantenerse alejado de la gente en general.

C. Mixta, la cual se orienta tanto a la regulación emocional como a la resolución del problema, la escala se denomina:

- Apoyo social, por ejemplo: hablar con alguien para saber más de la situación, aceptar la simpatía y comprensión de alguien.

La medición de las estrategias de enfrentamiento, se realizó a través de una escala intervalar con cuatro opciones de respuesta, con un rango de 1 a 4 (no, un poco, bastante y muchísimo), dicha escala, se basó en la propuesta por Lázarus y Folkman (1984) (anexo 4)

4. **Características de personalidad:** son los rasgos de personalidad que se relacionan con las conductas de riesgo o preventivas ante el VIH/SIDA, se tomaron en cuenta para el estudio:

- Autoconcepto, es la percepción que el individuo tiene de sí mismo, el cual comprende varias dimensiones: ocupacional, sentimientos interindividuales, sociabilidad expresiva, salud emocional, estados de ánimo, ocupacional, sociabilidad afiliativa y ética. (La Rosa, 1986) (anexo 5).

- Locus de Control, se refiere a que el individuo identifica las causas de su conducta como internas (pertenecientes a él) o externas (presentes en el medio ambiente), tales como la familia, los amigos, la suerte, Dios, entre otros (Rotter, 1966) (anexo 6).

- Autoeficacia: es un pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre la habilidad y su ejecución, en este sentido, no basta con que una persona posea una habilidad o un conocimiento, sino que es necesario que ella misma se sienta eficaz para ponerlos en práctica (Bandura, 1977) (anexo 7).

Las características de personalidad se midieron a través de escalas intervalares: la escala de autoconcepto tuvo siete opciones de respuesta (que se ubicaron en un continuo de 1 a 7), donde las características positivas tenían el valor más alto (7) y las características negativas el valor más bajo (1). La escala de locus de control contó con cinco opciones de respuesta, con un rango de 1 a 5 (totalmente en desacuerdo, desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo), ambas se adaptaron de las escalas propuestas por La Rosa (1986). La escala de autoeficacia contó con tres opciones de respuesta, con un rango de 1 a 3 (Nada capaz, algo capaz y muy capaz) se realizó a partir del modelo propuesto por Bandura (1977).

5. **Apoyo familiar:** La familia es un grupo natural que con el tiempo desarrolla patrones de interacción, los cuales conforman su estructura, la cual a su vez gobierna el funcionamiento de la misma (Minuchin y Fishman, 1981). La familia como recurso social es la red de apoyo con mayor peso. La red de apoyo es el conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y nuevos contactos sociales (Israel y Rounds, 1987). El apoyo familiar (anexo 8) se midió a través de una escala intervalar, los factores evaluados fueron:

- Disfuncionalidad con la pareja. Este factor tuvo cinco opciones de respuesta, con un rango de 1 a 5 (las opciones fueron: nunca, casi nunca, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre).
- Disfuncionalidad con su familiar, que considera su mejor cuidador. Este factor tuvo cinco opciones de respuesta, con un rango de 1 a 5 (las opciones fueron: nunca, casi nunca, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre).
- Satisfacción del apoyo recibido. Este factor tuvo tres opciones de respuesta, con un rango de 1 a 3 (las opciones fueron: menos de las que he querido, tantas como he querido y más de las que he querido).
- Apoyo familiar. Este factor tuvo cuatro opciones de respuesta, con un rango de 1 a 4 (las opciones fueron: no ayuda nada, ayuda poco, ayuda lo suficiente y ayuda mucho).

6. **Sintomatología depresiva:** estados emocionales, en los que se evidencia una baja de energía por consecuencia de eventos estresantes. La medición de esta variable se realizó a través de la escala intervalar, con cuatro opciones de respuesta, con un rango de 1 a 4 (las opciones fueron: ningún día o menos de un día, de uno a dos días, de tres a cuatro días y de cinco a siete días). La

escala de depresión "CES-D", se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, por Radloff (1977), y ha sido validada y confiabilizada para la población mexicana; los investigadores que han utilizado la escala en población mexicana son: Salgado (Instituto Nacional de Psiquiatría) y Maldonado (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente) en 1993. La escala comprende los siguientes factores (anexo 9):

- Actividad retardada y somatización
- Afecto negativo
- Aislamiento

8.3 Diseño

Se trata de un diseño correlacional, ya que se desea observar la relación existente entre las variables intervinientes y se analiza un modelo de correlatos.

8.4 Tipo de Estudio

Por su objetivo es un estudio correlacional, porque se establecieron relaciones entre las variables y el modelo que se establece es un modelo de correlatos. Por el lugar donde se llevó a cabo, se trata de un estudio de campo, debido a que los instrumentos de medición se aplicaron en un ambiente natural para los sujetos, además, no se tuvo un estricto control de variables. Finalmente por el tiempo, es un estudio transversal, ya que no existió un seguimiento de los sujetos participantes.

8.5 Escenario

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en Consejo Nacional de prevención y control del SIDA (CONASIDA).

8.6 Tipo de Muestreo

Se realizó un muestreo intencional por cuotas, ya que se estableció el número específico de participantes que integraron cada uno de los grupos (26 seronegativos, 23 seropositivos asintomáticos, 26 seropositivos con CRS y 25 seropositivos en condiciones de SIDA).

8.7 Sujetos

Participaron en el estudio un total de 100 hombres homo/bisexuales divididos en cuatro grupos, cuyas características de inclusión son:

26 hombres seronegativos al VIH.

23 hombres seropositivos asintomáticos con una categoría clínica de CD4 igual o mayor de 500.

26 hombres seropositivos sintomáticos con una categoría clínica de CD4 entre 200 y 499.

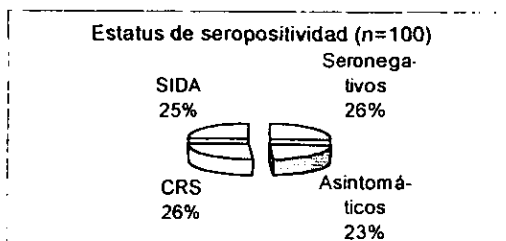
25 hombres seropositivos en condiciones indicadoras de SIDA, con una categoría clínica de CD4 menor de 200.

8.7.1 Descripción de la muestra

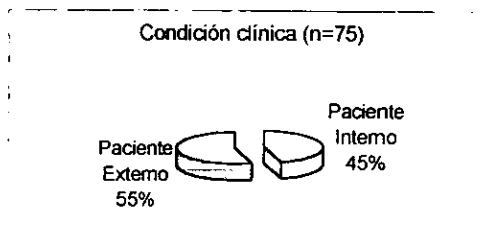
Se realizó un análisis de frecuencias a las variables incluidas en los datos sociodemográficos, los resultados indican que la muestra estuvo constituida por 26 hombres seronegativos, 23 hombres seropositivos asintomáticos, 26 hombres seropositivos sintomáticos con CRS y 25 hombres seropositivos sintomáticos en condiciones de SIDA (gráfica 1). La edad promedio de los hombres homo/bisexuales es de 31 años, con un rango de 19 a 56 años. De acuerdo con la condición clínica de los hombres seropositivos, 34 (45.3%) son pacientes internos y 41 (54.7%) son pacientes externos (gráfica 2). El 59% de los sujetos tiene una orientación homosexual y el 40% bisexual (gráfica 3).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

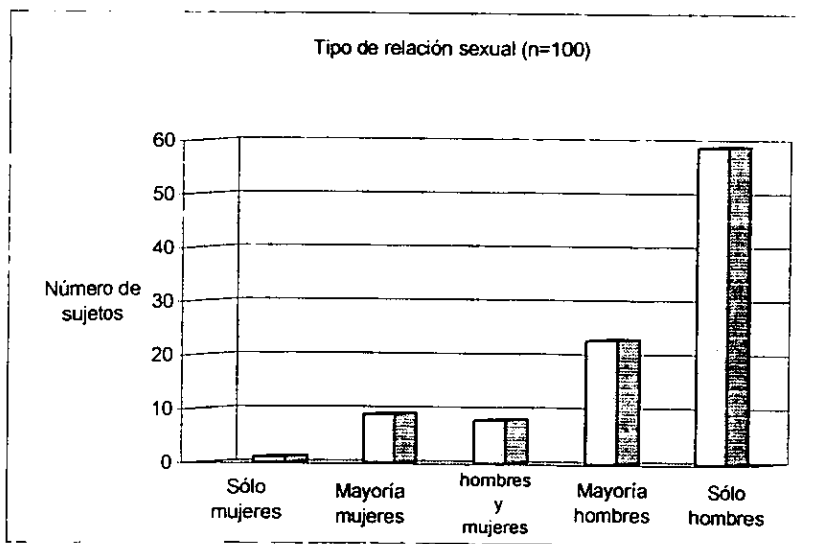
Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3



El promedio del tiempo de detección del virus en los hombres seropositivos es de 4 años, con un rango de 1 mes a 12 años. En cuanto a las enfermedades que han presentado, 24 (54.5%) mencionan pérdida de más del 10% de su peso, sudoración, fiebre y diarrea por más de un mes; y 20 (45.5%) han presentado signos neurológicos como neuroptías y mielopatías, neumonía, toxoplasmosis cerebral, candidiasis, criptococo cerebral y herpes.

En cuanto a las enfermedades que tienen en la actualidad los seropositivos sintomáticos, 23 mencionan pérdida de más del 10% de su peso, sudoración, fiebre y diarrea por más de un mes, 7 tienen neumonía y el resto (18) presenta neuropatías, mielopatías, criptoporosis, candidiasis, criptococo cerebral, sarcoma, herpes y otras.

En lo que respecta a la escolaridad, se observa que en los grupos de seronegativos y seropositivos asintomáticos, la muestra registra sujetos que se ubican en las categorías de profesionistas y con especialidad, a diferencia de los grupos con CRS y SIDA, donde la muestra registra pacientes con escolaridad de primaria y secundaria y sus porcentajes más altos se ubican en preparatoria y profesional.

Finalmente en cuanto a la ocupación, se destaca que en los cuatro grupos aparecen categorías de empleados, comerciantes y profesionales. Destacan también dentro de los grupos de seronegativos los estudiantes y dentro de los grupos con CRS y SIDA los pensionados.

8.7.2 Descripción del patrón sexual general

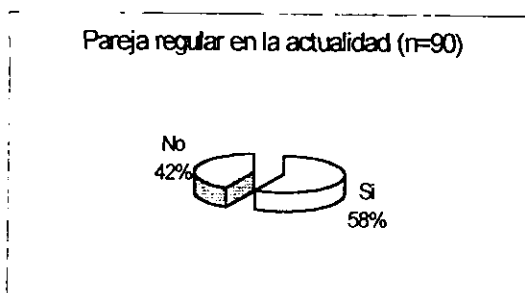
El promedio de edad del debut sexual es de 15 años, con un rango de 5 a 33 años. El 7% de la población menciona que su primera relación la tuvo con su

novio(a), el 40% con un amigo(a), el 20% con un conocido, el 17% con un pariente y el 16% con un desconocido.

1. Pareja regular

El promedio de las parejas sexuales que han tenido en su vida es de 63, con un rango de 1 a 500 parejas. El 90% menciona que ha tenido pareja regular. En la actualidad el 58% (52) tiene una pareja sexual regular y el 42% (38) no la tiene (gráfica 4).

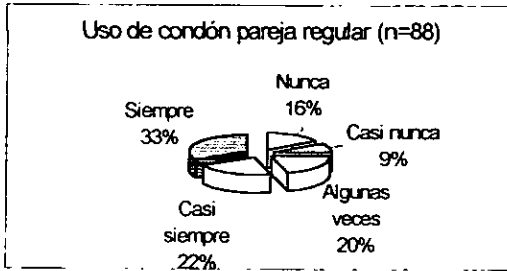
Gráfica 4



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja regular, el 72.9% (62) menciona haber tenido relaciones anales y orales, el 12.9% (11) vaginales, anales, orales y el 9.4% (8) anales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual regular, el 33%(29) lo usa siempre, el 21.6% (19) lo usa la mayoría de las veces, el 20.5% (18) lo usa algunas veces, el 9.1% (8) casi nunca lo usa y el 15.9% (14) nunca lo ha usado (gráfica 5).

Gráfica 5



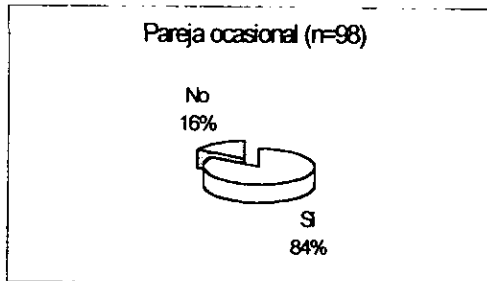
En el 68.5% (50) de los casos, tanto el paciente como su pareja, tienen la idea de usar condón. Un 27.3% (21) se ha opuesto al uso del condón y, por lo general, es la pareja quien se opone a usarlo (61.9%), indican que es por la falta de placer y sensibilidad (72.7%).

El 63.6% (56) de los hombres homo/bisexuales, menciona que es totalmente probable que en un futuro usen condón, el 21.6% (19) indica que existen muchas probabilidades, el 2.3% (2) menciona que es medianamente probable, el 8% (7) indica que es poco probable y el 4.5% (4) indica que no existen probabilidades.

2. Pareja ocasional

El 83.7 (82) reporta haber tenido parejas ocasionales (gráfica 6) y en la actualidad solo el 32.6% (30) tiene parejas ocasionales.

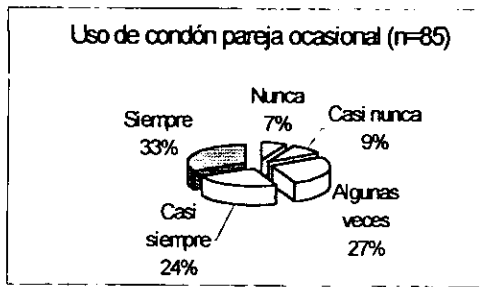
Gráfica 6



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja ocasional, el 77.4% (65) menciona haber tenido relaciones anales y orales, el 11.9% (10) vaginales, anales y orales, y el 8.3%(7) anales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual ocasional, el 33% (28) lo usa siempre, el 24% (20) casi siempre, el 27% (23) lo usa algunas veces, el 9% (8) casi nunca lo ha usado y el 7% (6) nunca lo ha usado (gráfica 7).

Gráfica 7



En el 56.3 (45) de los casos, tanto el paciente como su pareja ocasional, tienen la idea de usar condón y cuando alguien se opone al uso del condón, generalmente es la pareja ocasional (88.5% de los casos), mencionando que se debe, principalmente, a la falta de sensibilidad e irresponsabilidad.

El 70% (63) de los hombres homo/bisexuales menciona que es totalmente probable que en un futuro usen condón, el 22.2% (20) indica que existen muchas probabilidades, el 3.3% (3) menciona que es medianamente probable, otro 3.3% (3) indica que es poco probable y el 1.1% (1) indica que no existen probabilidades de que usen condón en un futuro.

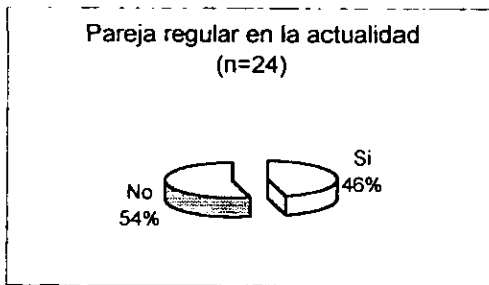
8.7.3 Descripción del patrón sexual de los hombres seronegativos

El análisis de frecuencias muestra que en promedio los hombres seronegativos han tenido 36 parejas sexuales, con un rango de 2 a 300 parejas. En cuanto a la orientación sexual, el 73.1% (19) menciona que sólo han tenido relaciones con hombres y el 26.9% (7) indica que ha tenido relaciones sexuales la mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres.

1. Pareja regular

El 73% (19) menciona que ha tenido pareja regular y en la actualidad el 45.8% (11) tiene una pareja sexual regular y el 54.2% (13) no la tiene (gráfica 8).

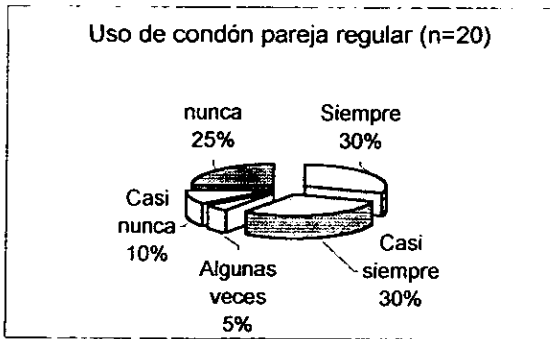
Gráfica 8



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja regular, el 73.1% (19) menciona que tiene relaciones sexuales anales y orales; y el 26.9% (7) tiene relaciones anales, orales y vaginales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual regular, el 30% (6) lo usa siempre, otro 30% (6) lo usa la mayoría de las veces, el 5% (1) lo usa algunas veces, el 10% (2) casi nunca lo ha usado y el 25% (5) nunca lo ha usado (gráfica 9).

Gráfica 9

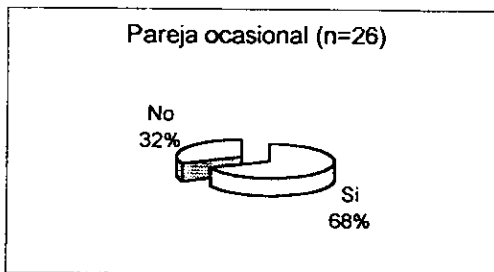


En lo que respecta a las intenciones de uso de condón en un futuro, el 48% (12), menciona que es totalmente probable, el 28% (7) indican que existen muchas probabilidades, el 16% (4) indican que es poco probable y el 8% (2) indican que no existen probabilidades.

2. Pareja ocasional

El 68% (17) reporta haber tenido parejas ocasionales (gráfica 10) y en la actualidad solo 42.9% (9) tiene parejas ocasionales.

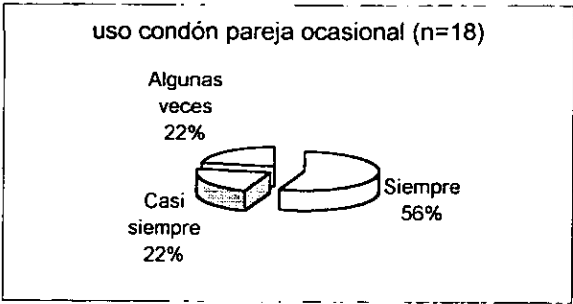
Gráfica 10



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja ocasional, el 88.9% (16) menciona haber tenido relaciones anales y orales, el 5.6% (1) vaginales, anales y orales; y el 5.6% (1) orales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual ocasional, el 55.6% (10) lo usa siempre, el 22.2% (4) casi siempre y el 22% (4) lo usan algunas veces (Gráfica 11).

Gráfica 11



El 66.7% (14) de los hombres homo/bisexuales menciona que es totalmente probable que en un futuro use condón con sus parejas ocasionales y el 33.3% (7) indica que existen muchas probabilidades.

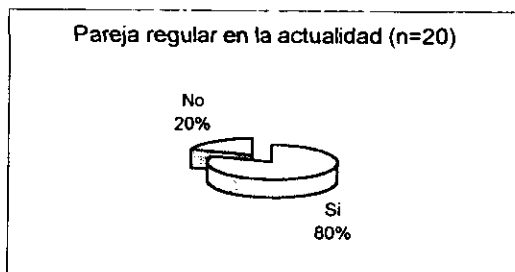
8.7.4 Descripción del patrón sexual de los hombres seropositivos asintomáticos

El promedio de las parejas sexuales que han tenido los hombres seropositivos asintomáticos es de 85, con un rango de 3 a 500 parejas. En cuanto a la orientación sexual, el 56.5% (13) menciona que sólo ha tenido relaciones con hombres, el 34.8% (8) indican que ha tenido relaciones sexuales la mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres; y el 8.7% (2) indica que ha tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

1. Pareja regular

El 91.3% (21) menciona que ha tenido pareja regular y en la actualidad el 80% (16) tiene una pareja sexual regular y el 20% (4) no la tiene (gráfica 12).

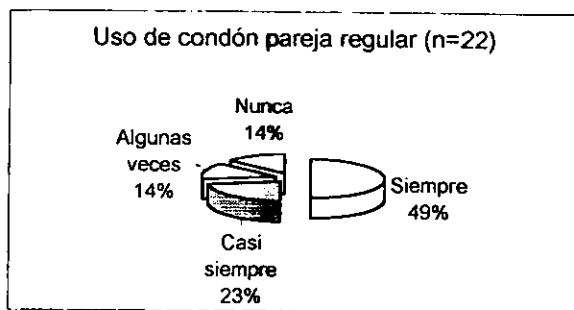
Gráfica 12



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja regular, el 59.1% (13) menciona tener relaciones anales y orales, el 27.3% (6) anales, el 4.5% (1) vaginales, anales y orales, el 4.5% (1) orales y 4.5% (1) realiza sexo seguro (masturbación mutua sin intercambio de fluidos corporales).

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual regular, el 50% (11) lo usa siempre, el 22.7% (5) lo usa la mayoría de las veces, el 13.6% (3) lo usa algunas veces y el 13.6% (3) nunca lo ha usado (gráfica 13).

Gráfica 13

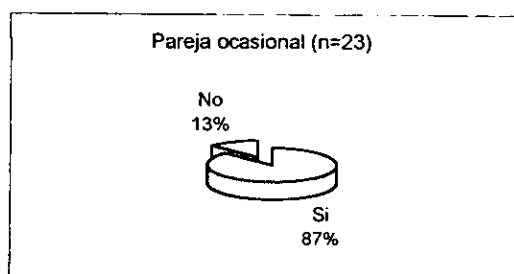


El 77.3% (17) menciona que es totalmente probable que use el condón en un futuro, el 13.6% (3) indica que existen muchas probabilidades, el 4.5% (1) indica que es medianamente probable y el 4.5% (1) indica que es poco probable.

2. Pareja ocasional

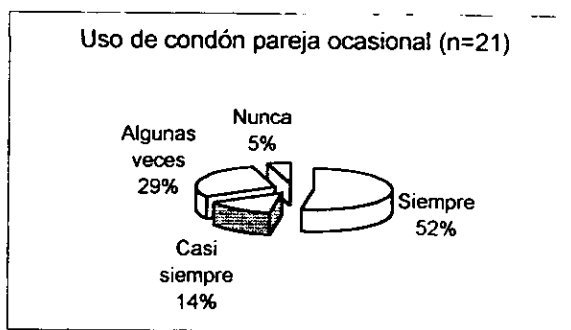
El 87% (20) reporta haber tenido parejas ocasionales (gráfica 14) y en la actualidad solo el 36.4% (8) tiene parejas ocasionales.

Gráfica 14



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja ocasional, el 81.8% (18) menciona haber tenido relaciones anales y orales, el 9.1% (2) anales; y el 9.1% (2) orales. En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual ocasional, el 52.4% (11) lo usan siempre, el 14.3% (3) casi siempre, el 28.6% (6) lo usan algunas veces y el 4.8% (1) nunca lo ha usado (Gráfica 15)

Gráfica 15



El 78.3% (18) de los hombres homo/bisexuales asintomáticos menciona que es totalmente probable que en un futuro usen condón con sus parejas ocasionales, el 18.4% (4) indica que es muy probable y el 4.3% (1) indica que es poco probable.

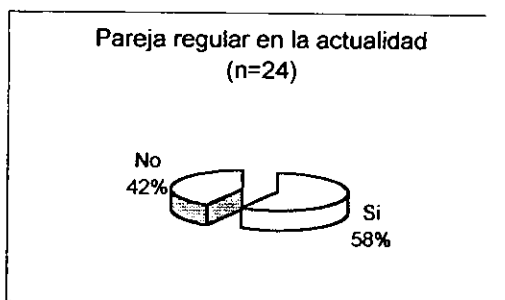
8.7.5 Descripción del patrón sexual de los hombres seropositivos con CRS

Los hombres homo/bisexuales seropositivos con CRS, tienen en promedio 56 parejas sexuales, con un rango de 5 a 500 parejas. En cuanto a la orientación sexual, el 61.5% (16) menciona que sólo ha tenido relaciones con hombres, el 15.4% (4) indica que ha tenido relaciones sexuales la mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres; el 15.4% (4) indica que ha tenido relaciones sexuales la mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres y el 7.7% (2) indica que ha tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres.

1. Pareja regular

El 92.3% (24) menciona que ha tenido pareja regular y en la actualidad el 58.3% (14) tiene una pareja sexual regular y el 41.7% (10) no la tiene (gráfica 16).

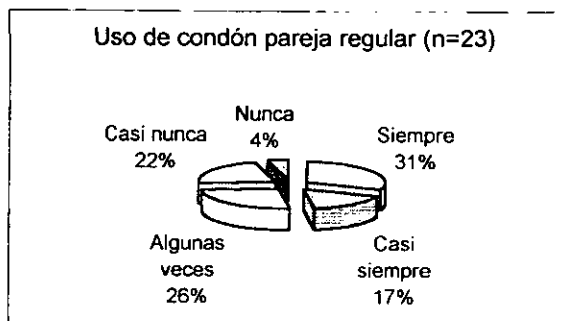
Gráfica 16



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja regular, el 87% (20) tiene relaciones anales y orales, el 4.3% (1) anales y el 8.7 (2) vaginales, anales y orales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual regular, el 28% (7) lo usa siempre, el 16% (4) lo usa la mayoría de las veces, el 32% (8) lo usa algunas veces, el 20% (5) casi nunca y el 4% (1) nunca lo ha usado (gráfica 17).

Gráfica 17

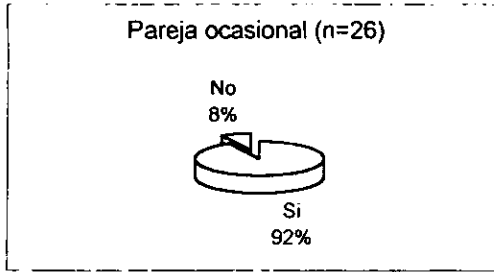


El 61.9% (13) de los hombres homo/bisexuales, menciona que es totalmente probable que en un futuro use condón, el 23.8% (5) indica que existen muchas probabilidades, el 4.8% (1) indica que es medianamente probable y el 9.5% (2) indica que es poco probable.

2. Pareja ocasional

El 92.3% (24) reporta haber tenido parejas ocasionales (gráfica 18) y en la actualidad solo el 36% (9) tiene parejas ocasionales.

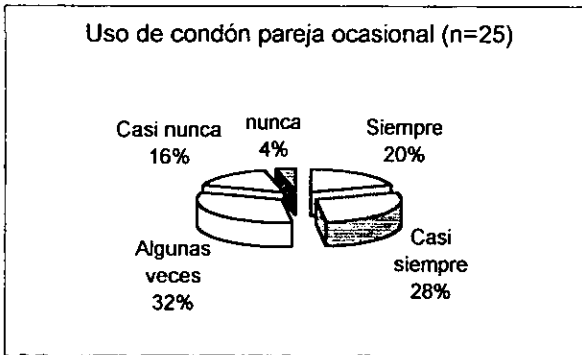
Gráfica 18



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja ocasional, el 73.9% (17) menciona haber tenido relaciones anales y orales, el 13% (3) orales y el 13% (3) vaginales, anales y orales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual ocasional, el 20%(5) lo usan siempre, el 28% (7) casi siempre, el 32% (8) lo usa algunas veces, el 16% (4) casi nunca lo usa y el 4%(1) nunca lo ha usado (Gráfica 19)

Gráfica 19



El 69.2% (18) de los hombres homo/bisexuales menciona que es totalmente probable que en un futuro use condón con sus parejas ocasionales, el 26.9% (7) indica que es muy probable y el 3.8% (1) indica que es medianamente probable.

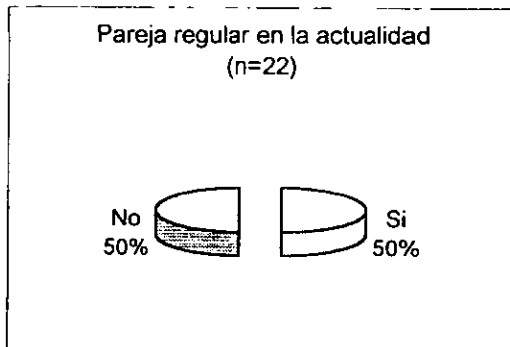
8.7.6. Descripción del patrón sexual de los hombres seropositivos con SIDA

Lo hombres seropositivos con SIDA tienen un promedio de 76 parejas sexuales, con un rango de 1 a 500 parejas. En cuanto a la orientación sexual, el 44% (11) menciona que sólo ha tenido relaciones sexuales con hombres, el 16% (4) indica que ha tenido relaciones la mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres; el 16% (4) ha tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres y el 24% (6) la mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres.

1. Pareja regular

El 92% (23) menciona que han tenido pareja regular y en la actualidad 50% (11) tiene una pareja sexual regular y 50% (11) no la tiene (gráfica 20).

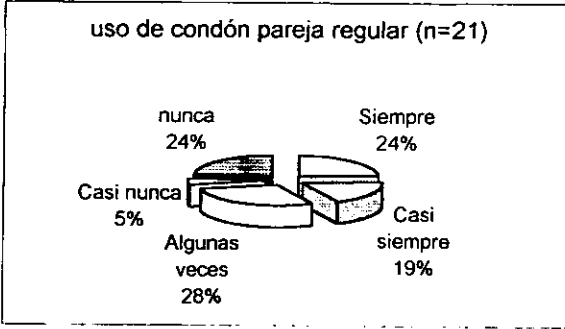
Gráfica 20



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja sexual regular, el 65% (13) menciona tener relaciones anales y orales; y el 35% (7) tiene vaginales, anales y orales. En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual regular, el 23.8% (5) lo usa siempre, el 19% (4) lo usa la mayoría de las veces, el 28.6% (6) lo usa

algunas veces, el 4.8% (1) casi nunca y el 23.8% (5) nunca lo ha usado (gráfica 21).

Gráfica 21

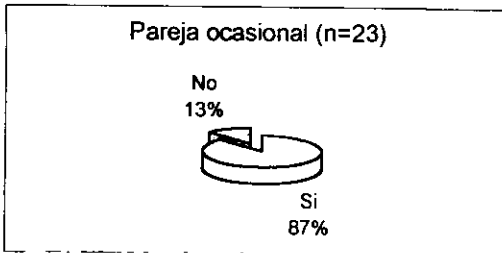


El 70% (14) de los hombres homo/bisexuales, menciona que es totalmente probable que un futuro use condón, el 20% (4) indica que existen muchas probabilidades y el 10% (2) indica que no existe probabilidades.

2. Pareja ocasional

El 87.5% (21) reporta haber tenido parejas ocasionales (gráfica 22) y en la actualidad solo 16% (4) tiene parejas ocasionales.

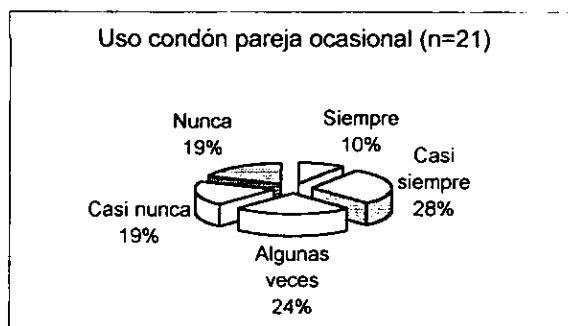
Gráfica 22



En cuanto al tipo de relación sexual con su pareja ocasional, el 66.7% (14) menciona tener relaciones anales y orales, el 4.8% (1) orales; y el 28.6% (6) vaginales, anales y orales.

En lo que respecta al uso de condón con la pareja sexual ocasional, el 9.5% (2) lo usan siempre, el 28.6% (6) casi siempre, el 23.8% (5) lo usan algunas veces, el 19% (4) casi nunca y el 19% (4) nunca lo ha usado (Gráfica 23)

Gráfica 23



El 65% (13) de los hombres homo/bisexuales menciona que es totalmente probable que en un futuro usen condón con sus parejas ocasionales, el 10% (2) indica que es muy probable, el 10% (2) indica que es medianamente probable, otro 10% (2) menciona que es poco probable y 5% (1) indica que no existen posibilidades de que use condón en el futuro.

8.7.7 Diferencias significativas entre el estatus de seropositividad y el uso del condón

Se realizó un Análisis de Clasificación Múltiple, a través de la prueba estadística ANOVA (de una sola vía), para observar las diferencias significativas entre el estatus de seropositividad y el uso de condón.

La tabla 1 indica que únicamente existen diferencias significativas ($F=6.729$, $p=.000$) en el uso del condón con la pareja ocasional, la prueba *Scheffé* indica que el grupo de seronegativos es el que produce tales diferencias, debido a que es el grupo que con más frecuencia usa el condón con la pareja ocasional ($M=4.33$) a diferencia del los hombres seropositivos asintomáticos ($M=4.19$), los que tienen CRS ($M=3.44$) y los que tienen SIDA ($M=2.90$), siendo éstos últimos los que sólo algunas veces o casi nunca usaron condón con sus parejas ocasionales.

Tabla 1 Análisis de Clasificación Múltiple del estatus de seropositividad y el uso del condón

VARIABLES	F	S	PROMEDIOS OBTENIDOS EN LOS DIFERENTES ESTATUS DE SEROPOSITIVIDAD			
			Seronegativos	Asintomáticos	CRS	SIDA
Uso de condón pareja regular	1.305	.278	3.30	3.95	3.44	3.14
Uso de condón pareja ocasional	6.729	.000	4.33	4.19	3.44	2.90

8.8 Instrumentos

Se utilizaron las siguientes escalas de medición:

1. Escala de datos sociodemográficos y encuesta de selección (anexo 2). Se construyó para tener información sobre: edad, escolaridad, ocupación y los criterios de inclusión al estudio.
2. Escala de patrones sexuales (anexo 3). Se construyó para tener información sobre los comportamientos sexuales de los hombres homo/bisexuales.

3. Escala de estrategias de enfrentamiento (anexo 4). Se construyó a partir del modelo que presenta Lazarus (1984) sobre estrategias de enfrentamiento; considerando las tres dimensiones: dirigidas a la resolución del problema, dirigidas a la regulación emocional y estrategias mixtas.

4. Escala de autoconcepto (anexo 5). Se utilizó la escala de autoconcepto de La Rosa (1986), validada y confiabilizada en estudiantes universitarios. La escala original contiene 9 dimensiones (sociabilidad afiliativa, estados de ánimo, sociabilidad expresiva, sentimientos interindividuales, ocupacional, salud emocional, ética, iniciativa y accesibilidad). Para efectos de este estudio, únicamente se utilizaron las primeras siete dimensiones.

5. Escala de locus de control (ante el uso y obtención de condón, sexo seguro, salud, servicios médicos y medicamentos) (anexo 6). Su construcción se basó en la escala de locus de control de La Rosa (1986).

6. Escala de autoeficacia (anexo 7). Se construyó a partir del modelo de autoeficacia propuesto por Bandura (1977) y únicamente se elaboraron reactivos que miden autoeficacia general (percepción de autoeficacia) ante las medidas preventivas, ante la salud y para conseguir servicios médicos y medicamentos.

7. Escala de apoyo familiar (anexo 8). Se utilizó la escala de redes de apoyo elaborada por Hoppe (1995) . Dicha escala está confiabilizada y validada en hombres latinos, homosexuales y seropositivos que viven en Estados Unidos y mide la estructura de la red, el funcionamiento de la red (apoyo informativo,

emocional, instrumental) y la satisfacción con la red de apoyo. En este estudio únicamente se consideraron los reactivos que pertenecen a la dimensión de funcionamiento de la red y la satisfacción de apoyo recibido.

8. Escala de sintomatología depresiva (anexo 9). Se utilizó la escala de Radloff (1977), denominada "CES-D", se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y ha sido validada y confiabilizada para la población mexicana por Salgado y Maldonado (1993). Dicha escala contiene 20 reactivos que corresponden a cuatro dimensiones: afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización.

8.8.1 Análisis psicométrico de los instrumentos

A. Escala de Estrategias de Enfrentamiento

Discriminación de reactivos

Se realizó una prueba T de *Student* para grupos independientes*, los resultados indican que todos los reactivos discriminaron, ya que las probabilidades de cada uno fueron menores a .05. (anexo 10)

* Para discriminar los reactivos de cada una de las escalas, se siguió el siguiente procedimiento: con las respuestas de la población total, se sumaron los reactivos (de cada escala por separado) y se obtuvieron los valores totales de cada instrumento. A través del análisis de frecuencias, se obtuvieron los cuartiles de los valores totales y se recodificaron en dos grupos: el grupo 1 fue el 25% más bajo y el grupo 2 fue el 25% más alto. Una vez recodificados se procedió a realizar la prueba T, comparando cada reactivo del instrumento, con el grupo 1 y con el grupo 2.

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 28 reactivos quedaron 27, divididos en cinco factores con valores propios superiores a uno, que explican el 68.20% de varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (tabla 2):

1. **Reevaluación positiva (13 reactivos):** indica que la manera en que los hombres homo/bisexuales enfrentan el VIH/SIDA, es buscando lo positivo del problema, inspirándose en hacer algo creativo, creciendo como persona en sentido positivo, dejando que los sentimientos salgan de manera positiva, saliendo de la experiencia mucho mejor que cuando se entró, descubriendo lo que es importante en la vida, encontrando fe en algo nuevo, luchando por lo que se quiere, siendo optimista y teniendo esperanza en la vida (*alpha*=.93).
2. **Apoyo profesional (4 reactivos):** indica que enfrentan a la enfermedad buscando información sobre el problema, consiguiendo ayuda profesional, hablando con otra gente que pueda saber más acerca de la situación y con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema (*alpha*=.82)
3. **Autocontrol (5 reactivos):** indica el control que se tiene sobre el problema, a través de: seguir planes de acción, buscar alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar (*alpha*=.94).
4. **Apoyo social (3 reactivos):** indica que se enfrenta el problema a través de: la búsqueda de confidentes y de grupos de autoapoyo; y participando en movimientos pro-derechos de los enfermos con VIH/SIDA (*alpha*=.78).

5. Resignación (2 reactivos): indica que enfrentan el VIH/SIDA resignándose a la enfermedad y preparándose para morir ($r=.53$).

Tabla 2. Análisis Factorial de la escala de estrategias de Enfrentamiento

FACTORES				PESO FACTORIAL
1. Reevaluación positiva	rango 1-4	M=3.25	alpha=.93	
Buscar lo positivo del problema				.633
Ser optimista para seguir adelante				.862
Continuar con mi vida normal				.798
Inspirarme para hacer algo creativo				.493
Cambiar o crecer como persona en sentido positivo				.661
Dejar que mis sentimientos salgan de alguna manera positiva				.611
Responsabilizarme de mis actos				.604
Salir de la experiencia mucho mejor que cuando entré				.607
Tener esperanza en la vida				.752
Encontrar fe en algo nuevo				.518
Descubrir lo que es importante en la vida				.609
Mantenerme firme y luchar por lo que quiero				.741
Hacer algo, esforzarme doblemente para que las cosas funcionen				.490
2. Apoyo profesional	rango 1-4	M=3.36	alpha=.82	
Buscar información sobre el problema				.531
Conseguir ayuda profesional				.651
Hablar con otra gente para saber más acerca de la situación				.522
Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema				.763
3. Autocontrol	rango 1-4	M=3.11	alpha=.94	
Hacer un plan de acción y seguirlo				.437
Buscar nuevas alternativas de curación				.570
Evitar situaciones estresantes				.680
Hacer algún tipo de ejercicio				.664
Meditar				.704
4. Apoyo social	rango 1-4	M=2.68	alpha=.78	
Buscar alguien a quien confiarte mi problema				.540
Buscar grupos de autoapoyo				.759
Participar en movimientos pro-derechos de los enfermos con VIH/SIDA				.836
5. Resignación	rango 1-4	M=2.74	r=.53	
Prepararme para morir				.752
Resignarme a la enfermedad				.810

B. Escalas de personalidad

1. Autoconcepto

Discriminación de reactivos

Se realizó una prueba T de *Student* para grupos independientes, eliminándose 4 reactivos, ya que su probabilidad fue mayor a .05 (anexo 11).

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 30 reactivos, quedaron 27, divididos en siete factores con valores propios superiores a uno, que explican el 75.31% de varianza total de la prueba.

Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (Tabla 3):

1. Sentimientos Interindividuales (5 reactivos): hace referencia a los aspectos afectivos del individuo ante los demás como: amoroso-odioso, afectuoso-seco, cariñoso-frío, romántico-indiferente y sentimental-insensible (*alpha*= .89).

2. Sociabilidad expresiva (5 reactivos): hace referencia a aquellas características que permiten expresar o reservar sentimientos o ideas como: extrovertido-introvertido, comunicativo-callado, desenvuelto-tímido, desinhibido-inhibido y expresivo-reservado ($\alpha = .86$).
3. Estados de ánimo (4 reactivos): señala aquellos estados emocionales que se presentan dependiendo de la situación que se vive en un momento determinado como: feliz-triste, jovial-amargado, contento-deprimido y alegre-melancólico ($\alpha = .91$).
4. Salud emocional (3 reactivos): se caracteriza por la forma en que los individuos perciben su estado interno ante la solución de problemas del medio ambiente. Se representa a través de emociones positivas o negativas para la salud mental como: pasivo-agresivo, impulsivo-reflexivo y sereno-ansioso ($\alpha = .76$).
5. Ética (4 reactivos): señala los valores positivos o negativos que se adquieren a través de la cultura y del proceso de socialización como: leal-desleal, honesto-deshonesto, sincero-mentiroso y falso-verdadero ($\alpha = .75$).
6. Sociabilidad afiliativa (3 reactivos): hace referencia a aquellas características de personalidad positivas o negativas que se dan dentro de un grupo social como: educado-malcriado, cortés-descortés y atento-desatento ($\alpha = .84$).
7. Ocupacional (3 reactivos): señala aquellas características de personalidad que están presentes en el contexto profesional o de trabajo como: capaz-incapaz, responsable-irresponsable y eficiente-ineficiente ($\alpha = .86$).

Tabla 3. Análisis Factorial de la escala de Autoconcepto

FACTORES				PESO FACTORIAL
1. Sentimientos interindividuales	rango 7-1	M=5.87	alpha=.89	
Amoroso – Odioso				.825
Afectuoso – Seco				.807
Cariñoso – Frio				.830
Romántico – Indiferente				.757
Sentimental – Insensible				.704
2. Sociabilidad expresiva	rango 7-1	M=3.97	alpha = .86	
Extrovertido - Introvertido				.758
Comunicativo- Callado				.862
Desenvuelto - Timido				.846
Desinhibido - Inhibido				.746
Expresivo - Reservado				.681
3. Estados de ánimo	rango 7-1	M=4.67	alpha = .87	
Feliz - Triste				.501
Jovial – Amargado				.746
Contento – Deprimido				.790
Alegre – Melancólico				.743
4. Salud emocional	rango 7-1	M =3.97	alpha = .76	
Pasivo - Agresivo				.731
Reflexivo –Impulsivo				.840
Sereno – Ansioso				.754
5. Etica	rango 7-1	M=6.06	alpha = .75	
Leal – Desleal				.841
Honesto – Deshonesto				.695
Sincero – Mentiroso				.432
Verdadero - Falso				.854
6. Sociabilidad afiliativa	rango 7-1	M=5.92	alpha=.84	
Educado – Malcriado				.647
Cortés – Descortés				.856
Atento – Desatento				.837
7. Ocupacional	rango 7-1	M=6.16	alpha = .86	
Capaz – Incapaz				.687
Responsable- Irresponsable				.774
Eficiente – Ineficiente				.798

2. Locus de control

Discriminación de reactivos

Se realizó una prueba T de *Student* para grupos independientes, eliminándose 25 reactivos, ya que su probabilidad fue mayor a .05 (anexo 12).

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 50 reactivos, quedaron 31, divididos en cinco factores con valores propios superiores a uno, que explican el 70.34% de varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (Tabla 4):

1. Fatalismo/suerte ante las medidas preventivas (16 reactivos): indica que usar condones, tener sexo seguro, obtener servicios médicos y medicamentos, es cuestión suerte, del destino y de caerle bien a la gente (*alpha* = .95).
2. Fatalismo/suerte ante la salud (6 reactivos): indica que la salud o el estar enfermo depende de la suerte, del destino, de otros y de Dios (*alpha* = .89).
3. Control de la familia ante la salud (5 reactivos): Indica que el llevar a cabo medidas preventivas (como tener sexo seguro y conseguir medicamentos) y tener salud depende de su familia y de quienes le rodean (*alpha* = .84).
4. Control el gobierno ante los problemas de salud (3 reactivos): indica que el problema de la salud, el de obtener medicamentos y servicios médicos depende del gobierno (*alpha* = .82)
5. Control de la familia ante la obtención de servicios médicos (2 reactivos): indica que depende de la familia y de otros, el conseguir servicios médicos (*r* = .55)

Tabla 4. Análisis Factorial de la escala de Locus de Control

FACTORES	PESO FACTORIAL
1. Fatalismo/suerte ante las medidas preventivas rango = 1-5 M=1.97 alpha=.95	
El que yo use condones es cuestión de suerte	.798
Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte	.746
Puedo conseguir medicamentos si soy simpático	.481
Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino	.756
Cuando logro tener medicamentos es porque he tenido suerte	.744
El que yo use condones depende de mi pareja sexual	.596
Cuando logro tener condones es porque he tenido suerte	.658
Puedo tener medicamentos si le caigo bien a la gente	.442
Que yo tenga sexo seguro es cosa del destino	.695
El tener acceso a servicios médicos es cuestión de suerte	.662
Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno	.425
El que yo obtenga medicamentos es cuestión de suerte	.643
Que yo obtenga suficientes servicios médicos es cosa del destino	.681
Cuando logro tener servicios médicos es porque tengo suerte	.445
Puedo obtener servicios médicos si le caigo bien a la gente	.458
2. Fatalismo/suerte ante la salud rango = 1-5 M=2.20 alpha=.89	
Puedo mejorar mi salud si tengo suerte	.749
Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino	.703
Puedo tener salud si soy simpático	.625
Cuando logro tener salud es porque he tenido suerte	.730
El que yo consiga medicamentos depende de otros	.665
El que yo me enferme dependerá de Dios	.736
3. Control de la familia ante la salud rango = 1-5 M=2.42 alpha=.84	
El que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia	.808
El que yo consiga medicamentos depende de los consejos de mi familia	.507
El que yo consiga medicamentos depende de la información que me proporcione mi familia	.779
Mi salud depende del bienestar familiar	.553
Mi salud depende de aquellos que me rodean	.755
4. Control del gobierno ante los problemas de salud rango = 1-5 M=2.46 alpha=.82	
El problema de salud está en manos del gobierno	.663
El problema de los servicios médicos está en manos del gobierno	.813
El problema de los medicamentos está en manos del gobierno	.824
5. Control de la familia ante la obtención de servicios médicos rango = 1-5 M=2.42 r=.55	
El que yo consiga servicios médicos depende de los consejos de mi familia	.739
El que yo consiga servicios médicos depende de otros	.497

3. Autoeficacia

Discriminación de reactivos

Se realizó una prueba T de *Student* para grupos independientes, en esta escala todos los reactivos discriminaron, teniendo una probabilidad menor a .05 (anexo 13).

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 11 reactivos, quedaron todos los reactivos, divididos en tres factores con valores propios superiores a uno, que explican el 77.19% de varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (Tabla 5):

1. Autoeficacia para uso de condón y sexo seguro (6 reactivos): indica que tan capaces se sienten para usar condón y tener sexo seguro en todas sus relaciones sexuales, tanto con parejas regulares como ocasionales (*alpha*= .90).
2. Autoeficacia ante la salud (3 reactivos): indica que tan capaces se sienten para mantener su salud física mental y emocional (*alpha*= .86).
3. Autoeficacia para conseguir servicios médicos y medicamentos (2 reactivos): indica que tan capaces se sienten para conseguir servicios médicos y medicamentos, cada vez que los necesitan (*r*= .90).

Tabla 5. Análisis Factorial de la escala de Autoeficacia

FACTORES	PESO FACTORIAL
1. Autoeficacia ante las medidas preventivas rango 1-3 M=2.65 alpha=.90	
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre el condón en forma correcta durante las relaciones sexuales	.866
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre el condón en forma correcta con tu pareja sexual regular	.804
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre el condón en forma correcta con tu pareja sexual ocasional	.755
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro	.814
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual regular	.803
Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual ocasional	.841
2. Autoeficacia ante la salud rango 1-3 M=2.50 alpha=.86	
Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud	.902
Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud física	.904
Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud mental	.687
3. Autoeficacia para conseguir servicios médicos y medicamentos rango 1-3 M=2.72 r=.82	
Qué tan capaz te sientes de conseguir servicios médicos cada vez que los necesitas	.969
Qué tan capaz te sientes de conseguir medicamentos cada vez que los necesitas	.950

C. Escala de apoyo familiar

Discriminación de reactivos

Se realizó una prueba T de *Student* para grupos independientes, en este caso todos los reactivos discriminaron, ya que su probabilidad fue mayor a .05 (anexo 14).

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 24 reactivos, quedaron 13, divididos en cuatro factores con valores propios superiores a uno, que explican el 79.89% de varianza total de la prueba. Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (Tabla 6):

1. Disfuncionalidad con la pareja (4 reactivos): hace referencia al mal funcionamiento de la relación de pareja, ya que siente que su pareja lo critica, le pide demasiado, lo hace sentir enojado y culpable (*alpha* = .74).
2. Disfuncionalidad con el familiar que considera su mejor cuidador (3 reactivos): hace referencia al mal funcionamiento de la relación que lleva con su familiar que es su mejor cuidador, ya que siente que le pide demasiado, lo hace sentir enojado y culpable (*alpha* = .73).
3. Satisfacción del apoyo recibido (3 reactivos): hace referencia a la percepción del grado de apoyo que ha recibido en el último mes, en cuanto a las oportunidades que ha tenido de hablar con alguien acerca de sus preocupaciones, cosas personales y privadas, así como de la ayuda recibida en general (*alpha* = .75).
4. Apoyo familiar (3 reactivos): indica la percepción que tiene sobre el grado de ayuda que le brinda su hermano, su mamá y su papá (*alpha* = .71).

Tabla 6. Análisis factorial de la escala de Apoyo Familiar

FACTORES	PESOS FACTORIALES
1. Disfuncionalidad con la pareja rango = 1-5 M = 2.42 alpha = .74	
Tu pareja te critica lo que haces	.857
Tu pareja te pide demasiado	.850
Tu pareja te ha hecho sentir enojado	.944
Tu pareja te ha hecho sentir culpable	.689
2. Disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) rango=1-5 M=2.10 alpha = .73	
Tu familiar te pide demasiado	.843
Tu familiar te ha hecho sentir enojado	.965
Tu familiar te ha hecho sentir culpable	.980
3. Satisfacción del apoyo recibido rango = 1-3 M=1.93 alpha = .75	
Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones relacionadas al VIH/SIDA, han sido:	.879
Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus cosas personales y privadas, han sido:	.865
Durante el último mes la ayuda que has recibido ha sido:	.879
4. Apoyo familiar rango = 1-4 M=3.40 alpha = .71	
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu hermano cuando lo necesitas?	.635
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu madre cuando la necesitas?	.967
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu padre cuando lo necesitas?	.941

D. Escala de sintomatología depresiva

Discriminación de reactivos

Se realizó un análisis de frecuencias y una prueba T de *Student* para grupos independientes, eliminándose 2 reactivos, ya que su probabilidad fue mayor a .05 (anexo 15).

Análisis factorial y *alpha* de Cronbach

La escala se validó a través del análisis factorial con rotación varimax, debido a que la mayoría de las correlaciones entre los reactivos fueron menores a .50. Del instrumento original constituido por 20 reactivos, quedaron 19, divididos en tres factores con valores propios superiores a uno, que explican el 63.63% de varianza total de la prueba.

Los reactivos de cada factor tienen un peso factorial igual o mayor a .40. Asimismo, cada factor se sometió a un análisis de consistencia interna para obtener su confiabilidad, a través de la prueba estadística *alpha* de Cronbach. Los factores quedaron definidos de la siguiente manera (tabla 7):

1. Actividad retardada y somatización (9 reactivos). Indica la presencia de sintomatología depresiva como: sentir que todo lo que se hace es un esfuerzo, tener problemas de atención, sueño inquieto, no tener ganas de hacer nada, hablar menos de lo usual y pasar ratos llorando (*alpha* = .90).
2. Afecto negativo (7 reactivos). Indica la presencia de estados de ánimo depresivos como: tristeza, depresión, poco optimismo, no estar contento y no disfrutar de la vida (*alpha* = .87).
3. Aislamiento (3 reactivos). Indica problemas de relaciones interpersonales como: sentirse solo, no caerle bien a la gente y sentir que la gente no es amigable (*alpha* = .60).

Tabla 7. Análisis Factorial de la escala de Sintomatología Depresiva

FACTORES	PESO FACTORIAL
1. Actividad retardada y somatización	
rango 1-4 M=1.86 alpha=.90	
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	.731
No me sentia con ganas de comer, tenia mal apetito	.707
Tenia dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	.578
Sentia que todo lo que hacia era un esfuerzo	.796
Me sentí con miedo	.644
Mi sueño era inquieto	.816
Hablé menos de lo usual	.637
Pasé ratos llorando	.752
No tenía ganas de hacer nada	.531
2. Afecto negativo	
rango=1-4 M=1.95 alpha=.87	
Sentia que no podía quitarme de encima la tristeza	.456
Me sentia deprimido	.571
No me sentia optimista sobre el futuro	.638
Pensé que mi vida era un fracaso	.461
No estaba contento	.783
No disfruté de la vida	.798
Me sentia triste	.537
3. Aislamiento	
rango = 1-4 M=1.73 alpha=.60	
Me sentí solo	.496
Sentí que la gente no era amigable	.863
Sentí que no le caía bien a la gente	.560

8.9 Procedimiento

Se realizó una entrevista con cada paciente (con previa autorización de su parte; la entrevista podía ser interrumpida si ellos así lo deseaban), de aproximadamente dos horas, en los diferentes escenarios.

Durante la entrevista se aplicaron las escalas mencionadas anteriormente. Con los pacientes internos, el entrevistador leyó los reactivos de cada escala y el paciente respondía verbalmente, con los pacientes externos y seronegativos, las escalas se autoadministraron.

Al inicio de la entrevista, a cada paciente se le mencionó lo siguiente: "Se está realizando un estudio en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuyo objetivo es observar las formas en que se maneja el estrés causado por la enfermedad del VIH/SIDA y la forma en que se relaciona con otros factores psicosociales. Los resultados permitirán desarrollar programas terapéuticos para personas seropositivas. Es importante mencionar que los datos serán manejados confidencialmente y únicamente para fines estadísticos".

Una vez que se explicó el objetivo, se procedió a aplicar cada una de las escalas y al finalizar la entrevista, se les dio el teléfono donde podían obtener mayor información sobre el estudio y se les dieron las gracias por su participación.

9. RESULTADOS

9.1 Análisis de Clasificación Múltiple

Para observar las diferencias entre el estatus de seropositividad y las variables intervinientes (estrategias de enfrentamiento, autoconcepto, locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva) se realizaron series de análisis de clasificación múltiple de una vía y la prueba *post hoc* Scheffé para obtener los grupos que producen las diferencias.

A continuación se presentan las diferencias estadísticamente significativas encontradas en cada una de las escalas (Tabla 8).

1. Escala de estrategias de enfrentamiento

- A. Evaluación del estrés ($F=10.185$, $p=.000$), el grupo de seropositivos asintomáticos produce las diferencias, ya que indican que requieren de menos esfuerzos para enfrentar la enfermedad del VIH/SIDA ($M=2.43$), en comparación con los seropositivos con CRS ($M= 3.38$), los seronegativos ($M=3.48$) y los enfermos con SIDA ($M=3.81$), quienes manifiestan que requieren de mayores esfuerzos para enfrentar la angustia que les produce la enfermedad.
- B. Apoyo social ($F=2.672$, $p=.052$), la prueba *Scheffé* no indica diferencias entre los grupos, sin embargo, los hombres seronegativos ($M=3.01$) son los que buscan mayor apoyo social en comparación con los asintomáticos ($M=2.65$), los que tienen CRS ($M=2.70$) y los enfermos con SIDA ($M=2.31$), quienes en

menor medida buscan a alguien a quien confiarle su problema o grupos de autoapoyo y tienen poca participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA.

C. Resignación ($F=4.442$, $p=.006$), el grupo que tiene SIDA produce las diferencias, ya que es el que más se resigna a la enfermedad y se prepara para morir ($M=3.27$), en comparación con el grupo que tiene CRS ($M=2.80$), los seronegativos ($M=2.50$) y los seropositivos asintomáticos ($M=2.42$), éstos últimos reportan que están poco preparados para morir y manifiestan menor resignación ante la enfermedad.

2. Escala de autoconcepto

A. Sociabilidad expresiva ($F=3.313$, $p=.023$), la prueba *Scheffé* indica que los grupos de seronegativos y con SIDA producen las diferencias, de esta manera, los hombres seronegativos ($M=4.45$) son los más extrovertidos, desinhibidos, expresivos, comunicativos y desenvueltos, seguidos de los seropositivos asintomáticos ($M=4.30$), los que presentan CRS ($M=3.86$) y por último los enfermos con SIDA ($M=3.25$), quienes manifiestan ser más tímidos, inhibidos, reservados, callados e introvertidos.

3. Escala de locus de control

A. Fatalismo/suerte ante las medidas preventivas ($F=14.226$, $p=.000$), los grupos de seronegativos ($M=1.50$) y de seropositivos asintomáticos ($M=1.60$) producen las diferencias, al considerarse menos fatalistas ante las medidas preventivas para evitar el VIH/SIDA, en comparación con los grupos que tienen CRS ($M=2.31$) y SIDA ($M=2.57$), quienes consideran que el obtener

medicamentos, acceso a los servicios médicos, usar condón y tener sexo seguro, es cuestión de suerte, del destino, de caer bien a los demás o de Dios.

- B. Fatalismo suerte ante la salud ($F=12.458$, $p=.000$), los hombres asintomáticos ($M=1.65$) y los seronegativos ($M=1.78$) producen las diferencias, al ser los menos fatalistas ante la salud, en comparación con los grupos que tienen CRS ($M=2.47$) y SIDA ($M=2.76$), quienes consideran, en mayor medida, que su salud depende de otros, es cosa del destino, la suerte o de Dios.
- C. Control de la familia ante la salud ($F=6.957$, $p=.000$), la prueba *Scheffé* indica que los grupos de asintomáticos y con SIDA producen las diferencias, de esta manera, los hombres seropositivos asintomáticos ($M=1.88$) manifiestan menor control de la familia ante su salud en comparación con los hombres que tienen CRS ($M=2.43$), los seronegativos ($M=2.38$) y los que tienen SIDA ($M=2.97$), quienes indican mayor control por parte de su familia para conseguir medicamentos, tener sexo seguro y salud.
- D. Control del gobierno ante la salud ($F=4.181$, $p=.008$), la prueba *Scheffé* indica que los grupos de asintomáticos y con SIDA producen las diferencias. Los enfermos con SIDA indican que el gobierno tiene mas control sobre los problemas de salud ($M=2.95$), a diferencia de los seropositivos que tienen CRS ($M=2.57$), de los seronegativos ($M=2.22$) y de los asintomáticos ($M=2.22$), quienes perciben menor control del gobierno.
- E. Control de la familia ante la obtención de servicios médicos ($F=4.999$, $p=.003$), la prueba *Scheffé* indica que los grupos de seronegativos y con SIDA, producen las diferencias. Los enfermos con SIDA ($M=2.97$) indican mayor control por parte de su familia para obtener servicios médicos en comparación con los grupos que tienen CRS ($M=2.40$), los asintomáticos ($M=2.29$) y seronegativos ($M=2.04$), quienes manifiestan menor control por parte de la familia.

4. Escala de autoeficacia

A. Autoeficacia ante medidas preventivas ($F=6.502$, $p=.001$), los hombres que tienen SIDA ($M=2.31$), producen las diferencias al percibirse menos eficaces para usar condón y tener sexo seguro en sus relaciones sexuales, en comparación con los hombres que tienen CRS ($M=2.65$), los asintomáticos ($M=2.75$) y los seronegativos ($M=2.88$), siendo éstos últimos lo que se consideran más eficaces.

5. Escala de apoyo familiar

A. Disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) ($F=3.027$, $p=.036$), la prueba *Scheffé* no muestra diferencias entre los grupos, sin embargo, los hombres asintomáticos ($M=1.66$) y con SIDA ($M=1.91$), perciben menor disfuncionalidad con su familiar que consideran su mejor cuidador, en comparación con los hombres que tienen CRS ($M=2.43$) y los seronegativos ($M=2.24$).

6. Escala de sintomatología depresiva

A. Actividad retardada y somatización ($F=5.986$, $p=.001$), la prueba *Scheffé* indica que los grupos de seronegativos y con SIDA producen las diferencias. Los enfermos con SIDA ($M=2.35$) son los que muestran mayor actividad retardada y somatización, es decir, tienen mal apetito, todo lo que hacen lo consideran un esfuerzo, su sueño es inquieto, hablan menos de lo usual, pasan ratos llorando, no tienen ganas de hacer nada, se sienten con miedo, a diferencia de los grupos que tienen CRS ($M=1.92$), los asintomáticos ($M=1.67$) y seronegativos ($M=1.43$), siendo éstos últimos los que indican tener menor actividad retardada y somatización.

Tabla 8 Análisis de Clasificación Múltiple del estatus de seropositividad y las variables intervinientes

ESCALAS (VARIABLES INTERVINIENTES)	F	S	PROMEDIOS OBTENIDOS EN LOS DIFERENTES ESTADOS DE SEROPOSITIVIDAD			
			Seronegativos	Asintomáticos	CRS	SIDA
1. Estrategias de enfrentamiento Rango = 1 - 4						
A. Evaluación del estrés	10.185	.000	3.48	2.43	3.38	3.81
B. Apoyo social	2.672	.052	3.01	2.65	2.70	2.31
C. Resignación	4.442	.006	2.50	2.42	2.80	3.27
2. Autoconcepto Rango = 1 - 7						
A. Sociabilidad expresiva	3.313	.023	4.45	4.30	3.86	3.25
3. Locus de control Rango = 1 - 5						
A. Fatalismo/suerte ante medidas las preventivas	14.226	.000	1.50	1.60	2.31	2.57
B. Fatalismo/suerte ante la salud	12.458	.000	1.79	1.65	2.54	2.83
C. Control de la familia ante la salud	6.957	.000	2.38	1.88	2.43	2.96
D. Control del gobierno ante la salud	4.181	.008	2.22	2.08	2.57	2.95
E. Control de la familia ante los servicios médicos	4.999	.003	2.04	2.29	2.40	2.97
4. Autoeficacia Rango = 1 - 3						
Autoeficacia ante medidas preventivas	6.502	.001	2.88	2.75	2.65	2.31
5. Apoyo familiar Rango = 1 - 5						
Disfuncionalidad con su familiar	3.027	.036	2.24	1.66	2.43	1.91
6. Sintomatología depresiva Rango = 1 - 4						
Actividad retardada y somatización	5.986	.001	1.58	1.65	1.82	2.35

9.2 Correlaciones

Se realizó un análisis de correlación producto-momento de *Pearson*, para cada uno de los grupos según su estatus de seropositividad (seronegativos, seropositivos asintomáticos, con CRS y en condiciones de SIDA) y, de esta manera, analizar las relaciones entre los factores de las diferentes escalas (estrategias de enfrentamiento, personalidad, apoyo familiar, sintomatología depresiva y estatus de seropositividad) que se incluyen en el modelo de salud.

9.2.1 Correlaciones en el grupo de hombres seronegativos

A. Análisis de correlación intra-escala

1. Escala de estrategias de afrontamiento

Existe una relación positiva entre la reevaluación positiva y el autocontrol ($r=.80$), de esta manera, para los seronegativos es importante que exista una expresión positiva de las emociones para poder realizar planes de acciones, buscar nuevas alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar.

El apoyo profesional se relaciona positivamente con el apoyo social ($r=.70$), lo que indica que, los seronegativos que buscan información sobre el problema y ayuda profesional, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA.

El autocontrol se relaciona positivamente con el apoyo social ($r=.40$). Para los hombres seronegativos es importante hacen planes de acciones para enfrentar el problema, buscar alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar para que, de esta manera, se busquen grupos de autoapoyo y se participe en movimientos proderechos de los enfermos con SIDA.

Escalas de personalidad

2. Autoconcepto

Existe una relación significativa entre sociabilidad expresiva, estado de ánimo ($r=.50$) y salud emocional ($r=.49$). Los hombres seronegativos extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos, tienen un estado de ánimo más positivo (se sienten felices, joviales, contentos y alegres) y presentan una mejor salud emocional (al considerarse calmados, reflexivos y serenos).

El factor estado de ánimo se relaciona positivamente con salud emocional ($r=.41$) y el factor ocupacional ($r=.46$), lo que indica que los hombres seronegativos que expresan un estado de ánimo más positivo (contentos, felices, joviales y alegres) manifiestan, a su vez, una salud emocional positiva (al considerarse calmados, reflexivos y serenos) y se consideran capaces, responsables y eficientes.

La salud emocional se relaciona positivamente con ética ($r=.40$). Los seronegativos con características más positivas en salud emocional (calmados, reflexivos y serenos) se consideran más leales, honestos, sinceros y verdaderos.

3. Escala de locus de control

El factor fatalismo/suerte ante las medidas preventivas se relaciona positivamente con el fatalismo suerte ante la salud ($r=.79$). Lo anterior indica que, los hombres seronegativos que consideran que llevar a cabo medidas preventivas ante la salud (usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos) es cuestión de suerte, del destino, de caerle bien a la gente o ser simpáticos, también son los que consideran que su salud es cuestión de suerte o de Dios.

El control de la familia ante la salud correlaciona positivamente con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.58$). Los seronegativos que manifiestan mayor control por parte de su familia para poder mantener su salud, también perciben mayor control de su familia para poder obtener servicios.

4. Escala de Autoeficacia. No se encontraron correlaciones significativas entre los factores de la escala.

5. Escala de Apoyo Familiar. No se encontraron correlaciones significativas entre los factores de la escala.

6. Escala de sintomatología depresiva

La actividad retardada se relaciona con: afecto negativo ($r=.59$) y aislamiento ($r=.64$), lo que indica que, entre más sintomatología depresiva (sentir que todo lo que se hace es un esfuerzo, problemas de atención, sueño inquieto, hablar menos de lo usual, pasar ratos llorando) presenten los hombres seronegativos, se sentirán más tristes, deprimidos, poco optimistas, poco contentos, fracasados, aislados, solos y perciben que la gente no es amigable con ellos.

El factor de afecto negativo se relaciona positivamente con el aislamiento ($r=.62$), de esta manera, los hombres seronegativos que se sienten tristes, deprimidos, fracasados y que no disfruten de la vida, también se sienten aislados, perciben soledad y que la gente no es amigable con ellos.

B. Análisis de correlación entre escalas

1. La evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA) correlaciona positivamente con el apoyo familiar ($r=.80$) y negativamente con la satisfacción del apoyo recibido ($r=-.53$). De esta manera, entre más estrés les causa la posibilidad de tener VIH/SIDA consideran que es importante contar con la

ayuda de sus familiares (hermanos, madre y padre), sin embargo, se sienten menos satisfechos con el apoyo recibido durante el último mes.

2. **La reevaluación positiva** correlaciona positivamente con: el estado de ánimo ($r=.48$), el factor ocupacional ($r=.42$) y negativamente con el afecto negativo ($r=-.58$); por lo tanto, los hombres seronegativos que consideran importante expresar las emociones de manera positiva, para hacer frente al VIH, son los que se perciben capaces, responsables y eficientes; asimismo, se sienten menos tristes y deprimidos.
3. **El apoyo profesional** se relaciona positivamente con sentimientos interindividuales ($r=.41$) y el factor ocupacional ($.47$). De esta manera, los seronegativos que buscan información sobre el problema y ayuda profesional se consideran, a su vez, más amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos, sentimentales, capaces responsables y eficientes.
4. **El autocontrol** se relaciona negativamente con el afecto negativo ($r=-.48$), lo que indica que, los seronegativos que enfrentan el VIH a través de planes de acción, evitando situaciones estresantes, haciendo ejercicio y meditando, son los que se sienten menos tristes y deprimidos.
5. **El apoyo social** correlaciona positivamente con los sentimientos interindividuales ($r=.49$), la sociabilidad afiliativa ($r=.52$) y negativamente con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.48$). De esta manera, los seronegativos que buscan a quien confiarle el problema, que se integran a grupos de autoapoyo y participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, son más amorosos, afectuosos, cariñosos, romántico, sentimentales, educados, corteses y atentos. Asimismo, perciben menor control por parte de su familia para conseguir servicios médicos.

6. **La resignación** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las diferentes escalas (autoconcepto, locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva).
7. **Los sentimientos interindividuales** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las diferentes escalas (locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva).
8. **La sociabilidad expresiva** correlaciona negativamente con actividad retardada ($r=-.64$), afecto negativo ($r=-.66$) y aislamiento ($-.63$). Los seronegativos que se consideran extrovertido, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos, manifiestan menor sintomatología depresiva, se sienten menos tristes y solos.
9. **Estado de ánimo** se relaciona negativamente con el afecto negativo ($r=-.81$). Lo anterior indica que los seronegativos que tienen un estado de ánimo más positivo (se sienten felices, joviales, contentos y alegres), se sienten menos tristes y deprimidos.
10. **La salud emocional** correlaciona positivamente con la autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.51$) y ante la salud ($r=.53$). Y negativamente con afecto negativo ($r=-.42$), lo que indica que, los seronegativos que se consideran calmados, reflexivos y serenos, se perciben capaces de usar condón y tener sexo seguro en todas sus relaciones sexuales, asimismo, se sienten capaces de controlar su salud física y mental. También presentan menor tristeza y depresión
11. El factor de **ética** correlaciona negativamente con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.40$). Lo anterior indica que los seronegativos que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos; perciben menor control por parte de su familia para conseguir servicios médicos.

12. **La sociabilidad afiliativa** correlaciona positivamente con autoeficacia ante la salud ($r=.41$) y negativamente con el control del gobierno ante la salud ($r=-.45$). Los seronegativos que se consideran educados, corteses y atentos; se perciben, a su vez, capaces de mantener su salud física y mental; y manifiestan menor control del gobierno ante los problemas de salud.
13. **El factor ocupacional** se relaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.47$) y con el afecto negativo ($r=-.48$), de esta manera, los seronegativos que se sienten más capaces, responsables y eficientes, manifiestan menor sintomatología depresiva y tristeza.
14. **El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas** se relaciona negativamente con el apoyo familiar ($r=-.59$). Los seronegativos que consideran que obtener medicamentos, servicios médicos, usar condón y tener sexo seguro es cuestión de suerte o del destino, perciben menor apoyo por parte de sus padres y hermanos.
15. **El fatalismo/suerte ante la salud** se relaciona positivamente con la actividad retardada ($r=.51$) y el aislamiento ($r=.46$). Los hombres seronegativos que son más fatalistas ante su salud (ya que consideran que es cuestión de la suerte, del destino o de Dios) manifiestan mayor sintomatología depresiva, se sienten más aislados y solos.
16. **El control de la familia ante la salud** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y depresión.
17. **El control del gobierno ante los problemas de salud** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y depresión

18. **El control de la familia ante los servicios médicos** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y depresión
19. **La autoeficacia ante las medidas preventivas** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de apoyo familiar y depresión
20. **La autoeficacia ante la salud** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de apoyo familiar y depresión
21. **La autoeficacia ante los servicios médicos** se relaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.48$). Los seronegativos que se sienten capaces de conseguir servicios médicos y medicamentos cada vez que los necesitan, son los que, a su vez, presentan menor sintomatología depresiva.
22. **La disfuncionalidad con la pareja** no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de depresión.
23. **La disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador)** no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de depresión.
24. **La satisfacción del apoyo recibido** se relaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.62$). Lo anterior indica que, entre más satisfechos se encuentren del apoyo que han recibido durante el último mes, menor es la sintomatología depresiva que presentan los hombres seronegativos.
25. **El apoyo familiar** no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de depresión.

Los resultados anteriores se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Correlaciones significativas entre los factores de las escalas en el grupo de seronegativos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
1	F1	Evaluación cognoscitiva																											
2		F2	Reevaluación positiva																										
3			F3	Apoyo profesional																									
4		.80		F4	Autocontrol																								
5			.70	.40	F5	Apoyo social																							
6						F6	Resignación																						
7			.41		.49		F7	Sentimientos interindividuales																					
8							F8	Sociabilidad expresiva																					
9		.48					.80	F9	Estado de ánimo																				
10							.49	.41	F10	Salud emocional																			
11								.40	F11	Ética																			
12					.52					F12	Sociabilidad afiliativa																		
13		.42	.47					.48			F13	Ocupacional																	
14											F14	Fatalismo/suerte medidas preventivas																	
15											.79	F15	Fatalismo/suerte salud																
16												F16	Control familia ante la salud																
17																													
18																													
19																													
20																													
21																													
22																													
23																													
24																													
25																													
26																													
27																													
28																													

Nota: El nivel de significancia de los valores presentados es menor a .01 y, específicamente, en el caso de los valores marcados en negritas es de .001

9.2.2 Correlaciones en el grupo de hombres seropositivos asintomáticos

A. Análisis de correlación intra-escala

1. Escala de estrategias de afrontamiento

La reevaluación positiva correlaciona positivamente con: apoyo profesional ($r=.69$), autocontrol ($r=.85$) y apoyo social ($r=.82$), de esta manera, entre más expresan de manera positiva sus emociones, en mayor medida buscan información y ayuda profesional, así como, a alguien a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos a favor de los enfermos con SIDA, realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan.

El apoyo profesional se relaciona positivamente con el autocontrol ($r=.83$) y el apoyo social ($r=.72$), lo que indica que, los seropositivos asintomáticos que buscan información sobre el problema y ayuda profesional, tienen mayor autocontrol sobre el problema (realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan), además de que buscan a alguien de su confianza para platicar sobre su problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA.

El autocontrol se relaciona positivamente con el apoyo social ($r=.77$). Los seropositivos asintomáticos que tienen más autocontrol sobre el problema, buscan en mayor medida a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA.

Escalas de personalidad

2. Autoconcepto

El factor de sentimientos interindividuales correlaciona positivamente con: ética ($r=.58$), sociabilidad afiliativa ($r=.57$) y ocupacional ($r=.52$). Lo anterior indica que los seropositivos asintomáticos que se consideran más amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, también se perciben como honestos sinceros, verdaderos, educados, corteses, atentos, capaces, responsables y eficientes.

La sociabilidad expresiva se correlaciona positivamente con estado de ánimo ($r=.48$) y negativamente con salud emocional ($r=-.47$). Los hombres seropositivos asintomáticos extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos, tienen un estado de ánimo más positivo, ya que se sienten felices, joviales, contentos y alegres; sin embargo, se sienten agresivos impulsivos y ansiosos.

El estado de ánimo se relaciona positivamente con sociabilidad afiliativa ($r=.49$) y el factor ocupacional ($r=.51$), lo que indica que los hombres seropositivos asintomáticos que expresan un estado de ánimo más positivo (contentos, felices, joviales y alegres) se perciben, a su vez, educados, corteses y se consideran capaces, responsables y eficientes.

Existe una relación positiva entre los factores de ética y ocupacional ($r=.72$), de esta manera, los seropositivos asintomáticos que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos, también se perciben como capaces, responsables y eficientes.

3. Escala de locus de control

El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas se relaciona positivamente control de la familia ante la salud ($r=.61$) y el control del gobierno ante los problemas de salud ($r=.62$). Lo anterior indica que, los hombres seropositivos asintomáticos que consideran que llevar acabo medidas preventivas como: usar condón, tener sexo, seguro, obtener medicamentos y servicios médicos, es cuestión de suerte, del destino, de caerle bien a la gente o ser simpáticos; también consideran que su salud, tener medicamentos y servicios médicos, depende de su familia y del gobierno.

El factor de fatalismo/suerte ante la salud correlaciona positivamente con el control de la familia ante la salud ($r=.47$) y con el control del gobierno ante los problemas de salud ($r=.55$), de esta manera, los seropositivos asintomáticos que consideran que su salud depende del destino, de la suerte, o de Dios, manifiestan, mayor control por parte de su familia y del gobierno para mantenerla y, a su vez, para obtener medicamentos y servicios médicos.

El control de la familia ante la salud correlaciona positivamente con el control del gobierno ante la salud ($r=.42$). Los seropositivos asintomáticos que manifiestan mayor control por parte de su familia para mantener su salud, servicios médicos y medicamentos, también perciben mayor control del gobierno ante los problemas de salud.

4. Escala de Autoeficacia.

Existe una correlación positiva entre la autoeficacia ante las medidas preventivas y la autoeficacia ante la salud ($r=.53$). Lo anterior indica que los seropositivos

asintomáticos que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, a su vez, se sienten capaces de mantener su salud física y mental.

5. Escala de Apoyo Familiar. No se encontraron correlaciones significativas entre los factores de la escala.

6. Escala de sintomatología depresiva

Existe una relación positiva entre actividad retardada con afecto negativo ($r=.71$) y aislamiento ($r=.81$), lo que indica que, entre más sintomatología depresiva, tengan los hombres seropositivos asintomáticos, se sentirán más tristes, deprimidos, poco optimistas, poco contentos, fracasados, aislados, solos y perciben que la gente no es amigable con ellos.

El afecto negativo se relaciona positivamente con el aislamiento ($r=.73$), de esta manera, los seropositivos asintomáticos, que se sienten tristes, deprimidos, fracasados y que no disfruten de la vida, también se sienten aislados, por que perciben soledad y que la gente no es amigable con ellos.

B. Análisis de correlación entre escalas

1. La evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA) correlaciona positivamente con: fatalismo suerte ante las medidas preventivas ($r=.48$), control del gobierno ante la salud ($r=.45$), actividad retardada ($r=.54$), afecto negativo ($r=.46$) y aislamiento ($r=.66$). Lo anterior indica que los hombres

seropositivos asintomáticos que presentan mayor estrés ante la enfermedad son más fatalistas ante el uso del condón, así como para tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos (consideran que depende de la suerte, del destino o de Dios). Asimismo, consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno y presentan mayor sintomatología depresiva, se sienten tristes, deprimidos y solos.

2. **La reevaluación positiva** correlaciona positivamente con: estado de ánimo ($r=.46$), autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.51$), autoeficacia ante la salud ($r=.62$), satisfacción del apoyo recibido ($r=.74$) y negativamente con el control de la familia ante la salud ($r=-.47$), la actividad retardada ($r=-.81$), el afecto negativo ($r=-.77$) y el aislamiento ($r=-.66$). Por lo tanto, los seropositivos asintomáticos que expresan sus emociones de manera positiva, para hacer frente al VIH, se perciben capaces para usar condón, tener sexo seguro, así como para mantener su salud física y mental; asimismo, están satisfechos del apoyo recibido durante el último mes. Manifiestan menor control por parte de su familia para mantener su salud, presentan menor somatización, se sienten menos tristes deprimidos y no se sienten solos.

3. **El apoyo profesional** se relaciona positivamente con autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.56$) y con disfuncionalidad con la pareja ($r=.86$). De esta manera, los seropositivos asintomáticos que buscan información sobre el problema y ayuda profesional se consideran, a su vez, capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales. Sin embargo, también perciben que su pareja los critica, les pide demasiado, los hace sentir enojados y culpables.

4. **El autocontrol** se relaciona positivamente con: autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.50$), autoeficacia ante la salud ($r=.48$) y satisfacción del apoyo recibido ($r=.51$). Y negativamente con la actividad retardada ($r=-.71$), el afecto negativo ($r=-.59$) y el aislamiento ($r=-.57$), lo que indica que, los seropositivos asintomáticos que enfrentan al VIH a través de planes de acción, evitando situaciones estresantes, haciendo ejercicio y meditando, son los que se consideran más capaces de usar condón, tener sexo seguro y para mantener su salud física y mental, asimismo, se sienten satisfechos con el apoyo recibido durante el último mes y presentan menor sintomatología depresiva.

5. **El apoyo social** correlaciona positivamente con autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.59$), la autoeficacia ante la salud ($r=.61$) y con la satisfacción del apoyo recibido ($r=.74$). De esta manera, los seropositivos asintomáticos que buscan a quien confiarle el problema, que se integran a grupos de autoapoyo y participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, se consideran más capaces de usar condón, tener sexo seguro y de mantener su salud física y mental, asimismo, se sienten satisfechos con el apoyo que han recibido durante el último mes.

6. **La resignación** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las diferentes escalas (autoconcepto, locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva).

7. **Los sentimientos interindividuales** presenta correlaciones negativas con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.54$) y con el aislamiento ($r=-.45$). Los seropositivos asintomáticos que se consideran amorosos,

afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, manifiestan menor control por parte de su familia para obtener servicios médicos y se sienten menos solos y aislados.

8. **La sociabilidad expresiva** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.

9. **Estado de ánimo** se relaciona positivamente con apoyo familiar ($r=.80$) y negativamente con el fatalismo/suerte ante las medidas preventivas ($r=-.45$), el control de la familia ante la salud ($r=-.47$) y el afecto negativo ($r=-.69$). Lo anterior indica que los seropositivos asintomáticos que tienen un estado de ánimo más positivo (se sienten felices, joviales, contentos y alegres), perciben mayor apoyo por parte de sus padres y hermanos, son menos fatalista ante el uso de condón, sexo seguro, la obtención de medicamentos y servicios médicos, perciben menor control por parte de su familia para mantener su salud y se encuentran menos tristes y deprimidos.

10. **La salud emocional** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.

11. El factor de **ética** correlaciona negativamente con el fatalismo/suerte ante las medidas preventivas ($r=-.53$), el control de la familia ante la salud ($r=-.53$), el control del gobierno ante la salud ($r=.41$), el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.48$), el afecto negativo ($r=-.46$) y el aislamiento ($r=-.58$). Lo anterior indica que los seropositivos asintomáticos que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos; perciben menor control por parte de

su familia y del gobierno para mantener su salud, así como, para conseguir servicios médicos y medicamentos. También presentan menor tristeza, depresión y no se sienten solos.

12. **La sociabilidad afiliativa** correlaciona negativamente con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.44$). Los seropositivos asintomáticos que se consideran educados, corteses y atentos; perciben menor control por parte de su familia para conseguir servicios médicos.

13. **El factor ocupacional** se relaciona positivamente con la disfuncionalidad con la pareja ($r=.74$) y negativamente con el fatalismo/suerte ante las medidas preventivas ($r=-.46$) y con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=-.45$); de esta manera, los seropositivos asintomáticos que se sienten más capaces, responsables y eficientes perciben en mayor medida que su pareja los critica, les pide demasiado, los hace sentir culpables y enojados, pero manifiestan menor fatalismo ante el uso de condón, sexo seguro, así como para obtener medicamentos y servicios médicos. Asimismo, expresan menor control por parte de su familia para conseguir servicios médicos.

14. **El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas** se relaciona positivamente con el afecto negativo ($r=.44$) y el aislamiento ($r=.68$). Los hombres seropositivos asintomáticos que consideran que obtener medicamentos, servicios médicos, usar condón y tener sexo seguro es cuestión de suerte o del destino, son los que manifiestan mayor depresión, tristeza y aislamiento.

15. **El fatalismo/suerte ante la salud** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.

- 16. El control de la familia ante la salud** se relaciona positivamente con la actividad retardada ($r=.46$), el afecto negativo ($r=.65$) y el aislamiento ($r=.53$); y negativamente con la autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=-.56$). Los seropositivos asintomáticos que perciben mayor control por parte de su familia para mantener su salud, presentan una mayor sintomatología depresiva (tienen actividad retardada, se sienten tristes, deprimidos y solos) y, a su vez, se consideran poco capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales.
- 17. El control del gobierno ante los problemas de salud** correlaciona positivamente con el aislamiento ($r=.50$), de esta manera, los seropositivos asintomáticos que consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno, son los que se sienten más solos.
- 18. El control de la familia ante los servicios médicos** no presenta relaciones significativas con los factores de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y depresión.
- 19. La autoeficacia ante las medidas preventivas** correlaciona negativamente con el afecto negativo ($r=-.63$). Los seropositivos asintomáticos que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, presentan, a su vez, menor tristeza y depresión.
- 20. La autoeficacia ante la salud** correlaciona positivamente con la satisfacción del apoyo recibido ($r=.69$) y negativamente con el afecto negativo ($r=-.51$). Lo anterior indica que los seropositivos asintomáticos que se consideran capaces

de mantener su salud física y mental, se sienten, a su vez, más satisfechos del apoyo recibido durante el último mes y presentan menor depresión.

21. La autoeficacia ante los servicios médicos no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de apoyo familiar y sintomatología depresiva.

22. La disfuncionalidad con la pareja no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de depresión.

23. La disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) se relaciona positivamente con el afecto negativo ($r=.67$), lo que indica que los seropositivos asintomáticos que consideran que su familiar (mejor cuidador) les pide demasiado, los hace sentir culpables y enojados, son lo que manifiestan mayor tristeza y depresión.

24. La satisfacción del apoyo recibido se relaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.48$). Lo anterior indica que, entre más satisfechos se encuentren los seropositivos asintomáticos, del apoyo que han recibido durante el último mes, presentan menor sintomatología depresiva.

25. El apoyo familiar correlaciona negativamente con el afecto negativo ($r=-.79$). Los seropositivos asintomáticos que perciben mayor apoyo por parte de sus padres y hermanos, manifiestan menor tristeza y depresión.

Los resultados de las correlaciones con la muestra de seropositivos asintomáticos se presentan en la tabla 10.

9.2.3 Correlaciones en el grupo de hombres seropositivos con CRS

A. Análisis de correlación intra-escala

1. Escala de estrategias de afrontamiento

El factor de evaluación cognoscitiva del estresor correlaciona positivamente con las estrategias de apoyo profesional ($r=.47$), autocontrol ($r=.44$) y resignación ($r=.62$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que requieren de mayores esfuerzos para hacer frente al VIH/SIDA, buscan en mayor medida información y ayuda profesional, así como nuevas alternativas de curación, realizan planes de acciones, evitan situaciones estresantes, hacen ejercicio, meditan, se resignan ante la enfermedad y se preparan para morir.

La reevaluación positiva correlaciona positivamente con: apoyo profesional ($r=.47$), autocontrol ($r=.77$) y apoyo social ($r=.57$), de esta manera, entre más expresen de manera positiva sus emociones, en mayor medida buscan información y ayuda profesional, así como, a alguien a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos a favor de los enfermos con SIDA, realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan.

El apoyo profesional se relaciona positivamente con el autocontrol ($r=.54$), el apoyo social ($r=.67$) y la resignación ($r=.43$), lo que indica que, los seropositivos con CRS que buscan información sobre el problema y ayuda profesional, tienen mayor autocontrol sobre el problema (realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan), además de que buscan a alguien de su confianza para platicar sobre su problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos pro-derechos de

los enfermos con SIDA, asimismo, se resignan a la enfermedad y se preparan para morir.

El autocontrol se relaciona positivamente con el apoyo social ($r=.44$) y la resignación ($r=.57$). Los seropositivos con CRS que presentan más autocontrol sobre el problema, buscan en mayor medida a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, asimismo, se resignan a la enfermedad y se preparan para morir.

Escalas de personalidad

2. Autoconcepto

El factor de sentimientos interindividuales correlaciona positivamente con el factor ocupacional ($r=.52$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que se consideran más amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, también se perciben como capaces, responsables y eficientes.

El factor estado de ánimo se relaciona positivamente con: salud emocional ($r=.68$), ética ($r=.49$) y sociabilidad afiliativa ($r=.49$), lo que indica que los hombres con CRS que expresan un estado de ánimo más positivo (contentos, felices, joviales y alegres) se perciben, a su vez, calmados, reflexivos, serenos, leales, honestos, sinceros, verdaderos, educados, corteses y atentos.

Existe una relación positiva entre los factores de ética y salud emocional ($r=.54$), de esta manera, los seropositivos con CRS que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos, también se perciben como calmados, reflexivos y serenos.

3. Escala de locus de control

El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas se relaciona positivamente con el fatalismo/suerte ante la salud ($r=.75$), el control de la familia ante la salud ($r=.86$), el control del gobierno ante la salud ($r=.61$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.73$). Lo anterior indica que los hombres con CRS tienen un control externo ante el llevar a cabo medidas preventivas (como: usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos) y también presentan un control externo para poder mantener su salud.

El factor de fatalismo/suerte ante la salud correlaciona positivamente con el control de la familia ante la salud ($r=.67$), el control del gobierno ante los problemas de salud ($r=.70$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.74$), de esta manera, los seropositivos con CRS que consideran que su salud depende del destino, de la suerte, o de Dios, manifiestan, a su vez, un control por parte de su familia y del gobierno para mantener su salud, obtener medicamentos y servicios médicos.

El control de la familia ante la salud correlaciona positivamente con el control del gobierno ante la salud ($r=.51$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.76$). Los seropositivos con CRS que manifiestan mayor control por parte de su familia para poder mantener su salud, servicios médicos y medicamentos, también perciben mayor control del gobierno ante los problemas de salud.

4. Escala de Autoeficacia

Existe una correlación positiva entre la autoeficacia ante las medidas preventivas y la autoeficacia ante la salud ($r=.60$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus

parejas regulares y ocasionales, a su vez, se sienten capaces de mantener su salud física y mental.

5. Escala de Apoyo Familiar

Existe una relación positiva entre la satisfacción del apoyo recibido y el apoyo familiar ($r=.69$). Los seropositivos con CRS que en el último mes se sintieron satisfechos con la ayuda recibida, son lo que perciben mayor apoyo por parte de sus padres y hermanos.

6. Escala de sintomatología depresiva

Existe una relación positiva entre actividad retardada/somatización con afecto negativo ($r=.82$) y aislamiento ($r=.54$), lo que indica que, entre más somatización tengan los hombres con CRS, se sentirán más tristes, deprimidos, poco optimistas, poco contentos, fracasados, aislados, solos y perciben que la gente no es amigable con ellos.

El factor de afecto negativo se relaciona positivamente con el aislamiento ($r=.52$), de esta manera, los seropositivos con CRS, que se sienten tristes, deprimidos, fracasados y que no disfruten de la vida, también se sienten aislados, perciben soledad y que la gente no es amigable con ellos.

B. Análisis de correlación entre escalas

1. La evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA) correlaciona positivamente con la autoeficacia para llevar a cabo medidas preventivas ($r=.48$). Lo anterior indica que los hombres con CRS que presentan mayor estrés ante la enfermedad, se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales.

2. **La reevaluación positiva** correlaciona positivamente con sociabilidad afiliativa ($r=.45$) y negativamente con el fatalismo/suerte ante las medidas preventivas ($r=-.64$) y el fatalismo/suerte ante la salud ($r=-.40$), por lo tanto, los seropositivos con CRS que expresan sus emociones de manera positiva, para hacer frente al VIH, son los que se perciben educados, corteses y atentos; son menos fatalistas para usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos, servicios médicos y para mantener su salud.
3. **El apoyo profesional** se relaciona positivamente con sociabilidad afiliativa ($r=.42$) y con la autoeficacia para llevar a cabo medidas preventivas ($r=.57$). De esta manera, los seropositivos con CRS que buscan información sobre el problema y ayuda profesional se consideran, a su vez, capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales y se perciben educados, corteses y atentos.
4. **El autocontrol**, se relaciona positivamente con la autoeficacia para llevar a cabo medidas preventivas ($r=.51$), la autoeficacia para mantener la salud ($r=.40$) y negativamente con la actividad retardada ($r=-.46$) y con el afecto negativo ($r=.46$). Lo que indica que los seropositivos con CRS que enfrentan el VIH a través de planes de acción, evitando situaciones estresantes, haciendo ejercicio y meditando, se consideran, a su vez, capaces de mantener su salud física y mental; y de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales. También se observa que presentan menor sintomatología depresiva.
5. **El apoyo social** correlaciona negativamente con la autoeficacia ante los servicios médicos ($r=-.50$). De esta manera, los seropositivos con CRS que buscan a quien confiarle el problema, que se integran a grupos de autoapoyo y participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, se

consideran menos capaces para conseguir medicamentos y servicios médicos cuando los necesitan.

6. **La resignación** correlaciona positivamente con la autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.45$) y negativamente con la disfuncionalidad con la pareja ($r=-.63$). Los seropositivos con CRS que se preparan para morir y se resignan a la enfermedad se sienten más capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales; y, a su vez, perciben menor disfuncionalidad en la relación de pareja.
7. **Los sentimientos interindividuales** presenta una correlación positiva con el control del gobierno ante la salud ($r=.40$). Los seropositivos con CRS que se consideran amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, manifiestan mayor control por parte del gobierno ante los problemas de salud.
8. **La sociabilidad expresiva** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
9. **Estado de ánimo** se relaciona positivamente con la autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.55$) y la autoeficacia ante la salud ($r=.53$). Y negativamente con la actividad retardada ($r=-.48$) y afecto negativo ($r=-.53$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que tienen un estado de ánimo más positivo (se sienten felices, joviales, contentos y alegres), perciben mayor capacidad para usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, así como, para mantener su salud física y mental; y presentan menor sintomatología depresiva

- 10. La salud emocional** correlaciona negativamente con afecto negativo ($r=-.43$). Los seropositivos con CRS que se sienten más calmados, reflexivos y serenos, presentan menor tristeza y depresión.
- 11. El factor de ética** correlaciona positivamente con apoyo familiar ($r=.56$) y negativamente con aislamiento ($r=-.38$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos, perciben mayor apoyo de sus padres y hermanos, así como menor soledad.
- 12. La sociabilidad afiliativa** correlaciona positivamente con la satisfacción del apoyo ($r=.53$) y negativamente con afecto negativo ($r=-.40$). Los seropositivos con CRS que se consideran educados, corteses y atentos; se sienten más satisfechos con el apoyo recibido durante el último mes y se sienten menos deprimidos y tristes.
- 13. El factor ocupacional** se relaciona positivamente autoeficacia ante los servicios médicos ($r=.45$). De esta manera, los hombres con CRS que se sienten más capaces, responsables y eficientes, se consideran, a su vez, más eficaces para obtener medicamentos y servicios médicos cuando los necesitan.
- 14. El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
- 15. El fatalismo/suerte ante la salud** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.

16. **El control de la familia ante la salud** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
17. **El control del gobierno ante los problemas de salud** correlaciona negativamente con la satisfacción del apoyo recibido ($r=-.41$); de esta manera, los seropositivos con CRS que consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno, son los que se perciben menos satisfacción del apoyo recibido durante el último mes.
18. **El control de la familia ante los servicios médicos** se correlaciona positivamente con la autoeficacia ante los servicios médicos ($r=.58$), de tal manera, que los hombres con CRS que dependen de los consejos de su familia para conseguir servicios médicos, también se consideran capaces de obtenerlos cuando los necesitan.
19. **La autoeficacia ante las medidas preventivas** correlaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.53$) y con el afecto negativo ($r=-.47$). Los seropositivos con CRS que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, presentan, a su vez, menor sintomatología depresiva.
20. **La autoeficacia ante la salud** correlaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.56$) y con el afecto negativo ($r=-.58$). Lo anterior indica que los seropositivos con CRS que se consideran capaces de mantener su salud física y mental, se sienten, a su vez, con menor actividad retardada, tristeza y depresión.

- 21. La autoeficacia ante los servicios médicos** correlaciona positivamente con la satisfacción del apoyo recibido ($r=.48$). Los hombres con CRS que se consideran capaces de obtener medicamentos y servicios médicos, son los que se sienten más satisfechos con el apoyo recibido durante el último mes.
- 22. La disfuncionalidad con la pareja** no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de depresión.
- 23. La disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador)** se relaciona positivamente con el afecto negativo ($r=.56$), lo que indica que los seropositivos con CRS que consideran que su familiar (mejor cuidador) les pide demasiado, los hace sentir culpables y enojados, son lo que manifiestan mayor tristeza y depresión.
- 24. La satisfacción del apoyo recibido** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de sintomatología depresiva.
- 25. El apoyo familiar** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de sintomatología depresiva.

Los resultados de las correlaciones con la muestra de seropositivos CRS se presentan en la tabla 11.

9.2.4 Correlaciones en el grupo de hombres seropositivos con SIDA

A. Análisis de correlación intra-escala

1. Escala de estrategias de afrontamiento

La reevaluación positiva correlaciona positivamente con: apoyo profesional ($r=.73$), autocontrol ($r=.91$) apoyo social ($r=.46$) y resignación ($r=.63$), de esta manera, los hombres con SIDA que expresan de manera positiva sus emociones, en mayor medida buscan información y ayuda profesional, así como, a alguien a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo y en movimientos a favor de los enfermos con SIDA, realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan, asimismo, se resignan a la enfermedad y se preparan para morir.

El apoyo profesional se relaciona positivamente con el autocontrol ($r=.80$) y la resignación ($r=.50$), lo que indica que, los enfermos con SIDA que tienen mayor autocontrol sobre el problema (realizan planes de acciones, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, realizan ejercicio y meditan), son los que en mayor medida buscan a alguien de su confianza para platicar sobre su problema, participan en grupos de autoapoyo y se preparan para morir.

El autocontrol se relaciona positivamente con el apoyo social ($r=.44$) y la resignación ($r=.59$). Los hombres con SIDA que presentan más autocontrol sobre el problema, buscan en mayor medida a quien confiarle el problema, participan en grupos de autoapoyo, se resignan a la enfermedad y se preparan para morir.

Escalas de personalidad

2. Autoconcepto

El factor de sentimientos interindividuales correlaciona positivamente con: ética ($r=.42$), sociabilidad afiliativa ($r=.63$) y el factor ocupacional ($r=.62$). Lo anterior indica que los enfermos con SIDA que se consideran más amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, también se perciben como leales, honestos, sinceros, verdaderos, educados, corteses, atentos, capaces, responsables y eficientes.

La sociabilidad expresiva correlaciona positivamente con estado de ánimo ($r=.69$). Los enfermos con SIDA que se consideran extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos; mantienen un estado de ánimo más positivos (se sienten felices, joviales, contentos y alegres).

El factor estado de ánimo se relaciona positivamente con el factor ocupacional ($r=.54$), lo que indica que los hombres con SIDA que expresan un estado de ánimo más positivo (contentos, felices, joviales y alegres) se perciben, a su vez, capaces, responsables y eficientes.

El factor de salud emocional se relaciona positivamente con el factor ocupacional ($r=.41$). Los enfermos con SIDA que se perciben tranquilos, reflexivos y serenos, también se consideran responsables capaces y eficientes.

Existe una relación positiva entre los factores de sociabilidad afiliativa y el factor ocupacional ($r=.55$), de esta manera, los seropositivos con SIDA que se consideran educados, corteses y atentos, también se perciben como responsables, capaces y eficientes.

3. Escala de locus de control

El fatalismo/suerte ante las medidas preventivas se relaciona positivamente con el fatalismo/suerte ante la salud ($r=.88$), el control de la familia ante la salud ($r=.75$), el control del gobierno ante la salud ($r=.73$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.68$). Lo anterior indica que, los hombres con SIDA que tienen un control externo ante el llevar a cabo medidas preventivas (como: usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos) también presentan un control externo para poder mantener su salud (dependen de su familia y del gobierno).

El factor de fatalismo/suerte ante la salud correlaciona positivamente con el control de la familia ante la salud ($r=.73$), el control del gobierno ante los problemas de salud ($r=.64$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.64$). De esta manera, los seropositivos con SIDA que consideran que su salud depende del destino, de la suerte, o de Dios, manifiestan, a su vez, un control por parte de su familia y del gobierno para mantenerla, así como para obtener medicamentos y servicios médicos.

El control de la familia ante la salud correlaciona positivamente con el control del gobierno ante la salud ($r=.66$) y el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.85$). Los hombres con SIDA que manifiestan mayor control por parte de su familia para poder mantener su salud, servicios médicos y medicamentos, también perciben mayor control del gobierno ante los problemas de salud.

El control del gobierno ante la salud correlaciona positivamente con el control de la familia ante los servicios médicos ($r=.59$). Los hombres con SIDA que manifiestan que los problemas de salud están en manos de gobierno, en mayor medida dependen de su familia para obtener servicios médicos.

4. Escala de Autoeficacia

Existe una correlación positiva entre la autoeficacia ante las medidas preventivas y la autoeficacia ante la salud ($r=.51$). Lo anterior indica que los seropositivos con SIDA que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, a su vez, se sienten capaces de mantener su salud física y mental.

5. Escala de Apoyo Familiar

Existe una relación positiva entre la disfuncionalidad con la pareja y la disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) ($r=.97$). Los enfermos con SIDA que manifiestan que su pareja los critica, les pide demasiado, los hace sentir culpables y enojados, también perciben los mismos conflictos con su familiar que consideran su mejor cuidador.

6. Escala de sintomatología depresiva

Existe una relación positiva entre actividad retardada/somatización con afecto negativo ($r=.94$) y aislamiento ($r=.59$), lo que indica que, entre más sintomatología depresiva presentan los enfermos con SIDA, se sienten, a su vez, más tristes, deprimidos, poco optimistas, poco contentos, fracasados, aislados, solos y perciben que la gente no es amigable con ellos.

El factor de afecto negativo se relaciona positivamente con el aislamiento ($r=.61$), de esta manera, los enfermos con SIDA, que se sienten tristes, deprimidos, fracasados y que no disfruten de la vida, también se sienten aislados, perciben soledad y que la gente no es amigable con ellos.

B. Análisis de correlación entre escalas

- 1. La evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA)** correlaciona positivamente con el apoyo familiar ($r=.87$). Lo anterior indica que los hombres con SIDA que realizan mayores esfuerzos para controlar su enfermedad, perciben mayor apoyo por parte de sus padres y hermanos.
- 2. La reevaluación positiva** correlaciona positivamente con autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.55$) y negativamente con aislamiento ($r=-.58$), por lo tanto, los hombres con SIDA que expresan sus emociones de manera positiva, para hacer frente a la enfermedad, son los que se sienten más capaces para usar condón, tener sexo seguro y no se sienten solos o aislados.
- 3. El apoyo profesional** se relaciona positivamente con fatalismo/suerte ante las medidas preventivas($r=.46$) y con el control del gobierno ante la salud ($r=.49$). De esta manera, los seropositivos con SIDA que sienten que usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos es cuestión de la suerte o del destino, también consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno.
- 4. El autocontrol**, no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
- 5. El apoyo social** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.

6. **La resignación** correlaciona positivamente con la autoeficacia para ante los servicios médicos ($r=.63$). Los seropositivos con SIDA que se preparan para morir y se resignan a la enfermedad se sienten más capaces de conseguir medicamentos y servicios médicos cuando los requieren.

7. **Los sentimientos interindividuales** presentan una correlación positiva con la autoeficacia ante la salud ($r=.41$) y negativa con la satisfacción del apoyo ($r=-.46$). Los seropositivos con SIDA que se consideran amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos y sentimentales, se consideran más eficaces para mantener su salud física y mental, sin embargo, no se encuentran satisfechos con el apoyo recibido durante el último mes.

8. **La sociabilidad expresiva** se relaciona positivamente con la autoeficacia ante la salud ($r=.52$), y negativamente con el fatalismo suerte ante las medidas preventivas ($r=-.51$), la actividad retardada ($r=-.66$) y el afecto negativo ($r=-.64$). Los enfermos con SIDA que son más expresivos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y extrovertidos, se consideran más eficaces para mantener su salud física y mental, y, a su vez, manifiestan menor sintomatología depresiva.

9. **Estado de ánimo** se relaciona positivamente con la autoeficacia ante las medidas preventivas ($r=.66$) y la autoeficacia ante la salud ($r=.74$); y negativamente con la actividad retardada ($r=-.81$) y afecto negativo ($r=-.80$). Lo anterior indica que los seropositivos con SIDA que tienen un estado de ánimo más positivo (se sienten felices, joviales, contentos y alegres), perciben mayor capacidad para usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, así como, para mantener su salud física y mental; presentan, a su vez, menor sintomatología depresiva

10. **La salud emocional** correlaciona positivamente con el fatalismo/suerte ante la salud ($r=.50$), el control de la familia ante la salud ($r=.45$) y el control de la familia ante los servicios médicos (.49); y negativamente con disfuncionalidad con la pareja ($r=-.77$). Los enfermos con SIDA que se perciben más calmados, reflexivos y serenos, manifiestan un mayor control por parte de la familia para mantener su salud y obtener servicios médicos, asimismo, consideran que su salud depende del destino o de la suerte y, a su vez, presentan menor disfuncionalidad con su pareja.
11. El factor de **ética** correlaciona positivamente con autoeficacia ante los servicios médicos ($r=.48$) y negativamente con la satisfacción del apoyo recibido ($r=-.48$). Lo anterior indica que los seropositivos con SIDA que se consideran leales, honestos, sinceros y verdaderos; se consideran capaces de obtener medicamentos y servicios médicos cuando los necesitan. Sin embargo, perciben menor satisfacción del apoyo recibido durante el último mes.
12. **La sociabilidad afiliativa** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de locus de control, autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva
13. El **factor ocupacional** se relaciona positivamente con la autoeficacia ante la salud ($r=.71$) y negativamente con la actividad retardada ($r=-.60$), el afecto negativo ($r=-.60$) y el aislamiento ($r=-.41$). De esta manera, los enfermos con SIDA que se sienten más capaces, responsables y eficientes se consideran más eficaces para mantener su salud física y mental; y, asimismo, presentan menor sintomatología depresiva.
14. El **fatalismo/suerte ante las medidas preventivas** presenta una correlación positiva con la actividad retardada ($r=.50$). Los enfermos con SIDA que consideran que el usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y

servicios médicos, es cuestión de la suerte o del destino, presentan mayor sintomatología depresiva (sienten que todo lo que hacen es un esfuerzo, tienen problemas de atención, sueño inquieto, hablan menos de lo usual).

15. **El fatalismo/suerte ante la salud** presenta una correlación positiva con la actividad retardada ($r=.49$), de esta manera los enfermos con SIDA que consideran que su salud depende de la suerte o del destino, también están presentando en mayor grado sintomatología depresiva.
16. **El control de la familia ante la salud** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
17. **El control del gobierno ante los problemas de salud** correlaciona positivamente con la actividad retardada ($r=.50$), de esta manera, los seropositivos con SIDA que consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno, son los en mayor medida presentan sintomatología depresiva.
18. **El control de la familia ante los servicios médicos** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de autoeficacia, apoyo familiar y sintomatología depresiva.
19. **La autoeficacia ante las medidas preventivas** correlaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.56$) y con el afecto negativo ($r=-.61$). Los seropositivos con SIDA que se consideran capaces de usar condón y tener sexo seguro con sus parejas regulares y ocasionales, presentan, a su vez, menor sintomatología depresiva.

- 20. La autoeficacia ante la salud** correlaciona negativamente con la actividad retardada ($r=-.75$) y con el afecto negativo ($r=-.75$). Lo anterior indica que los enfermos con SIDA que se consideran capaces de mantener su salud física y mental, se sienten, a su vez, con menor actividad retardada, tristeza y depresión.
- 21. La autoeficacia ante los servicios médicos** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de apoyo familiar y sintomatología depresiva
- 22. La disfuncionalidad con la pareja** no presenta relaciones significativas con los factores de la escala de sintomatología depresiva.
- 23. La disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador)** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de sintomatología depresiva.
- 24. La satisfacción del apoyo recibido** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de sintomatología depresiva.
- 25. El apoyo familiar** no presenta correlaciones significativas con ningún factor de las escalas de sintomatología depresiva.

Los resultados de las correlaciones con la muestra de seropositivos CRS se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Correlaciones significativas entre los factores de las escalas en el grupo de seropositivos con SIDA

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
1	F1	Evaluación cognocitiva																																	
2		F2	Reevaluación positiva																																
3		.73	F3	Apoyo profesional																															
4		.91	.80	F4	Autocontrol																														
5		.46		.44	F5	Apoyo social																													
6		.83	.50	.59		F6	Resignación																												
7							F7	Sentimientos interindividuales																											
8								F8	Sociabilidad expresiva																										
9							.69	F9	Estado de ánimo																										
10									F10	Salud emocional																									
11							.42			F11	Ética																								
12							.63				F12	Sociabilidad afiliativa																							
13							.62	.54	.41		.85	F13	Ocupacional																						
14			.46					-.51				F14	Fatalismo/suerte medidas preventivas																						
15									.50		.88	F15	Fatalismo/suerte salud																						
16									.45		.75	.73	F16	Control familia ante la salud																					
17			.49								.73	.64	.88	F17	Control gobierno salud																				
18									.49		.88	.64	.85	.89	F18	Control familia servicios médicos																			
19		.55							.66											F19	Autoeficacia medidas preventivas														
20							.41	.52	.74											.51	F20	Autoeficacia salud													
21						.63				.48											F21	Autoeficacia servicios médicos													
22																						F22	Disfuncionalidad pareja												
23																						.97	F23	Disfuncionalidad fam.											
24							-.46																	F24	Satisfacción apoyo										
25	.87																									F25	Apoyo familiar								
26								-.66	-.81			-.60	.50	.49		.50											F26	Actividad retardada							
27								-.64	-.80			-.60															.94	F27	Afecto negativo						
28		-.58														-.41												.59	.61	F28	Aislamiento				

Nota: El nivel de significancia de los valores presentados es menor a .01 y, específicamente, en el caso de los valores marcados en negritas es de .001

9.3. Análisis de regresión múltiple

Con la finalidad de evaluar el modelo teórico propuesto en el estudio, y observar la relación de cada una de las variables implicadas en el modelo, se realizó una serie de análisis de trayectoria con regresión múltiple por pasos, en la muestra de hombres seropositivos al VIH.

A. Efectos significativos del estatus de seropositividad sobre la evaluación cognoscitiva

En la tabla 13 se observa que el estatus de seropositividad determina en 27% la evaluación cognoscitiva del estresor. Los seropositivos que se encuentran en las últimas fases de la enfermedad, consideran que requieren de esfuerzos extras para enfrentar la angustia que les causa el VIH/SIDA.

Tabla 13. Efectos significativos del estatus de seropositividad sobre la evaluación cognoscitiva

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Evaluación cognoscitiva	.52	.27	25.578	.000	.69	.13	.52

B. Efectos de la evaluación cognoscitiva sobre las estrategias de enfrentamiento

La evaluación cognoscitiva del problema determina en 7% el apoyo profesional y en 19% la resignación. De esta manera, los seropositivos que están más estresados, por considerar que requieren de esfuerzos extras para controlar la angustia que les produce tener VIH/SIDA, buscan en mayor medida ayuda profesional, se preparan para morir y se resignan a la enfermedad (tablas 14 y 15)

Tabla 14. Efectos significativos de la evaluación cognoscitiva sobre el apoyo profesional

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Evaluación cognoscitiva	.28	.07	5.560	.021	.16	.06	.28

Tabla 15. Efectos significativos de la evaluación cognoscitiva sobre la resignación

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Evaluación cognoscitiva	.43	.19	15.279	.000	.37	.09	.43

C. Efectos significativos de las estrategias de enfrentamiento sobre el estatus de seropositividad

Las estrategias de resignación, reevaluación del problema y autocontrol determinan en 51% el estatus de seropositividad y, a su vez, el estatus de seropositividad determina en 13% la estrategia de resignación y en 6% el autocontrol (tablas 16, 17 y 18). Lo anterior indica que, probablemente, los seropositivos que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad aceptan la enfermedad, se preparan para morir, existe una menor reevaluación del problema, sin embargo, mantienen un autocontrol sobre la enfermedad, a través de la búsqueda de nuevas alternativas de curación, meditando y evitando situaciones estresantes.

Tabla 16. Efectos significativos de las estrategias de enfrentamiento sobre el estatus de seropositividad

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
1. Resignación	.37	.13	10.160	.000	.15	.08	.19
2. Reevaluación del problema	.51	.26	11.143	.000	-1.0	.15	-.87
3. Autocontrol	.71	.51	21.806	.000	.80	.14	.82

Tabla 17. Efectos significativos del estatus de seropositividad sobre la estrategia de resignación

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Estatus de seropositividad	.36	.13	10.064	.002	.42	.13	.36

Tabla 18. Efectos significativos del estatus de seropositividad sobre la estrategia de autocontrol

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Estatus de seropositividad	.26	.06	4.902	.030	.26	.11	.26

D. Efectos de las estrategias de enfrentamiento sobre los factores de la sintomatología depresiva

1. Actividad retardada/somatización.

Los factores de reevaluación positiva y resignación explican en 28% la actividad retardada/somatización, los pesos beta (tabla 19), al parecer indican que los seropositivos al VIH, que buscan lo positivo al problema, cambian o crecen como personas, descubren lo que es importante en la vida, se inspiran en hacer algo creativo, tienen esperanza en la vida, son optimistas, encuentran fe en algo nuevo, se mantienen firmes para luchar por lo que quieren y evitan resignarse a la enfermedad, presentan menor actividad retardada y somatización.

La actividad retardada/somatización también queda explicada, por una parte, por el autocontrol en 8%, y por otra, por el apoyo social en 13% (tabla 19). Los pesos

beta sugieren que los hombres seropositivos al VIH que hacen planes de acciones y los siguen, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, hacen ejercicio, meditan, buscan apoyo social como: integrarse a grupos de autoapoyo, encuentran a alguien a quien confiarle el problema y participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, manifiestan menor actividad retardada y somatización.

Tabla 19. Efectos significativos de las estrategias de enfrentamiento sobre la actividad retardada/somatización

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
1. Reevaluación positiva	.48	.23	18.709	.000	-.67	.14	-.55
2. Resignación	.53	.28	11.905	.000	.29	.09	.23
Autocontrol	.28	.08	5.687	.020	-.28	.12	-.28
Apoyo social	.37	.13	10.209	.002	-.32	.10	-.37

2. Afecto negativo

La tabla 20 indica que, por sí solos, los factores de reevaluación positiva (26%), autocontrol (16%) y apoyo social (7%) explican el afecto negativo. De esta manera, los hombres seropositivos que presentan una reevaluación más positiva del problema, tienen mayor autocontrol y buscan mayor apoyo social, se sienten menos deprimidos, más optimistas sobre el futuro, más contentos y disfrutan de la vida.

Tabla 20. Efectos significativos de las estrategias de enfrentamiento sobre el afecto negativo

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Reevaluación positiva	.51	.26	21.952	.000	-.62	.13	-.51
Autocontrol	.40	.16	12.506	.001	-.39	.11	-.40
Apoyo social	.27	.07	5.350	.024	-.23	.10	-.27

3. Aislamiento

En la tabla 21 se observa que el aislamiento queda determinado por los factores de: reevaluación positiva (20%), autocontrol (11%) y apoyo social (6%). Los hombres seropositivos que presentan una reevaluación más positiva del problema, tienen mayor autocontrol y buscan más apoyo social, se sienten menos solos, perciben que la gente es amigable con ellos y que caen bien a las personas.

Tabla 21. Efectos significativos de las estrategias de enfrentamiento sobre el aislamiento

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Reevaluación positiva	.45	.20	16.449	.000	-.49	.12	-.45
Autocontrol	.33	.11	8.345	.005	-.30	.10	-.33
Apoyo social	.24	.04	4.409	.040	-.19	.09	-.24

E. Efectos de la sintomatología depresiva sobre el estatus de seropositividad

La tabla 22 indica que los factores de actividad retardada/somatización (tener mal apetito, sueño inquieto, no tener ganas de hacer nada, sentir que todo lo que se hace es un esfuerzo, pasar ratos llorando, sentirse con miedo, etc.) y el afecto negativo (sentirse tristes, deprimidos, poco optimistas sobre el futuro, pensar que su vida es un fracaso, no estar contentos y no disfrutar de la vida) determinan en 20% el estatus de seropositividad.

La tabla 23 muestra que el estatus de seropositividad, determina, a su vez, en 13% la actividad retardada/somatización. En general se observa que los hombres seropositivos cuanto más avanzan en las diferentes etapas de la enfermedad, presentan mayor sintomatología depresiva, sobre todo en lo que respecta a la actividad retardada y somatización.

Tabla 22. Efectos significativos de la sintomatología depresiva sobre el estatus de seropositividad

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
4. Actividad retardada/somatización	.34	.12	8.981	.004	.81	.20	.79
5. Afecto negativo	.45	.20	8.405	.001	.56	.21	.53

Tabla 23. Efectos significativos del estatus de seropositividad sobre la sintomatología depresiva

FACTORES	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
1. Actividad retardada/somatización	.36	.13	10.253	.002	.34	.10	.36

F. Efectos significativos de los factores de personalidad (mediador interno) sobre el estatus de seropositividad

La tabla 24 indica que los factores de sociabilidad expresiva y ética (de la escala de autoconcepto) explican en 13% del estatus de seropositividad. Los pesos beta sugieren que, cuando los hombres seropositivos avanzan en las etapas de la enfermedad, se vuelven introvertidos, callados, tímidos, inhibidos, reservados; pero perciben en ellos características positivas como: leales, honestos, sinceros y verdaderos. Por su parte el factor fatalismo/suerte ante la salud (de la escala de locus de control) determina en 31% el estatus de seropositividad, de esta manera, los seropositivos que consideran que su salud es cuestión de otros, de ser simpáticos, de la suerte, del destino o de Dios, se encuentran en las últimas fases de la enfermedad. Por último, el factor de autoeficacia ante la salud (escala de autoeficacia), determina en 13% el estatus de seropositividad, por lo que los seropositivos que se consideran poco eficaces para mantener su salud física y mental se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad.

Tabla 24. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre el estatus de seropositividad

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	1. Sociabilidad expresiva	.27	.07	5.260	.025	-.14	.06	-.27
	2. Ética	.36	.13	5.053	.009	.18	.08	.24
Locus de control	Fatalismo/suerte salud	.56	.31	26.679	.000	.49	.09	.56
Autoeficacia	Autoeficacia ante la salud	.36	.13	7.060	.011	-.56	.21	-.36

G. Efectos significativos de los factores de personalidad (mediador interno) sobre la sintomatología depresiva

1. Actividad retardada/somatización

En la tabla 25 se muestra que la actividad retardada/somatización está determinada, de manera independiente, por los factores de estado de ánimo (42%), fatalismo/suerte ante las medidas preventivas (25%), y los factores de la escala de autoeficacia: salud y medidas preventivas (45%). Los pesos beta indican que los seropositivos que tienen un estado de ánimo negativo (se sienten tristes, amargados, deprimidos, melancólicos), que consideran que usar condón, tener sexo seguro, obtener servicios médicos o medicamentos, es cuestión de la suerte del destino o de Dios, y que se consideran poco eficaces para llevar a cabo medidas preventivas (usar condón, tener sexo seguro), mantener su salud física y mental, presentan mayor somatización y actividad retardada.

Tabla 25. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre la actividad retardada/somatización

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	Estado de ánimo	.65	.42	45.505	.000	-.36	.05	-.65
Locus de control	Fatalismo/suerte medidas preventivas	.50	.25	18.572	.000	.48	.11	.50
Autoeficacia	1. Autoeficacia ante la salud	.62	.39	28.714	.000	-.69	.20	-.45
	2. Autoeficacia ante las medidas preventivas	.67	.45	18.076	.000	-.44	.20	-.29

2. Afecto negativo

El afecto negativo queda explicado, de manera independiente, por los factores de estado de ánimo (47%), fatalismo suerte ante las medidas preventivas (11%) y por los factores de la escala de autoeficacia: salud y medidas preventivas (40%), de esta manera, los seropositivos que se sienten tristes, amargados, deprimidos, son fatalistas para usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos, servicios médicos; se consideran poco eficaces para mantener su salud física, mental, usar el condón y tener sexo seguro; asimismo, presentan en mayor grado de depresión (tabla 26).

Tabla 26. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre el afecto negativo

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	Estado de ánimo	.69	.47	57.235	.000	-.37	.04	-.69
Locus de control	Fatalismo/suerte medidas preventivas	.34	.11	7.180	.010	.31	.11	.34
Autoeficacia	3. Autoeficacia ante la salud	.58	.34	23.295	.000	-.63	.21	-.41
	4. Autoeficacia ante las medidas preventivas	.63	.40	14.806	.000	-.50	.23	-.30

3. Aislamiento

La tabla 27 muestra que, de manera independiente, los factores de ética (12%), control del gobierno ante los problemas de salud (12%) y autoeficacia ante la salud (12%) explican el aislamiento. De esta manera, los seropositivos que se consideran desleales, deshonestos, mentirosos, falsos; que piensan que el control de los problemas de salud está en manos del gobierno, y que se perciben poco eficaces para mantener su salud física y mental, sienten que la gente no es amigable con ellos, que no caen bien y que están solos.

Tabla 27. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre el aislamiento

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	Ética	.35	.12	9.341	.003	-.23	.07	-.35
Locus de control	Control gobierno salud	.35	.12	8.285	.006	.30	.10	.35
Autoeficacia	Autoeficacia ante la salud	.35	.12	6.780	.012	-.50	.19	-.35

H. Efectos significativos de los factores de personalidad (mediador interno) sobre las estrategias de enfrentamiento

1. Reevaluación positiva

Los factores de estado de ánimo (15%), fatalismo suerte ante las medidas preventivas (13%) y autoeficacia ante las medidas preventivas (25%), determinan, la estrategia de reevaluación positiva y, a su vez, esta estrategia explica en el mismo porcentaje, cada uno de los factores de personalidad, mencionados anteriormente. Lo anterior indica que los hombres seropositivos que se sienten felices, contentos, joviales, alegres, que son menos fatalistas para llevar a cabo medidas preventivas (como: usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos) y se sienten eficaces para realizar estas medidas, presentan una reevaluación más positiva del problema (buscan lo positivo, cambian o crecen como personas, sus sentimientos salen de manera positiva, se mantienen firmes para lograr lo que desean, se inspiran para hacer algo creativo, son optimistas, tienen esperanza en la vida, etc.) (tabla 28).

Tabla 28. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre la estrategia de reevaluación del problema

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	Estado de ánimo	.39	.15	10.630	.002	.18	.05	.39
Locus de control	Fatalismo/suerte medidas preventivas	.37	.13	8.226	.006	-.26	.09	-.37
Autoeficacia	Autoeficacia medidas preventivas	.50	.25	14.967	.000	.59	.15	.50

2. Apoyo profesional

El apoyo profesional queda explicado en 13% por la autoeficacia ante las medidas preventivas, asimismo, la autoeficacia ante las medidas preventivas, determina en el mismo porcentaje el apoyo profesional (tabla 29). Los seropositivos que consiguen ayuda profesional y buscan información sobre el problema se consideran más eficaces para usar condón y tener sexo seguro en sus relaciones sexuales.

Tabla 29. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre el apoyo profesional

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoeficacia	Autoeficacia ante las medidas preventivas	.36	.13	6.850	.012	.37	.14	.36

3. Apoyo social

La tabla 30 muestra que la estrategia de apoyo social queda explicada, por una parte, por el control de la familia ante los servicios médicos (12%) y, por la otra, por la autoeficacia ante las medidas preventivas (18%), de la misma manera, el apoyo social determina en el mismo porcentaje cada uno de los factores mencionados. De esta manera, los seropositivos que buscan a alguien para confiarle su problema, se integran a grupos de autoapoyo y participan en movimientos pro-derechos de los enfermos con SIDA, perciben menor control por parte de su familia para obtener servicios médicos, se consideran más eficaces para usar condón y tener sexo seguro en sus relaciones sexuales.

Tabla 30. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre la estrategia de apoyo social

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Locus de control	Control familia ante los servicios médicos	.35	.12	7.623	.008	-.33	.12	-.35
Autoeficacia	Autoeficacia ante las medidas preventivas	.43	.18	10.432	.002	.73	.22	.43

4. Resignación

En la tabla 31 se observa que, de manera independiente, los factores de sociabilidad expresiva (6%), fatalismo/suerte ante la salud (9%) y autoeficacia para conseguir servicios médicos y medicamentos (12%) determinan la estrategia de resignación, a su vez, dicha estrategia, explica en el mismo porcentaje cada uno de los factores mencionados. Lo anterior indica que los hombres seropositivos que se resignan en mayor grado a la enfermedad y que se preparan para morir, se perciben más introvertidos, callados, tímidos, reservados, inhibidos, piensan que su salud esta controlada por otros, por la suerte o el destino, pero se consideran eficaces para obtener medicamentos y servicios médicos.

Tabla 31. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre la estrategia de resignación

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Autoconcepto	Sociabilidad expresiva	.25	.06	4.403	.040	-.15	.07	-.25
Locus de control	Fatalismo/suerte salud	.31	.09	5.945	.018	.31	.12	.31
Autoeficacia	Autoeficacia servicios médicos	.35	.12	6.324	.016	.85	.34	.35

I. Efectos significativos de los factores de personalidad (mediador interno) sobre la evaluación cognoscitiva

La tabla 32 muestra que los factores: fatalismo suerte ante las medidas preventivas, control de la familia ante la obtención de servicios médicos y control del gobierno ante los problemas de salud, explican en 39% la evaluación cognoscitiva. Los seropositivos que son más fatalistas para llevar a cabo medidas preventivas (usar condón, tener sexo seguro, obtener medicamentos y servicios médicos), que manifiestan menor control de la familia para conseguir servicios médicos y que consideran que los problemas de salud están en manos del gobierno, son los que requieren mayores esfuerzos para controlar la angustia que les produce el VIH/SIDA.

Tabla 32. Efectos significativos de los factores de personalidad sobre la evaluación cognoscitiva

ESCALA	FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Locus de control	1. Fatalismo/suerte medidas preventivas	.49	.24	17.725	.000	.59	.18	.48
	2. Control familia servicios médicos	.57	.33	13.317	.000	-.45	.14	-.40
	3. Control gobierno salud	.62	.39	11.364	.000	.42	.18	.34

J. Efectos significativos de los factores de apoyo familiar (mediador externo) sobre la sintomatología depresiva

1. Actividad retardada/somatización

El factor de disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) determina en 11% la actividad retardada y somatización, de igual manera, la actividad retardada explica

en el mismo porcentaje la disfuncionalidad con su familiar. De esta manera, los seropositivos que consideran que su familiar les pide demasiado, los hace sentir enojados y culpables, son los que presentan mal apetito, sueño inquieto, no tienen ganas de hacer nada, pasan ratos llorando, se sienten con miedo, etc. (tabla 33).

Tabla 33. Efectos significativos de los factores de apoyo familiar sobre la actividad retardada/somatización

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador).	.33	.11	5.126	.029	.26	.11	.33

2. Afecto negativo

El afecto negativo es explicado por la disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador) en un 25%, asimismo, el afecto negativo explica en el mismo porcentaje la disfuncionalidad con el familiar. Lo anterior indica que los seropositivos que perciben que su familiar (mejor cuidador) los critica, les pide demasiado y los hace sentir culpables; se sienten, a su vez, más deprimidos, tristes, fracasados, poco optimistas en el futuro y no disfrutan de la vida (tabla 34).

Tabla 34. Efectos significativos de los factores de apoyo familiar sobre el afecto negativo

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Disfuncionalidad con su familiar (mejor cuidador).	.50	.25	13.013	.001	.38	.10	.50

K. Efectos significativos de los factores de apoyo familiar (mediador externo) sobre las estrategias de enfrentamiento

1. Autocontrol

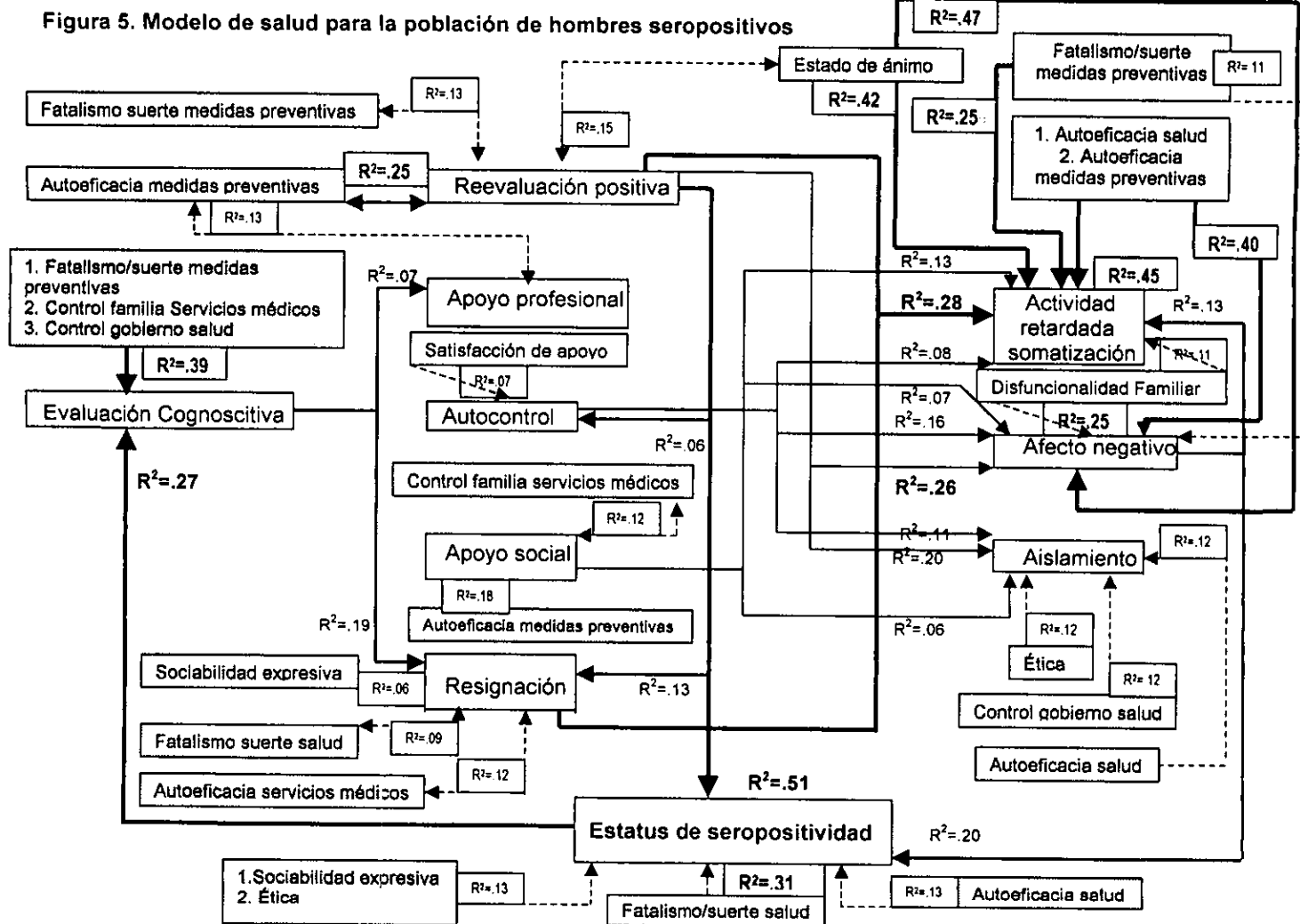
En la tabla 35 se observa que el factor de satisfacción del apoyo recibido determina en 7% la estrategia de autocontrol, lo que significa que cuanto más perciben los seropositivos, que durante el último mes han recibido más ayuda de la que necesitaban, tienen mayor autocontrol sobre la enfermedad, puesto que hacen planes de acciones y los siguen, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes, hacen ejercicio y meditan.

Tabla 35. Efectos significativos de los factores de apoyo familiar sobre la estrategia de autocontrol

FACTOR	RM	R ²	F	S	B	Error Estándar	BETA
Satisfacción del apoyo recibido	.28	.07	5.012	.029	.63	.28	.28

La figura 5, muestra el modelo de salud para la población de hombres seropositivos, en donde intervienen los factores: estatus de seropositividad, sintomatología depresiva y estrategias de enfrentamiento. Se presentan también las relaciones que existen con las variables mediadoras (personalidad y apoyo familiar).

Figura 5. Modelo de salud para la población de hombres seropositivos



10. DISCUSIÓN

10.1 Descripción de la muestra y del patrón sexual

Los resultados de estudio muestran que los hombres seronegativos y seropositivos tienen una edad promedio de 31 años, siendo una población joven y en edad productiva; el 59% de los sujetos de la muestra son homosexuales y el 40% bisexuales; el promedio de detección del virus en los hombres seropositivos, es de 4 años. Los datos anteriores concuerdan con los informes epidemiológicos de CONASIDA (1996, 1998, 2000).

En cuanto a su patrón sexual es importante destacar que la mayoría de los hombres que participaron en el estudio, se inició sexualmente a los 15 años, asimismo, reportan comportamientos sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA, como tener una actividad sexual intensa, con múltiples parejas sexuales (63 en promedio). Específicamente los hombres seropositivos reportan mayor inconsistencia en el uso del condón, tanto con sus parejas regulares como ocasionales, lo que, probablemente, los llevó a adquirir el VIH; de manera contraria, los hombres seronegativos reportan mayor consistencia en el uso condón con sus parejas ocasionales (siempre o casi siempre), al parecer este comportamiento, es lo que ha evitado que adquieran el VIH.

Los resultados anteriores confirman la tendencia epidemiológica de la transmisión del VIH (principalmente por contacto sexual) y la necesidad de realizar estudios que evalúen aquellos factores psicosociales relacionados con las conductas de prevención y de riesgo ante la enfermedad, por lo anterior, los resultados obtenidos en la investigación se discuten en este capítulo, a partir de la elaboración y aplicación de diferentes escalas de medición sobre estrategias de enfrentamiento ante el VIH/SIDA, personalidad, apoyo familiar y sintomatología depresiva. Se analizan las diferencias encontradas en los diferentes grupos

(seronegativos, seropositivos asintomáticos, seropositivos con CRS seropositivos en condiciones de SIDA), así como las relaciones encontradas entre las variables, finalmente se propone y se discute un modelo de salud para los hombres seropositivos y su relación con en el estatus de seropositividad.

10.2 Análisis intra escala

A. Estrategias de enfrentamiento

Al realizar el análisis psicométrico, se encontraron cuatro factores válidos y confiables. El primer factor está dirigido específicamente a la regulación emocional, donde se busca lo positivo del problema, se tiene esperanza en la vida y optimismo (reevaluación positiva), los siguientes tres factores son factores mixtos, enfocados tanto al control emocional como a la solución del problema, dos de ellos se definen como la búsqueda de apoyo profesional y social, el otro factor queda definido como autocontrol, debido a que hace referencia a comportamientos específicos para controlar el problema (como hacer un plan de acción y seguirlo, buscar nuevas alternativas de curación), sin embargo, también aparecen reactivos que indican un control emocional como: evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar. El último factor, se enfoca específicamente al control emocional, ya que hace referencia a la resignación ante la enfermedad.

La organización de la escala encontrada corresponde a las respuestas de enfrentamiento propuestas por Lázarus y Folkman (1984), aunque se pueden observar ciertas diferencias, por ejemplo, en el factor de autocontrol, en el modelo de Lazarus (1984) es un factor dirigido específicamente al problema, mientras que en este estudio aparece como una estrategia mixta, en donde no sólo se realizan comportamientos para resolver el problema, sino que también aparecen conductas enfocadas al control emocional.

Estas diferencias se encuentran apoyadas por los estudios de Díaz-Guerrero (1967, 1994) y Holtzman, Díaz-Guerrero y Swart (1975), quien señala que los individuos que pertenecen a la cultura mexicana se enfrentan al estrés de manera diferente, a como la hacen los miembros de la cultura norteamericana, mientras que los mexicanos tiende a confrontar la realidad a través de la automodificación, es decir, de manera pasivo-afiliativa (control emocional), los norteamericanos tienden a tratar de modificar el medio ambiente físico o social, es decir, de manera activa y de poder (autocontrol).

Al realizar el análisis de clasificación múltiple se encontraron diferencias en el estatus de seropositividad (ser seronegativo, seropositivo asintomático, con CRS o con SIDA) y las formas de enfrentar la enfermedad, el grupo de menor avance en la enfermedad (asintomáticos) manifiesta un bajo grado de estrés y poca resignación ante la enfermedad, en oposición al grupo que se encuentra en la última fase (SIDA) quienes consideran que realizan más esfuerzos para controlar la angustia que les causa la enfermedad, buscan menor apoyo social (buscar a alguien a quien confiarle el problema, asistir a grupos de autoapoyo, o participar en movimientos pro-derecho de los enfermos con SIDA) y se resignan ante la enfermedad.

Las correlaciones entre los factores señalan diferencias entre los grupos, mientras que en los seronegativos, seropositivos asintomáticos y con SIDA, la evaluación cognoscitiva de tener VIH/SIDA, no presenta relaciones significativas con las diferentes estrategias de enfrentamiento; en el grupo con CRS tiene una relación directamente proporcional con la búsqueda de apoyo profesional, el autocontrol y la resignación; al parecer cuando surgen los síntomas de la enfermedad, la angustia y el estrés generado (evaluación cognoscitiva) hace que se busque ayuda profesional y que se tenga mayor conciencia de que el SIDA es un padecimiento crónico degenerativo que lleva a la muerte, por lo que tratan de

buscar nuevas alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio, meditar, resignarse a la enfermedad y prepararse para morir.

En el caso de los seronegativos, no es sorprendente que la evaluación cognoscitiva no se relacione con las estrategias de enfrentamiento, debido a que no han adquirido el VIH; sin embargo, en los grupos de seropositivos asintomáticos y con SIDA tampoco aparecen correlaciones significativas, debido quizá al proceso que están viviendo en esos momentos, puesto que como indica Klüver-Ross (1988), el paciente con VIH/SIDA al enterarse de su enfermedad y el impacto que le causa el hecho de que va a morir, desencadena un proceso que va desde la negación, la ira, la negociación, la depresión, hasta la aceptación donde llega al fondo de su ansiedad y de su ira con respecto a la muerte, por lo que procede a resolver sus asuntos pendientes y finaliza con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo.

En general las estrategias de enfrentamiento correlacionan positivamente entre sí, de hecho, en los tres grupos de seropositivos (asintomáticos, con CRS y SIDA), aquellos que tienen un manejo positivo de las emociones causadas por la enfermedad (reevaluación positiva), manifiestan mayor autocontrol (realizan planes de acciones, hacen ejercicio, meditan, buscan nuevas alternativas de curación, evitan situaciones estresantes), buscan apoyo profesional y social.

Es importante mencionar que dentro los grupos que tienen CRS y SIDA, los seropositivos que más aceptan la enfermedad y se preparan para morir, mantienen mayor autocontrol, buscan apoyo profesional y tienen un manejo positivo de sus emociones; sin embargo, en el grupo de asintomáticos la estrategia de resignación no se relaciona con ninguna otra estrategia, posiblemente porque se encuentran en un proceso de negación, que impide que se preparen para morir y se resignen a la enfermedad.

B. Escala de Autoconcepto

Esta escala se basó en la propuesta por La Rosa (1986), al realizar el análisis psicométrico, se encontraron 7 factores válidos y confiables, que hacen referencia a los sentimientos interindividuales, la sociabilidad expresiva, el estado de ánimo, la salud emocional, la ética, la sociabilidad afiliativa y el factor ocupacional; la estructura de la escala corresponde a la propuesta por La Rosa, debido a que esta escala ya había sido validada en la población mexicana.

Los promedios obtenidos, indican que los hombres seropositivos y seronegativos tienen un autoconcepto alto en los factores de sentimientos interindividuales, ética, sociabilidad afiliativa y ocupacional, se consideran amorosos, afectuosos, cariñosos, románticos, sentimentales, leales, honestos, sinceros, verdaderos, educados, corteses, atentos, capaces, responsables y eficientes, sin embargo, su autoconcepto baja en los factores de sociabilidad expresiva, estado de ánimo y salud emocional, tendencia que es más marcada en los enfermos que están en la última fase de la enfermedad (SIDA).

A través del análisis de clasificación múltiple, se observaron diferencias en el factor de sociabilidad expresiva, los hombres que tienen SIDA son más introvertidos, callados, tímidos, inhibidos y reservados en comparación con los grupos de seronegativos y seropositivos asintomáticos, quienes se perciben más extrovertidos, comunicativos, desenvueltos, desinhibidos y expresivos.

A su vez, el análisis de correlación, indica que, en los diferentes grupos, los hombres que perciben más características positivas de sí mismos, en la dimensión social (sociabilidad expresiva, sociabilidad afiliativa), también las perciben en la dimensión emocional (sentimientos interindividuales, estado de ánimo, salud emocional), ética y ocupacional.

Los estudios realizados con autoconcepto y su relación con el estatus de seropositividad (Charles, 1995; Finney, Chan, 1981; Lazarus, Dunkel-Schetter, Delongis, Gruen, 1986) generalmente hacen referencia a un autoconcepto general e indican que entre más alto es el autoconcepto se manifiestan pocos comportamientos de riesgo ante el VIH y se realizan estrategias más activas para enfrentar la enfermedad; los resultados encontrados en este estudio, al compararlos con otros estudios, muestran la importancia de medir el autoconcepto en sus diferentes aspectos, puesto que se relacionan de manera diferencial, según sea el estatus de seropositividad, de esta manera, los resultados encontrados sugieren la importancia de mantener estados de ánimo positivos y una salud emocional positiva en los individuos portadores del VIH, sobre todo en aquellos que se encuentran en las últimas fases de la enfermedad.

C. Escala de Locus de control

Los promedios obtenidos en cada factor, indican que los hombres seronegativos y seropositivos son poco fatalistas para llevar a cabo medidas preventivas, sin embargo, el control externo aumenta en los factores de fatalismo/suerte ante la salud, el control de la familia ante la salud, la obtención de servicios médicos, medicamentos y en control del gobierno ante los problemas de salud; cabe aclarar que los promedios obtenidos son menores a la media teórica, por lo que en general se manifiesta un bajo control externo. Es importante mencionar que los reactivos que medían control interno no tuvieron pesos factoriales significativos, por lo que no cargaron en ningún factor, por lo que se sugiere que en estudios posteriores, se realicen reactivos para medir control interno, con una estructura conceptual más sólida.

El análisis de clasificación múltiple indica diferencias en el control expresado por los diferentes grupos de clasificación (seronegativos, asintomáticos, con CRS y con SIDA). Los resultados muestran que el grupo de mayor avance en la

enfermedad (enfermos con SIDA), tiene un control más externo relacionado con el llevar acabo medidas preventivas (uso de condón y tener sexo seguro), mantener su salud, obtener medicamentos y servicios médicos, en comparación con los grupos de seronegativos y asintomáticos, quienes manifiestan un bajo control por parte de su familia para mantener su salud, obtener medicamentos, servicios médicos y se consideran menos fatalistas ante la salud.

Las correlaciones indican diferencias en los grupos, mientras que, en el caso de los seronegativos, únicamente se relacionan las escalas de fatalismo ante la salud y ante las medidas preventivas, en el grupo de asintomáticos ya existe una relación más clara entre el fatalismo, el control de la familia y el gobierno ante la salud.

Por su parte, en los grupos con CRS y SIDA, las escalas tienen correlaciones altas y positivas entre sí; de esta manera, entre más fatalistas son ante los comportamientos de salud y el llevar acabo medidas preventivas, más dependerán de su familia o de las personas que le rodean para mantener su salud, obtener medicamentos y servicios médicos.

Los datos anteriores, parecen indicar que en las últimas fases de la enfermedad se tienen un mayor control externo (específicamente por parte de la familia) y son más fatalistas para mantener la salud y llevar a cabo medidas preventivas. Resultados como los anteriores se han encontrado en diferentes estudios (Cevallos, en prensa; Bandura, 1994; Lefcourt, 1983), los cuales indican que entre menor sea el control ante el VIH/SIDA, los individuos se vuelven más fatalistas y utilizan estrategias de enfrentamiento menos activas para reducir la angustia y la depresión causada por la enfermedad.

D. Escala de Autoeficacia

Esta escala se basó en el modelo de autoeficacia general propuesto por Bandura (1977), la cual mide la percepción de autoeficacia ante: la salud, llevar a cabo medidas preventivas y obtener servicios médicos y medicamentos.

Los promedios de cada factor, señalan que los hombres seropositivos y seronegativos, se sienten con capacidades propias para usar condón y tener sexo seguro en sus relaciones sexuales, tanto con parejas regulares como ocasionales. También se sienten capaces para mantener su salud física-mental, así como para conseguir servicios médicos y medicamentos.

El análisis de clasificación múltiple muestra diferencias en el factor de autoeficacia ante las medidas preventivas, el grupo que tiene SIDA, es el que menos eficacia personal percibe para usar condón y tener sexo seguro, en comparación con el grupo de seronegativos, quienes perciben mayor eficacia. Estos resultados son comprensibles al relacionarlos con el proceso que se vive en cada etapa; mientras que los seronegativos, los seropositivos asintomáticos y con CRS, aún tienen la energía suficiente para mantener éstos comportamientos preventivos, en el caso de los enfermos que ya se encuentran en la etapa terminal, su misma condición física les impide llevarlos a cabo, por lo que probablemente, ésta es la razón por la cual se consideran menos eficaces.

El análisis de correlación entre los grupos muestra que, en los hombres seronegativos no existen relaciones significativas entre las escalas, sin embargo, en los grupos de seropositivos (asintomáticos, con CRS y SIDA) existe una correlación positiva entre la autoeficacia ante las medidas preventivas y la autoeficacia ante la salud. Lo anterior parece indicar que para los hombres que no han adquirido el VIH, es independiente el sentirse capaces de usar condón y tener sexo seguro, con su eficacia para mantener su salud física o mental; dicho patrón

se presenta de manera diferente en los seropositivos, puesto que en estos grupos se mantiene una relación clara entre la capacidad que perciben de usar el condón y mantener su salud física y mental, probablemente el hecho de haber adquirido el virus los haga más concientes de ésta relación, ya que al usar condón o tener sexo seguro evitan reinfecciones y protegen a sus parejas sexuales.

E. Escala de apoyo familiar

Esta escala quedó constituida por cuatro factores válidos y confiables, que hacen referencia a la disfuncionalidad con la pareja y con el familiar que consideran su mejor cuidador, la satisfacción del apoyo recibido y al apoyo familiar (madre, padre y hermanos). En general los hombres seronegativos y seropositivos perciben una baja disfuncionalidad y un alto apoyo familiar, resultado que se pueden considerar como positivo, si se considera la importancia del apoyo familiar como un factor de ajuste ante la enfermedad.

El análisis de clasificación múltiple indica que, el grupo de seropositivos asintomáticos, manifiesta menor disfuncionalidad con su familiar que considera su mejor cuidador, en comparación con el grupo que tiene CRS, quienes están percibiendo con mayor frecuencia que su familiar les pide demasiado, los hace sentir culpables y enojados, situación que probablemente se relaciona con la aparición de los primeros síntomas del SIDA.

Por otra parte, el análisis de correlación indica que en los grupos de seronegativos y asintomáticos no existen relaciones entre las escalas, sin embargo, en el grupo con CRS la satisfacción en el apoyo recibido durante el último mes, tiene una relación directamente proporcional con el apoyo familia. De esta manera, los hombres seropositivos con CRS que se sienten satisfechos con el apoyo recibido, también perciben que siempre que lo necesitan, pueden contar con la ayuda de sus padres y hermanos.

En el grupo con SIDA se da una relación alta entre la disfuncionalidad con la pareja y la disfuncionalidad con su familiar que es su mejor cuidador ($r=.97$); al parecer, lo que está indicando esta relación, es que cuando perciben que su familiar los critica, les pide demasiado y los hace sentir enojados también perciben esta disfuncionalidad con su pareja; probablemente lo que está sucediendo, es que los enfermos con SIDA que tienen pareja, la consideran como su familiar que es su mejor cuidador.

F. Escala de Sintomatología depresiva

La escala quedó definida por tres factores (actividad retardada/somatización, afecto negativo y aislamiento) válidos y confiables. Se puede observar que en la escala desaparece el afecto positivo, que propone Radloff (1977) en la escala original.

Los promedios de respuesta, indican que en general los hombres seropositivos y seronegativos, en la semana anterior a la aplicación de la prueba, tenían poco afecto negativo, poca actividad retardada y somatización; asimismo, no manifiestan depresión ni aislamiento. Sin embargo, es importante señalar que el grupo que tiene SIDA manifiesta mayor actividad retardada y somatización en comparación con los grupos de seronegativos y asintomáticos, la situación de estar en la etapa terminal de la enfermedad lo hace sentir molestos, con mal apetito, poco concentrados, con miedo, no pueden dormir, hablan menos de lo usual, pasan ratos llorando y no tienen ganas de hacer nada.

Las relaciones entre los factores de las escalas en todos los grupos son significativas y positivas, de tal manera que, entre mayor es la actividad retardada, existe mayor depresión, tristeza (afecto negativo) y aislamiento. Es interesante observar que la relación entre actividad retardada y afecto negativo se va

incrementando en cada uno de los grupos; de tal manera que en el grupo de seronegativos su relación es media ($r=.59$), en el grupo de seropositivos asintomáticos es considerable ($r=.71$), en el grupo con CRS es alta ($r=.82$) y en el grupo con SIDA es muy alta ($r=.94$). Al parecer lo que está sucediendo en los grupos de seropositivos, es que al avanzar en las diferentes etapas de la enfermedad, se sienten cada vez más inquietos, no tienen ganas de hacer nada, sienten que todo lo que hacen es un esfuerzo, pasan ratos llorando, lo que ocasiona mayor afecto negativo (tristeza y depresión).

10. 3 Análisis de las correlaciones entre escalas

El análisis de correlaciones muestra diferencias entre los grupos, de esta manera, se observa que la evaluación cognoscitiva del estresor (tener VIH/SIDA) en el caso específico de los hombres asintomáticos, se relaciona positivamente con los factores de depresión (actividad retardada, afecto negativo y aislamiento) y fatalismo ante las medidas preventivas.

Los asintomáticos con altos niveles de angustia y estrés manifiestan mayor actividad retardada, afecto negativo y aislamiento; situación que puede acelerar la aparición de síntomas de la enfermedad, como lo demuestran los estudios realizados por Seligman (1990) Beck, Rush, Shaw y Emery, (1983), Rando (1984), quienes demuestran que los niveles altos de estrés, que se originan por el diagnóstico positivo y por las consecuencias de la enfermedad, provocan la aparición de síntomas psicósomáticos y depresión que aceleran el desarrollo de la enfermedad.

En los grupos de seronegativos y seropositivos con CRS y SIDA, la evaluación cognoscitiva del estresor no presenta relaciones significativas con los factores de depresión. En el caso de los seronegativos es un resultado lógico, puesto que no tienen el VIH, por lo que no presentan sintomatología depresiva relacionada con el

estresor. Lo que, probablemente, está sucediendo en el grupo con CRS, es que al aparecer los primeros síntomas de la enfermedad, los altos niveles de estrés, originados por su situación, se relacionan con el uso de estrategias más activas de enfrentamiento (apoyo profesional, autocontrol y resignación) y con la eficacia para mantener medidas preventivas, lo que hace que controlen su afecto depresivo; y en el caso de los enfermos con SIDA, el hecho de aceptar la enfermedad y de estar resignados ante ella (como lo demuestra el análisis de clasificación), provoca una baja relación con sus estados depresivos.

Otros resultados importantes indican que en el grupo de seropositivos asintomáticos, los que tienen un manejo positivo de sus emociones (reevaluación positiva) y mantienen un autocontrol sobre la enfermedad, presentan menor sintomatología depresiva, y los que, a su vez, buscan apoyo profesional y social se consideran más eficaces para llevar a cabo medidas preventivas, así como para mantener su salud y, también, indican sentirse más satisfechos del apoyo recibido durante el último mes.

En el grupo que tiene CRS el manejo positivo del estrés se relaciona con menor fatalismo ante las medidas preventivas y ante la salud; por su parte, las estrategias de apoyo profesional, autocontrol y resignación, así como el mantener estados de ánimo positivos, se relaciona con una mayor percepción de eficacia para llevar a cabo medidas preventivas, el mantener la salud; y manifiestan menor actividad retardada y afecto negativo.

En el grupo que tiene SIDA, a diferencia de los seropositivos asintomáticos y con CRS, la única estrategia que se relaciona con la autoeficacia para obtener servicios médicos, es la resignación a la enfermedad. Al parecer para los seropositivos que se encuentran en la fase terminal, el aceptar la enfermedad y prepararse para morir implica un sentimiento de eficacia para conseguir medicamentos y servicios médicos, "posiblemente porque se encuentran en el hospital y ahí reciben la atención adecuada".

En este grupo también se observa que entre más positivo sea su estado de ánimo, se perciben con mayor eficacia para usar condón, tener sexo seguro y para mantener su salud física y mental.

Asimismo, se observa que en todos los grupos de seropositivos (asintomáticos, con CRS y con SIDA) la percepción de autoeficacia para usar condón y tener sexo seguro en sus relaciones sexuales, así como el sentirse capaces de mantener su salud física y mental, se relaciona con menor sintomatología depresiva (actividad retardada y afecto negativo).

Los resultados anteriores confirman la importancia de mantener estrategias activas durante todo el proceso de la enfermedad, ya que genera menores estados depresivos, un mayor sentimiento de autoeficacia para llevar medidas preventivas, así como para mantener la salud física-mental, y estados de ánimo más positivos; además de que ayudan a controlar el estrés (sobre todo en el grupo con CRS) causado por la enfermedad. La evidencia teórica respalda los resultados encontrados; estudios como los de Antoni, Bagget, Ironson, La Pierriere, Klimas, Schneiderman y Fletcher (1991); Coates, Kegeles, Stall, Lo Morin y Mckisick (1988); Kelly (1993) y Folkman, Chesney, Mckusick, Ironson, Jonson y Coates (1991), indican la importancia de llevar acabo prácticas activas de enfrentamiento al estrés causado por el VIH/SIDA; ya que estas prácticas producen efectos positivos en la reducción de la depresión, estados de ánimo más positivos, además de que elevan ciertas funciones del sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida de los enfermos seropositivos.

Finalmente el apoyo familiar también juega un papel diferencial en el proceso de la enfermedad, mientras que para los seropositivos asintomáticos se relaciona con estados de ánimo más positivos, para el grupo con CRS se relaciona con el sentirse honestos, verdaderos y sinceros, sin embargo, en la etapa final (SIDA) de

la enfermedad adquiere gran importancia para controlar el estrés causado por ésta ($r=.87$).

Los datos anteriores se confirman en los estudios de Wolcott (1986); Broadhead, Kaplan, James y Wagner (1982); y Namir (1989), quienes demuestran la importancia del soporte social y familiar en el proceso salud-enfermedad. Específicamente en las personas que tienen SIDA, ya que contribuyen a su ajuste emocional.

10.4 Análisis del modelo de salud

El modelo propuesto en este estudio, está basado en el modelo de Lazarus y Folkman (1984) y Cervantes y Castro (1985). Lazarus, relaciona los eventos estresantes con las formas de enfrentarlos, afirma que el proceso psicológico de reaccionar a los eventos estresantes, no puede separarse de un proceso cognoscitivo, a través del cual, el sujeto evalúa el potencial amenazante del estímulo y al mismo tiempo inicia un proceso mental mediante el cual concibe la estrategia de afrontarlo.

Folkman y Lazarus (1980), señalan que los recursos de enfrentamiento se encuentran en la persona y en su entorno social, indican que los recursos personales incluyen: salud, energía, moralidad, resolución de problemas y sistema de creencias. Por su parte, los recursos medioambientales incluyen: recursos materiales y apoyo social.

Posteriormente, Lazarus (1984) agrega como recurso de enfrentamiento, las habilidades sociales del individuo, estas habilidades, se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar en una forma socialmente adecuada y efectiva.

Por su parte Cervantes y Castro (1985) plantean un modelo de afrontamiento al estrés, considerando a los antecedentes, los mediadores personales y ambientales, así como las consecuencias en el campo de la salud mental, a partir de las respuestas de enfrentamiento ante el estrés. Dicho modelo toma en cuenta a los estresores potenciales, la evaluación del estrés potencial (significado cognoscitivo, que delimita el grado de estrés del evento estresante), los mediadores internos (factores de personalidad o factores internos que median en la experiencia del estrés), los mediadores externos (fuentes de información ambientales que afectan la habilidad de la persona para enfrentar el estresor, como el apoyo familiar), las respuestas de enfrentamiento (recursos personales para hacer frente al estresor) y las consecuencias a corto (depresión) y largo plazo (efectos sobre la salud).

A partir de los modelos expuestos anteriormente, el modelo de este estudio (figura 5) incluye: al evento estresante (tener VIH/SIDA), la evaluación cognoscitiva del estresor, es decir, los esfuerzos que realizan los seropositivos, para controlar la angustia que les causa el VIH/SIDA, las estrategias para enfrentar al estresor, la sintomatología depresiva y su relación con el estatus de seropositividad.

También se consideraron los mediadores internos (características de personalidad) y los mediadores externos (apoyo familiar), así como su influencia sobre la evaluación cognoscitiva, las estrategias de enfrentamiento, la sintomatología depresiva y el estatus de seropositividad.

Para evaluar la congruencia estructural del modelo propuesto anteriormente, se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos, en la muestra de seropositivos al VIH con diferente estatus (asintomáticos, con CRS y con SIDA).

El modelo presentado confirma, al igual que los modelos clásicos de psicología de la salud (Bruchon-Schweitzer, 1996, Lazarus y Folkman, 1984, Cervantes y

Castro, 1985), que los hombres seropositivos representan un papel activo durante el proceso de la enfermedad, ya que la enfrentan, a través de diferentes estrategias (reevaluación positiva, apoyo profesional, apoyo social y resignación), las cuales surgen para controlar el estrés causado por tener el VIH. Dichas estrategias determinan los estados depresivos en los seropositivos y, a su vez, éstos estados depresivos se vinculan directamente con el estatus de seropositividad.

Asimismo, la evaluación cognoscitiva del estrés, las estrategias de enfrentamiento, la sintomatología depresiva y el estatus de seropositividad, tienen una clara relación con los factores mediadores internos (personalidad) como externos (apoyo familiar).

Específicamente, el estatus de seropositividad (ser: asintomático, con CRS o con SIDA) explica en 27% la variabilidad de la evaluación cognoscitiva del estresor, (si requieren esfuerzos extras para controlar la angustia causada por su condición), al parecer, el avance en las fases de la enfermedad genera ansiedad y estrés, lo que determina las estrategias de búsqueda de ayuda profesional, prepararse para morir y resignarse a la enfermedad, para enfrentar, de esta manera, los estados de ansiedad.

Al respecto Taylor, Kemeny, Schneider y Aspinwall (1993), encontraron que los hombres homo/bisexuales seropositivos que tienen altos niveles de estrés, muestran estrategias de enfrentamiento menos activas y fatalistas. De hecho, en el modelo presentado, la estrategia de resignación junto con un pobre manejo positivo de las emociones (reevaluación positiva) determina en 28% la actividad retardada y somatización.

El modelo muestra que un manejo positivo de las emociones (por ejemplo, buscar lo positivo del problema, ser optimista, inspirarse para hacer algo creativo, tener esperanza, cambiar o crecer como persona), mantener un autocontrol sobre el

problema (hacer un plan de acción y seguirlo, buscar nuevas alternativas de curación, evitar situaciones estresantes, hacer ejercicio y meditar) y buscar apoyo social (buscar a alguien a quien confiarle el problema, buscar grupos de autoapoyo y participar en movimientos pro-derecho de los enfermos con SIDA) genera una baja sintomatología depresiva (en lo que se refiere a: actividad retardada, somatización, afecto negativo y aislamiento).

De esta manera, se puede concluir que las estrategias activas de enfrentamiento se relacionan con bajos niveles de depresión en los hombres seropositivos, esto es sumamente importante, puesto que, como se ha encontrado en numerosos estudios (Taylor, Kemeny, Schneider y Aspinwall, 1993; Bandura, 1994; DiClemente y Peterson, 1994, Blomkvist, Theorell, Jonsson, Schulman, Berntorp, Stiegendal, 1994, Moscoso, 1995, Mustaca y Bentosela, 1995; Solomon, 1989; Weiner, 1997), el manifestar altos niveles de sintomatología depresiva se vincula directamente con un deterioro en el estado inmunológico de los pacientes portadores del VIH, provocando que aparezcan síntomas psicósomáticos e infecciones oportunistas, que aceleran el desarrollo de la enfermedad.

En el modelo presentado el estatus de seropositividad juega un papel importante, tanto en la relación que comparte con la sintomatología depresiva (retardada/somatización y afecto negativo) como con las estrategias de enfrentamiento, probablemente el avanzar en las diferentes fases de la enfermedad, genera mayor actividad retardada, afecto negativo, pero también mayor resignación y autocontrol ante ésta.

Al observar la influencia de las variables mediadoras internas (características de personalidad), sobre cada uno de los componentes estructurales del modelo, se observa la influencia que ejerce el control externo sobre la evaluación cognoscitiva. Los seropositivos que manifiestan altos niveles de estrés, son más fatalistas ante las medidas preventivas (usar condón, tener sexo seguro, obtener servicios médicos, medicamentos), perciben mayor control del gobierno para

resolver los problemas de salud y menor control por parte de su familia para obtener medicamentos y servicios médicos.

Lefcourt (1983) plantea la importancia que tiene el locus de control como una variable moderadora del estrés, y especifica que tiene un alto valor predictivo en comportamientos relacionados con la salud, ya que modera el impacto potencial de los estresores, por ejemplo, personas con un locus de control externo los eventos negativos de la vida los asocian más cercanamente a la depresión y ansiedad, que las personas con un control interno. Sin embargo, también existen estudios que afirman que las personas internas también pueden sufrir altos grados de ansiedad y estrés al atribuirse así mismas las causas que originaron los eventos negativos en sus vidas.

En este sentido Manuck, Hinrichsen y Ross (1975), indican que el evento estresante, juega un papel relevante, ya que mientras genere estados de ansiedad, las personas con control interno atribuyen el origen de ese evento a ellos mismos, pero si la ansiedad es controlada, los eventos estresantes van a ser asumidos, por ellos mismos, como experiencias más positivas.

Los datos anteriores son importantes, puesto que si se quiere reducir el estrés ocasionado por la enfermedad, las intervenciones psicoterapéuticas deben generar y reforzar habilidades de control personal interno, y, sobre todo, controlar la angustia generada por el estresor, lo que llevará, posiblemente, a mantener comportamientos preventivos y de salud en los pacientes portadores del VIH.

Las estrategias activas de enfrentamiento (reevaluación positiva, búsqueda e apoyo profesional y social), se vinculan directamente con bajo fatalismo, alta autoeficacia ante las medidas preventivas y estados de ánimo positivos (estar contentos, alegres, optimistas). De manera contraria, la estrategia pasiva de enfrentamiento (resignación) se relaciona con un mayor fatalismo ante la salud, al parecer, la

percepción de control interno (locus de control) y de autoeficacia sobre la salud, genera estrategias más eficaces ante la enfermedad.

Diversos estudios (Leary y Brown, 1995, Bandura, 1994, Rosenstock, Strecher, Marshall y Becker, 1994, Lazarus, 1991, Miller y Leary, 1993), han demostrado que las personas con enfermedades crónicas (artritis reumatoide, VIH/SIDA, cáncer) que tienen mayor percepción de autoeficacia y control personal para enfrentar los estresores provocados por la enfermedad (síntomas físicos, dolor, muerte, entre otros) desarrollan habilidades o estrategias cognoscitivas y conductuales más activas, enfocadas a reducir la tensión de manera positiva y mantener comportamientos saludables, lo que se relaciona directamente con un buen estado del sistema inmunológico.

Por su parte un control externo (fatalismo/suerte), bajos niveles de autoeficacia ante la salud, así como estados de ánimo negativos, se relacionan con la sintomatología depresiva (actividad retardada/somatización y afecto negativo) y mayor avance en la enfermedad (estatus de seropositividad).

La relación existente entre la percepción de autoeficacia, control personal, estados de ánimo y depresión, ha sido ampliamente estudiada; por ejemplo, Bandura (1982, 1986, 1994) indica que cuando las personas tienen la creencia de ser incapaces para realizar ciertas conductas, por lo general, presentan un bajo control personal para iniciar o mantener estrategias activas durante el proceso de la enfermedad, lo que genera sentimientos de autodevaluación, estados de ánimo negativos y afecto depresivo.

Los resultados anteriores, nuevamente sugieren la importancia de que los enfermos seropositivos mantengan un control interno sobre su estado de salud, el que se sientan capaces de ejecutar acciones que mantengan tanto su bienestar físico como mental y el tener estados de ánimo positivos (optimismo, alegría, esperanza) para reducir, de esta manera, la depresión causada por la enfermedad

y detener la aparición de síntomas psicosomáticos que aceleran el desarrollo de la misma.

Finalmente es importante mencionar la función de la variable mediadora externa (apoyo familiar) dentro del modelo. Los resultados obtenidos indican que la satisfacción del apoyo recibido se vincula con la estrategia de autocontrol y, por su parte, la disfuncionalidad con el familiar que es su mejor cuidador, se relaciona con la actividad retardada, la somatización y el afecto negativo.

Los datos anteriores marcan la importancia del apoyo familiar como un factor de ajuste emocional y promotor de habilidades o estrategias conductuales activas para enfrentar la enfermedad, específicamente, el buscar nuevas alternativas de curación, hacer ejercicio, meditar y evitar situaciones estresantes.

11. CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación, así como su análisis en la discusión, permitieron cubrir todos los objetivos y establecer las diferencias y las relaciones entre las variables implicadas, así como comprobar las hipótesis planteadas.

El estudio permitió describir el patrón sexual de los hombres seronegativos y seropositivos en los diferentes estatus de la enfermedad; así como la elaboración de instrumentos válidos y confiables para poder desarrollar el modelo teórico propuesto y presentar un diagnóstico del comportamiento de cada una de las variables evaluadas, en los diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, es importante destacar que los resultados no se pueden generalizar debido a que la muestra no fue seleccionada de manera probabilística.

Los resultados analizados anteriormente, llevan a concluir que, para que los programas de salud, enfocados al bienestar y a mejorar calidad de vida de los hombres seropositivos, en sus diferentes estatus, tengan éxito, es necesario tomar en cuenta factores como las estrategias de afrontamiento, debido a que son un factor crítico durante el proceso de la enfermedad, específicamente, la reevaluación positiva, el autocontrol y la resignación, ya que se vinculan directamente con la sintomatología depresiva y el estrés causado por su estatus de seropositividad.

Asimismo, se deben considerar factores como: el control interno, la autoeficacia, los estados de ánimo positivo y el apoyo familiar, puesto que determinan, de manera importante, las estrategias activas de enfrentamiento, bajos niveles de sintomatología depresiva y menor avance en la enfermedad.

Por lo anterior, se sugiere que las intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual, deben incluir estrategias de afrontamiento mixtas (que se dirijan tanto

al control emocional como al problema), en las que se entrene al paciente para que tengan un control interno de su salud y sean menos fatalistas; así como que generen optimismo y un estado de ánimo positivo, lo cual repercutirá directamente en su estatus de seropositividad, al elevar ciertas funciones del sistema inmune y, por lo tanto, que se retrase la aparición de los síntomas relacionados con el SIDA.

Finalmente se recomienda realizar mediciones longitudinales y probar el modelo en las diferentes fases de la enfermedad, para poder observar los cambios de las respuestas de enfrentamiento de manera más específica. También se sugiere que el estudio sea aplicado en diferentes grupos de edad, con muestras representativas, debido a que el significado y comprensión de la enfermedad, puede variar, y, por lo tanto, el proceso sea diferente.

REFERENCIAS

- Adelman, M. (1989). Social support and AIDS. *AIDS and public, policy Journal*, 4, 31-39.
- Alcocer, V.J. (1989). La inmunología del SIDA. En Sepúlveda, A.J., Bronfman, L., Ruiz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. *SIDA Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Allport, G. (1965). *Psicología de la personalidad*. Paidós, México.
- Anderson, K. O., Bradley, L.A., Young, L.D., Mc. Daniel, I.K. y Wise, C. (1985). Rheumatoid arthritis. Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychology Bulletin*, 98, 358-387.
- Andrade, P. P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. *Tesis de Doctorado*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Antoni, Baggett, Ironson, La Pierriere, Klimas, Schneiderman y Fletcher (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardila, R. (1988). *Síntesis experimental del comportamiento*. Madrid: Alhambra.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection. En Diclemente, R. y Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York and London: Plenum Press.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J. y Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 563-571.
- Barrera, M., (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. En Gottlieb, B.H. (Ed.) *Social networks and social support*. Beverly Hills, C.A: Sage.
- Barrientos, G. (1992). Reseña histórica de la Psicología del estrés y los estilos de confrontación: Contribuciones teóricas y aspectos transculturales. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 8, 1-2, 49-69.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social. Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. España: Siglo XXI.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International press.
- Beck, A.T., Rush, Shaw, B.T. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Blomkvist, V., Theorell, T., Jonsson, H., Schulman, S., Berntorp, E., Stiegender, L. (1994). Coping style in relation to the consumption of factor concentrate in HIV-Infected Hemophiliacs during the years after infection became known. *Psychother psychosom*, 61:205-210.

- Bronfman, M., Amuchastegui, A., Martina, R.M., Minello, N., Rivas, M. Y Rodríguez, G. (1995). *SIDA en México, migración, adolescencia y género*. Información Profesional Especializada S.A. de C.V.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E. (1982). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of epidemiology*, **117**, 521-553.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1996). Recherches en psychologie de la santé et problèmes éthiques. *Psychologie Française*. **41,2**, 107-115.
- Bryant, C. (1982). The impact of kin, friend and neighborhood networks on infant feeding practices. *Social Science and medicine*, **16**, 1757-1765.
- Cappaln, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.G., Miller, D. S., Brown, L.L. y Miller, C. (1985). Psychosocial correlates of survival in malignant disease. *New England Journal of Medicine*, **312**, 1551-1555.
- Castillo, G., González-Ortiz, H., y García, G. (1995). Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). *Avances en Psicología clínica Latinoamericana*. **13**, 89-99.
- Ceballos, C. (en prensa). Ethnicity, emotional distress, stress-related disruption and coping among VIH seropositive gay males. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*.
- Cervantes, R. C. y Castro, F.G. (1985). Stress Coping and Mexican American mental Health. A systematic Review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, **7**, 1, 1-73.
- Charles, K.A. (1985). Factors in the primary prevention of AIDS in gay and bisexual men. *Tesis de Doctorado*. Berkeley: The California School of Professional Psychology.
- Coates, Kegeles, Stall, Lo, Morín y McKusick (1988). AIDS antibody testing: Will it stop the AIDS epidemic? *American Psychologist*, **43**, 859-864.
- Cobb, S. (1976) Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. **38**, 5, 300-331.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*. **7**, 269-297.
- Colón-Ortiz, R. (1992). Grupos de Apoyo para hombres gay HIV seropositivos: Un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de psicología*. **24**, 1-2, 189-200
- Conway, T.L., Vickers, R.R., Ward, h.W y Rahe, R.H. (1981). Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behavior*, **22**, 155-165.
- Cooley, C.H. (1968), The social self: On the Meaning of "Y". En Gordon, C. y Gergen, K.L. (Eds.), *The self in social interaction* (Vol. I). New York: John Wile and Sons, Inc.
- Coopersmith (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Coiné, J. C. y Gottib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical approach. *Psychological Bulletin*, **94**, 472-505.
- Cueli, J. (1976). *Teorías de la Personalidad*. Trillas, México.
- Crocker, J., Alluy, L.B. and Kayne, N.T. (1988). Attributional style depression and perception of consensus for events. *Journal of Personality and Social psychology*, **54**, 840-846.
- Cwikel, J.E. y Israel, B. (1985). Practice applications of health related intervention studies of social support and social networks. *Manuscrito inédito*.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. Mc. Graw Hill, México.
- Díaz-Guerrero R. (1967). The active and passive syndromes. *Revista Interamericana de Psicología*, **1,4**, 263-272.

- Díaz-Guerrero R. (1973). Interpreting coping styles across nations from sex and social class difference. *International Journal of Psychology*, 8, 3, 193-203.
- Díaz Guerrero R. (1982). *Psicología del Mexicano*. Trillas, México. Cuarta Edición.
- Díaz Guerrero R. (1994). *Psicología del Mexicano*. Trillas, México. Sexta Edición.
- Díaz-Loving, R. (1994) Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. en Julio Piña (Ed.), *SIDA y Salud en México*. México:Universidad de Sonora.
- Díaz-Loving R., Andrade, P.P (1984). Una escala de locus de control para niños mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 18,1-2, 21-33.
- Diclemente, C. y Prochaska, J. (1985). Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change. En Shiffman, S. (Eds). *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Diclemente, R. y Peterson, J. (1994). *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press.
- Dilley, Ochitill, Pen y Vonlberding (1985). Findings in Psychiatric consultations with patients with AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 142, 82-96.
- Ekstrand, M. L. y Coates, T. J. (1990). Maintenance of safe sexual behaviors and predictors of risk sex: The San Francisco Men's health Study. *American Journal of Public Health*. 80, 973-977.
- Elliot, G. R. y Eisdofer, C. (1982). *Stress and human health*. New York: Springer.
- Emmott, S. (1991). Cognitive group therapy for coping with HIV infection. Trabajo presentado en el *Seventh International Conference on AIDS*, Florence, Italy.
- EPI/Conasida (1989). *SIDA/ETS*. 3,6.
- EPI/Conasida (1993). *SIDA/ETS*. 7,9.
- EPI/Conasida (1994). *SIDA/ETS*. 8,8.
- EPI/Conasida (1996). *SIDA/ETS*. 2,2.
- EPI/Conasida (1997). *SIDA/ETS*. 3,3.
- EPI/Conasida (1998). *SIDA/ETS*. 4,1.
- EPI/Conasida (2000). *SIDA/ETS*. 4,2.
- Faulstich, M. (1987). Psychiatric aspects of AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 142,82-86.
- Fleming, R., Baum, A. y Singer, J.E. (1984). Toward and integrative approach to the study of stress. *Journal and Personality and Social Psychology*. 46, 4, 939-949.
- Folkman, Chesney, McKuscik, Ironson, Johnson y Coates (1991). Translating coping theory into an intervention. En Eckenrode, J. (Ed.), *The social context of coping*. New York: Plenum Press.
- Folkman y Lazarus (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54,3, 466-475.
- Folkman, S., Lazaus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.D. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of personality and Social Psychology*. 50,5 992-1003.
- Folkman, S., Schaefer, S. y Lazarus, R.S (1979). Cognitive processes as mediator of stress and coping. En: Hamilton, V. and Warburton, D. (Eds.), *Human Stress and Cognition*. New York: John Wiley.
- Font, A. (1990). Las expectativas como predictoras de cambios emocionales. En el *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, 238-246. Valencia Colegio Oficial de Psicólogos.
- Garau, J. y Martínez, J. (1990). *EI SIDA*. Barcelona: EMEKA.

- Goedert, J.J. (1989). A prospective study of Human Immunodeficiency virus type 1. Infection and the development of AIDS in subjects with hemophilia. *New England Journal of Medicine*, **321**, 1141-1148.
- González, F. C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. *Tesis de maestría*. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, G. (1989). Construcción ideológica del SIDA por tres varones homosexuales: Un estudio descriptivo en Puerto Rico. *Tesis de maestría*. Departamento de Psicología. Universidad de Puerto Rico.
- Green B.J. (1993). *Social Support Strategies*. Beverly Hills: Sage.
- Greery, S. , Morris, T. y Pettingale, K.W. (1979) Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The lancet*, *ii*, 785-787.
- Harpin, R.E. (1978). Depression. *Psychiatry Clinics of North America*. **1**, 2, 405-417.
- Hays, Chauncey y Tobey (1990);The social support networks of gay men with AIDS. *Journal of community Psychology*, **18**, 374-385.
- Hays, R.B. y Peterson, L.J. (1994). HIV prevention for gay and bisexual men in metropolitan Cities. En Diclemente, R.J. and Peterson, J.L. (Eds.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press.
- Hernand, D. y Arnaud, S. (1996). Perception subjective du sentiment de bien-être et de la santé de seropositifs asymptomatiques. *Psychologie Française*. **41**,2, 189-196
- Hiroto, T y Seligman, M. E. (1975). *Helplessness on Depression development and death*. San Francisco, Freeman.
- Holahan, C. y Moos, R. (1986). Personality, coping and family resources in stress resistance: A Longitudinal Analysis. *Journal of personality and Social Psychology*, **51**, 389-395.
- Holtzman, W.H. , Díaz-Guerrero, R., Swartz, J. D. (1975). En colaboración con. Lara-Tapia, L. Laosa, M. L. Morales, I., Reyes-Lagunes, I. Y Witzke. *Personality development in two cultures. A cross-cultural longitudinal study of school-children in Mexico and the United States*. University of Texas Press, Austin. Publicado en español por Ed. Trillas, México, 1975.
- Hoppe, S. (1995). STAR Project. University Hospital, University of Texas at San Antonio.
- House y Kahn, (1985). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Izazola, L.J., Ávila, F.C. Gortmaker, S.L., Del Río, C.C. (1995). Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Pública de México*, **37**,6, 602-613.
- Johnson y Sarason (1978). Life stress, depression an anxiety: Internal-external control as moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, **22**, 205-208.
- Kelly (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, **150**, 1679-1686.
- Kiecolt-Glaser, J.K. (1988). Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain Behavior and Immunity*, **22**, 155-165.
- Kirscht, J.(1983). Preventive Health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology*, **2**, 277-301.
- Klüver-Ross (1970). *On death and dying*. London: Tavistock Publications.
- Klüver-Ross (1988). *The ultimate challenge*. New York:McMillan.
- LaPerriere (1991). Aerobic exercise training in an AIDS risk group. *International Journal of Sport medicine*, **12**, S53-S57.
- La Rosa, J. (1986). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y Validación. *Tesis de Doctorado*. Facultad de Psicología, UNAM.

- La Rosa, J. y Díaz, R. (1988). Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 4, 40-57.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. En Eisdorfer, C., Cohen, D. y Keimman y Maxim (Eds.) *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Lazarus, R. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
- Lazarus, R. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 1, 3-13.
- Lazarus, R. S. (1991a). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- Lazarus, R.S. (1991b). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer. En Español: *Estrés y Procesos cognoscitivos* (1986). Barcelona: Martínez Roca.
- Lefcourt, H. M. (1983). The locus of control as a moderator variable: Stress. En Lefcourt, H. M. (Ed). *Research with the locus of control construct, developments and social problems*. 2. London: Academic Press.
- Lewallen, A. y Greary, J. (1986). *Problemas psicosociales en el manejo de personas con SIDA*. Puerto Rico: Fundación AIDS.
- Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maddux, J.E. (1995). Self-Efficacy Theory. An Introduction. En Maddux, J.E. (Ed.), *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment. Theory, Research and application*. Plenum press. New York and London. 3-33.
- Mahl, G.F. (1953). Physiological changes during chronic fear. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 56, 240-249.
- Manuck, S.B., Hinrichsen, J. J., y Ross, E.O. (1975). Life stress, locus of control, and state and trait anxiety. *Psychological Reports*, 36, 413-414.
- Master, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana*. (3), Grijalbo, México.
- Matarazzo, J. D. (1994). *Behavior Health: a Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Mc. Cambie, C.M. (1986). The cultural impact of the AIDS test: The American experience. *Social Science and Medicine*, 23, 455-459.
- McKusick, L. (1988). The impact of AIDS on practitioner and client: Notes on the therapeutic relationship. *American Psychologist*, 43, 935-940.
- McKusick, L., Coates, T. J., Morin, S., Pollack, L. y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: The AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health*, 80, 978-982.
- Miller, S. M. y O'Leary, A. (1993). Cognition, stress and health. En Dodson, K. And Kendall, R.C (Eds.), *Cognitions and psychopathology*. New York: Academic Press.
- Moss, A. R. (1988). Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS related condition. *British Medical Journal*, 296, 745-750.
- Moos, A. R., Finney, J. y Chan, D. (1981). The process of recovery from alcoholism: Comparing alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 383-402.
- Moscoso, M. (1995). Manejo cognitivo-conductual del estrés en individuos VIH-1 seropositivos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 39-53.

- Mustaca, A. y Bentosela, M. (1995). Estados Psicológicos, Salud y enfermedad. **Avances en Psicología clínica Latinoamericana**, *13*, 101-119.
- Namir, S. (1989). The relation ship of social support to phisical an psychological aspect of AIDS. **Psychology and Health**, *3*, 77-86.
- Namir, S., Wolcott, D. L., Fawzy, F. I., y Alumbough, M. J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. **Journal of Applied Social Psychology**, *17*, 309-328.
- Nichols, S. (1985). Psychosocial reactions of persons with the adquired immunodeficiency syndrome. **Annals of Internal medicine**, *103*, 765-767.
- Norbeck, J.S. y Tilden, V. P. (1983). Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy. A prospective, multivariate study. **Journal of Health and Social Behavior**, *24*, 30-46.
- O'leary, A. (1985). Self-efficacy and health. **Behaviors Research and Therapy**, *23*, 4, 137-451.
- O'Leary, A., Loring, J. y Holman, H. R. (1988). A cognitive behavioral treatment for rheumatoid arthritis. **Health Psychology**, *7*, 527-544.
- Papalia, D.E. y Olds, S. (1985). **Desarrollo Humano**. México, Mc. Graw Hill.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. **American Journal of Orthopsychiatry**, *52*, 1, 20-31.
- Preciado y Montecino (1992). El SIDA: Desafios para la Psicología. **Revista Latinoamericana de Psicología**, *24*, 1-2, 177-178.
- Rabkin. (1990). Life events, stress and illnes. **Science**, *194*, 1013-1020.
- Radloff, I. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applications Psychological Meas**, *1*, 385-401.
- Ramos, L. L., Díaz-Loving, R., Saldivar, G., y Martínez, I. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. **Revista de Salud Mental**, *12*, 20.
- Rando, T. (1984). **Grief, dying and death**. Illinois: Research Press Co.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1994). Social learning and health model. **Health Education Quarterly**, *15*, 175-183.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychology Monographs**, *80*, 609.
- Sabogal, F., Sandlin, G., Reyes, R., Aguirre, V., Bregman, G. y Lemp, G. (1992). Hombres Latinos "Gay" y Bisexuales: Una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA. **Revista Latinoamericana de Psicología**, *24*, 1-2, 57-69.
- Salgado de Snyder, V. N. Y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. **Salud Pública de México**, *36*, 200-209.
- Sánchez, C. S. (1983). **Diccionario de las Ciencias de la Educación**. México: Santillana.
- Sánchez, M. G., Ponce de León, S. y Ruiz, P.G. (1989). Historia natural de la infección por VIH. En Sepúlveda, A.J., Bronfman, L., Ruiz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. **SIDA Ciencia y Sociedad en México**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sandler, I. N. (1980). Social support resources, stress and maladjustment of pour children. **American Journal of Community Psychology**, *8*, 1, 41-52.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and main tenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. In Schwarzer, R. (Ed.), **Self-efficacy: Thought control of action**. Washinton, D.C.: Hemisplere.
- Seley, H. C. (1950). **The stress of life**. New York: Mc. Graw Hill.
- Seligman M.(1967) "Failure to scape traumatic shock. **Journal of Experimental Psychology**, *74*, 1-9.

- Seligman, H. C. (1990). *El optimismo es una ventaja y un placer que se adquieren*. Buenos Aires: Atlántida.
- Sepúlveda (1989). *Sida, Ciencia y Sociedad en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sepúlveda, A. J., y Galindo, R.B. (1989). El SIDA en México: Una Introducción. En Sepúlveda, A.J., Bronfman, L., Ruiz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. *SIDA Ciencia y Sociedad en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Slavin, L. A., y Rainer, K. L. (1990). Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents: A prospective analysis. *American Journal of Community Psychology*, 18, 3, 407-421.
- Snyder, V. N., y Padilla, A. M. (1987). Social support networks: Their availability and effectiveness. *Research Monograph*, 1, 93-107.
- Soler, C., y Gudiño, R. (1995). Once años del descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Salud Pública de México*, 37, 6, 499-509.
- Solomon, G. F. (1989). The emerging field of psychoneuroimmunology. With a Special Note on AIDS. *Advances*, 2, 6-19.
- Spielberg, C.D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academy Press.
- Stall, R., Coates, T. J. y Hoff, C. (1988). Behavioral risk reduction infection among gay and bisexual men: A comparison of published results from the United States. *American Psychologist*, 43, 11, 878-885.
- Stanislawski, E., (1989). El agente causal del SIDA. En Sepúlveda, A.J., Bronfman, L., Ruiz, P., Stanislawski, E., y Valdespino, J. *SIDA Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Taylor, Kemeny, Schneider y Aspinwall (1993). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Torres, M. K., Alfaro, M.L., y Díaz-Loving, R. (1999). La perspectiva bio-médica: etiología y epidemiología del VIH/SIDA. En Díaz-Loving, R. Y Torres, M, K. (Coordinadores). *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. México, Facultad de Psicología, UNAM y Porrúa.
- Turner, C., Miller, H. y Moses, L. (1990). *AIDS the second decade*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Turner, R.J. (1993). Direct indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En Kaplan, H.B. *Psychosocial stress Trends and Theory research*. New York: Academy Press.
- Valdespino, J., García, G., M., Del Rio, C. C., Cruz, P. C., Loo, M. E., y López, S. A. (1995). Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia del VIH/SIDA. *Salud Pública en México*, 37, 6, 549-555.
- Vaux, A. (1988) *Social Support: Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.
- Villamarín, F. (1990). Las expectativas como variables predictoras en los procesos de adaptación. En el *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, 71-75. Valencia Colegio Oficial de Psicólogos.
- Weyner, E. A., Flannery, G.R y Singer, G. (1978). The effects of taste aversion conditioning on the primary antibody response to sheep red blood cell and brucella abortus in the albino rat. *Psychology and Behavior*, 21, 995-1000.
- Wolcott (1986). Illness concerns, attitudes toward homosexuality, and social support in gay men with AIDS. *General Hospital psychiatry*, 18, 305-403.
- Wolpe, S. (1977). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Yates, A. (1976). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas.

ANEXO 1

Clasificación y vigilancia para la infección del VIH en adolescentes y adultos

CD4 CATEGORÍAS	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A	B	C
(A) ≥ 500	<p>Una o más de las condiciones que a continuación se describen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección asintomática por VIH; - Linfadenopatía persistente Generalizada. - Infección primaria aguda por VIH; asociada a un padecimiento o antecedente de infección aguda. 	<p>Padecimientos indicativos de un defecto en la inmunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angiomatosis basilar. - Candidiasis orofaríngea. - Candidiasis vulvo-vaginal persistente o frecuente, sin respuesta a tratamiento. - Displasia cervical (moderada o severa). - Carcinoma cervical. - Ataque al estado general como fiebre (38.5° C.), diarrea de más de un mes de evolución. - Leucoplasia oral. - Herpes zoster por lo menos dos episodios. - Enfermedad inflamatoria pélvica. - Neuropatía periférica 	<ul style="list-style-type: none"> - Candidiasis pulmonar, bronquial, traqueal o esofágica. - Cáncer cervico-uterino invasivo - Coccidiosis o deseminada extrapulmonar, crónica intestinal. - Citomegalovirus (hígado, bazo o ganglios). - Retinitis con pérdida de la visión. - Encefalopatía (relacionada al VIH). - Herpes simples. - Úlceras crónicas - Bronquitis neumonitis o esofagitis. - Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar. - Isosporiasis intestinal crónica. - Sarcoma de Kaposi - Leucoencefalopatía progresiva multifocal. - Linfoma inmunoblástico. - Linfoma primario cerebral - Neumonía recurrente o por neumocistitis carini. - Septicemia recurrente por salmonella. - Síndrome de desgaste por VIH. - Toxoplasmosis cerebral.
(B) 200 – 400			
(C) < 200			

Fuente: MMWR, 1992; 41 (RR-17)

ANEXO 2

Nombre _____	No. de Cuestionario				
	1	2	3	4	5

ENCUESTA DE SELECCIÓN

Me gustaría hacerte algunas preguntas para saber si puedes participar en el Estudio que actualmente está llevando a cabo la Facultad de Psicología de la UNAM. Puede ser que alguien de la clínica ya te haya hecho algunas de las preguntas, pero necesitamos repetirlas

ES1. ¿Te has hecho la prueba del VIH/SIDA?

(1) No

(2) Sí ¿Cuántas veces? _____ veces

ES2. ¿Cuáles fueron los resultados?

(1) VIH positivo

(2) VIH negativo (Pasa a la pregunta ES12)

ES3. ¿Hace cuanto tiempo te detectaron el VIH?

ES4. ¿Cuántos años tienes?

ES5. ¿Vives en el Distrito Federal?

(1) Sí (2) No ¿Dónde vives? _____

ES6. ¿Has tenido relaciones sexuales?

(1) Sólo con mujeres

(2) La mayoría de las veces con mujeres y ocasionalmente con hombres

(3) Tanto con hombres como con mujeres

(4) La mayoría de las veces con hombres y ocasionalmente con mujeres

(5) Sólo con hombres

ES7. ¿Cuáles fueron los resultados de tu último perfil inmunológico?

Cuenta de: CD4 _____ de CD8 _____ y carga viral _____ copias

ES8. ¿Cuál es el avance de la enfermedad?

(1) Asintomático

(2) CRS

(3) SIDA

ES9. ¿Te han dicho que tienes SIDA?

(1) Sí ¿Quién? _____ (2) No R _____

ES10. A continuación se te presenta un listado de enfermedades; a la izquierda marca si las has tenido y a la derecha marca si las tienes actualmente

He tenido	Enfermedad	Tengo
<input type="checkbox"/>	Pérdida de más del 10% de tu peso, sudoración, fiebre, diarrea por más de un mes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Signos neurológicos incluyendo neuropatías y mielopatías	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pneumonía por P. carini	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Criptosporiosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis cerebral	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Candidiasis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hongos en el cerebro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sarcoma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otras _____	<input type="checkbox"/>

- ES11. Código de Estatus de la enfermedad:
A1 = Asintomático y CD4 > 500
B2 = Ningún síntoma "C", al menos un síntoma "B", y CD4 200-499
C3 = Al menos un síntoma "C" y CD4 < 200
- ES12. ¿Cuál es tu estado civil?
(1) Casado
(2) Divorciado
(3) Separado
(4) Viudo
(5) Unión Libre
(6) Soltero
- ES13. ¿Tienes actualmente a alguien a quien consideras que es tu amante o tu pareja?
(1) Si (2) No
- ES14. ¿Estas actualmente viviendo con alguien?
(1) Si ¿Hace cuánto tiempo? _____ (en meses)
(2) No ¿Con quién estas viviendo? _____

DATOS GENERALES

- DG2 ¿Cuál es tu nivel de estudios?
(1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Preparatoria
(4) Profesional
(5) Especialidad
(6) Posgrado
(7) Otra Especifique _____
- DG3 ¿Cuál es tu ocupación? _____
- DG4 ¿Cuál es tu ingreso? _____ (número de salarios mínimos)
- DG5 ¿Qué tanto influye tu religión en tu forma e actuar?
(1) Nada
(2) Regular
(3) Mucho

ANEXO 3.

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM., a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con tu sexualidad. Las respuestas son absolutamente confidenciales, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

Cuestionario

No. de

--	--	--

Por favor marca con una "X" el número que corresponde a tu respuesta o en su caso escribe lo que se pide. En algunas preguntas, se especifica si por tu respuesta tienes que saltarte a otra pregunta, si esto no te sucede por favor responde todas las preguntas. Es muy importante tener la información lo más completa posible. Si tienes dudas pregunta. Recuerda que tus respuestas son anónimas y confidenciales, por lo que te pedimos que seas totalmente honesto, no utilices los cuadros de la derecha, son para nuestro uso.

Patrón sexual

PS1. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ (años).

--	--

PS2. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- (1) Novio (2) Amigo (3) Conocido(a)
 (4) Esposa(a) (5) Pariente (6) Otra.

ESPECIFICA _____

PS3. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a esa persona? _____ (en meses)

--	--

PS4. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en tu vida? _____

(No. de personas)

PS5. ¿Has tenido pareja sexual regular? (1) Si (2) No (pasa a la pregunta 15)

PS6. ¿Actualmente tienes pareja sexual regular? (1) Si (2) No (pasa a la pregunta 9)

Por pareja sexual regular nos referimos a la persona (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año. O también a la persona con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El (ella) puede ser tu novio(a), esposo(a), alguien con quien vives, o alguien que no vive contigo.

PS7. ¿Cuántos años tiene tu pareja? _____ (años).

PS8. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular?

- (5) Diario o casi a diario
 (4) Una o dos veces por semana
 (3) Una o dos veces cada quince días
 (2) Una o dos veces cada mes
 (1) Menos de una vez al mes

PS9. ¿Las relaciones sexuales, con tu pareja regular han sido?:

- (1) Vaginales (2) Anales (3) Orales (4) _____
 Vaginales, anales
 (5) Vaginales y orales (6) Vaginales, Anales y Orales (7) Orales y _____
 Anales
 (8) Otro, ESPECIFIQUE _____

--

--

PS10. ¿En tus relaciones sexuales con tu pareja regular han usado el condón?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) Algunas veces
- (2) Casi nunca
- (1) Nunca (pasa a la pregunta 15)

PS11. ¿Quién generalmente tiene la idea de usar el condón?

- (1) Yo
- (2) Mi pareja
- (3) Ambos

PS12. ¿Alguno de ustedes se ha opuesto al uso del condón? (1) Si (2) No (Pasa a la pregunta 15)

PS13. ¿Quién?

PS14. ¿Porqué se opuso?

PS15. ¿Qué tan probable es que tu y tu pareja sexual regular en el futuro usen siempre el condón?

- (1) Nada Probable (0%)
- (2) Poco Probable (25%)
- (3) Regularmente probable (50%)
- (4) Muy Probable (75%)
- (5) Muchísimas Probabilidades (100%)

PS16. ¿Has tenido relaciones sexuales con parejas sexuales ocasionales?

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta 25)

PS17. ¿Actualmente tienes pareja(s) sexual(es) ocasiona(les)?

- (1) Si
- (2) No (pasa a la pregunta 19)

PS18. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con tu (s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es)?

- (5) Diario o casi a diario
- (4) Una o dos veces por semana
- (3) Una o dos veces cada quince días
- (2) Una o dos veces cada mes
- (1) Menos de una vez al mes

PS19. Las relaciones sexuales, con tu(s) pareja(s) ocasional(es) han sido

- (1) Vaginales
- (3) Orales
- (4) Vaginales, anales
- (5) Vaginales y orales
- (6) Vaginales, Anales y Orales
- (7) Orales y Anales
- (8) Otras.

ESPECIFIQUE _____

PS20. ¿En tus relaciones sexuales con tu pareja(s) sexual(es) ocasional(es) han usado el condón?

- (5) Siempre
- (4) La mayoría de las veces
- (3) Algunas veces
- (2) Casi nunca
- (1) Nunca (pasa a la pregunta 25)

PS21. ¿Quién generalmente tiene la idea de usar el condón?.

(1) Yo

(2) Mi pareja

(3) Ambos

PS22. ¿Alguno de ustedes se ha opuesto al uso del condón?
(pregunta 25)

(1) Si

(2) No (Pasa a la

PS23. ¿Quién?

PS24. ¿Porqué se opuso?

PS25. ¿Qué tan probable es que tu y tu pareja sexual ocasional en el futuro usen siempre el condón?.

(1) Nada Probable

(0%)

(2) Poco Probable

(25%)

(3) Regularmente probable

(50%)

(4) Muy Probable

(75%)

(5) Muchísimas Probabilidades

(100%)

PS26. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas?.

(4) Más de dos veces a la semana

(3) Una o dos veces a la semana

(2) Una o dos veces a la semana

(1) Nunca

PS27. Cuando tomas bebidas alcohólicas ¿tienes relaciones sexuales?.

(3) Siempre

(2) Algunas veces

(1) Nunca

PS28. ¿Con qué frecuencia consumes drogas?.

(4) Más de dos veces a la semana

(3) Una o dos veces a la semana

(2) Una o dos veces al mes

(1) Nunca

PS29. Cuando usas drogas ¿Tienes relaciones sexuales?.

(3) Siempre

(2) Algunas veces

(1) Nunca

ANEXO 4

Este es un cuestionario organizado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM., basado en la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985) a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con los Estilos de Afrontamiento hacia el VIH/SIDA.

No. de cuestionario

--	--	--

EaA. Me gustaría que pienses en tu situación de:

- 1) Ser: VIH positivo asintomático
- 2) Tener VIH/SIDA
- 3) Ser homosexual (seronegativo)

No Un poco Bastante Muchísimo

EAb. ¿Sientes que la situación de: seropositividad al VIH/SIDA requiere de esfuerzos extras para enfrentar la angustia o preocupación que produce la enfermedad

1 2 3 4

A continuación se te presentan una serie de **ESTRATEGIAS PARA HACER FRENTE A LA AMENAZA del VIH/SIDA**, por favor marca con una cruz, la opción que más se acerque a lo que tu harías para hacerle frente.

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. Buscar información sobre el problema.....	1	2	3	4
2. Buscar lo positivo del problema.....	1	2	3	4
3. Ser optimista para seguir adelante.....	1	2	3	4
4. Continuar con mi vida normal.....	1	2	3	4
5. Inspirarme para hacer algo creativo.....	1	2	3	4
6 Conseguir ayuda profesional.....	1	2	3	4
7. Cambiar o crecer como persona en sentido positivo.....	1	2	3	4
8. Hacer un plan de acción y seguirlo.....	1	2	3	4
9. Dejar que mis sentimientos salgan de alguna manera positiva.....	1	2	3	4
10 Hablar con otra gente para saber mas acerca de la situación.....	1	2	3	4
11. Responsabilizarme de mis actos.....	1	2	3	4
12. Salir de la experiencia mucho mejor que cuando entré.....	1	2	3	4
13. Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema.....	1	2	3	4
14.Tener esperanza en la vida.....	1	2	3	4
15. Encontrar fe en algo nuevo.....	1	2	3	4
16. Prepararme para morir.....	1	2	3	4
17. Descubrir lo que es importante en la vida.....	1	2	3	4
18. Buscar alguien a quién confiarle mi problema.....	1	2	3	4
19. Buscar grupos de auto-apoyo.....	1	2	3	4
20. Resignarme a la enfermedad.....	1	2	3	4
21. Mantenerme firme y luchar por lo que quieres.....	1	2	3	4
22. Relajarme.....	1	2	3	4
23. Participar en movimientos pro-derechos de los enfermos con VIH/SIDA.....	1	2	3	4
24. Buscar nuevas alternativas de curación.....	1	2	3	4
25.Hacer algo, esforzarme doblemente para que funcionen las cosas.....	1	2	3	4
26. Evitar situaciones estresantes.....	1	2	3	4
27. Hacer algún tipo de ejercicio.....	1	2	3	4
28. Meditar.....	1	2	3	4
29. Te harías daño con la intención de quitarte la vida? (2) No (1) Si (Pasa a la pregunta 30).				
30.¿Qué harías?.....				

ANEXO 5

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM., a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el *Autoconcepto*

A continuación encontrarás un conjunto de adjetivos que sirven para describirte

Ejemplo: Flaco _____ Obeso
 Muy Flaco Bastante Flaco Poco Flaco Ni flaco ni Obeso Poco Obeso Bastante Obeso Muy Obeso

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete opciones entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso. Si te crees muy obeso, pondrás una "X" en el espacio más cercano a la palabra obeso, si te percibes como "bastante flaco" pondrás la "X" en el espacio correspondiente; si no te percibes flaco ni obeso pondrás la "X" en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio. Contesta en los renglones de abajo, como en el ejemplo, utilizando la primera impresión. Contesta en todos los renglones, dando una ÚNICA respuesta en cada renglón. Acuérdate que en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Contesta, aquí, como eres y no como te gustaría ser.

YO SOY

	Muy Flaco	Bastante Flaco	Poco Flaco	Ni flaco ni Obeso	Poco Obeso	Bastante Obeso	Muy Obeso	
AUT1	Decente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indecente
AUT2	Educado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malcriado
AUT3	Cortés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Descortés
AUT4	Atento	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desatento
AUT5	Feliz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Triste
AUT6	Amargado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Jovial
AUT7	Deprimido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Contento
AUT8	Melancólico	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Alegre
AUT9	Introvertido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Extrovertido
AUT10	Callado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Comunicativo
AUT11	Tímido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desenvuelto
AUT12	Desinhibido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inhibido
AUT13	Reservado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Expresivo
AUT14	Amoroso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Odioso
AUT15	Afectuoso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Seco
AUT16	Cariñoso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Frío
AUT17	Romántico	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indiferente
AUT18	Sentimental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insensible
AUT19	Capaz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Incapaz
AUT20	Responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable
AUT21	Eficiente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente
AUT22	Temperamental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
AUT23	Agresivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Pacífico
AUT24	Tranquilo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nervioso
AUT25	Impulsivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reflexivo
AUT26	Ansioso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sereno
AUT27	Leal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desleal
AUT28	Honesto	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonesto
AUT29	Mentiroso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Sincero
AUT30	Verdadero	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Falso

ANEXO 6

Este es un cuestionario creado por la Unidad de Investigaciones Psicosociales de la Facultad de Psicología de la UNAM., a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con el *Locus de Control*.

A continuación hay una lista de afirmaciones. Debes indicar en que medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, hay puntos de vista diferentes.

Por favor contesta sinceramente. CONTESTA TODAS LAS AFIRMACIONES, colocando una cruz en la opción que mejor exprese tu opinión. Hay cinco respuestas posibles.

1 = Totalmente de Acuerdo

2 = De acuerdo

3 = Ni acuerdo ni en desacuerdo

4 = Desacuerdo

5 = Totalmente en desacuerdo

	TA	A	Ni	Des	TD	
	1	2	3	4	5	
LC1. Mi salud está determinada por mis propias acciones	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC3. El tener sexo seguro depende de mis capacidades.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC4. El que yo consiga servicios médicos depende de los consejos de mi familia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC5. Usar condones es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC7. El que yo use condones es cuestión de suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC9. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC10. El uso de condones depende de capacidades propias	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC11. Puedo conseguir medicamentos si soy simpático	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC12. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC13. Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC14. El que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC15. Cuando logro tener medicamentos es porque he tenido suerte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC.16. El obtener servicios médicos está determinado por mis propias acciones	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC18. El que yo use condones depende de mi pareja sexual.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC20. Cuando logro tener condones es porque he tenido suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC21. Puedo obtener medicamentos si le caigo bien a la gente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC22. El problema de la salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC23. Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC24. Que yo obtenga servicios médicos depende de mí	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC26. Que yo use sexo seguro es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC27. El tener acceso a servicios médicos es cuestión de suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>
LC28. Que yo use condones depende de mí	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>

1 =Totalmente de Acuerdo

2 =De acuerdo

3 =Ni acuerdo ni en desacuerdo

4 =Desacuerdo

5=Totalmente en desacuerdo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC29. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto					
LC30. El que yo obtenga medicamentos es cuestión de suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC31. Conseguir servicios médicos es cuestión de un esfuerzo personal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC32. El obtener condones depende de mis capacidades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC33. Mi salud dependerá de lo agradable que soy	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC34. Que yo tenga suficientes servicios médicos es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC35. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC36. El que yo consiga medicamentos depende de los consejos de mi familia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC37. El que yo tenga buena salud depende de mí.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC38. El obtener medicamentos está determinado por mis propias acciones.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC39. El problema de los servicios médicos está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC40. Que yo obtenga condones depende de mí	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC41. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC42. El que yo consiga medicamentos depende de la información que me proporcione mi familia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC44. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC45. Mi salud depende del bienestar familiar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC47. Cuando lucho por conseguir servicios médicos en general lo logro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC48. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC49. El problema de los medicamentos está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC50. Cuando logro tener servicios médicos es porque tengo suerte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC51. Puedo tener salud si soy simpático	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC52. Que yo obtenga medicamentos depende de mí	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC53. Puedo obtener servicios médicos si le caigo bien a la gente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC54. Cuando logro tener salud es porque he tenido suerte	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC56. El que yo consiga servicios médicos depende de otros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC57. Mi salud depende de aquellos que me rodean.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC58. Cuando lucho por conseguir medicamentos en general lo logro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC59. El que yo consiga medicamentos depende de otros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LC60. El que yo me enferme dependerá de Dios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO 7

Este es un cuestionario creado por la unidad de Investigaciones psicosociales de la facultad de Psicología de la UNAM, a través del cual se pretenden conocer algunos aspectos relacionados con la autoeficacia.

A continuación hay una lista de preguntas, señala con una "X" la opción que consideres adecuada a la pregunta.

Ejemplo:

	Nada capaz	Algo capaz	Muy capaz
¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de conducir un automóvil en forma correcta?			X

Si tu te considera muy capaz para conducir un automóvil, entonces colocarás una "X" sobre el cuadro, que corresponde a muy capaz, como lo indica el ejemplo.

	Nada capaz	Algo capaz	Muy capaz
1. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, durante las relaciones sexuales?			
2. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, con tu pareja sexual regular?			
3. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, con tu pareja sexual ocasional?			
4. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro?			
5. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual regular?			
6. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual ocasional?			
7. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud?			
8. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud física?			
9. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud mental?			
10. ¿Qué tan capaz te sientes de conseguir servicios médicos cada vez que los necesitas?			
10. ¿Qué tan capaz te sientes de conseguir medicamentos cada vez que los necesitas?			

ANEXO 8

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

1. Durante el último mes la información o consejos que has recibido para tomar decisiones importantes en tu vida, han sido:
 - (1) Menos de la que querido
 - (2) Tantas como has querido
 - (3) Más de la que has querido

2. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones relacionadas con la infección del VIH/SIDA, han sido:
 - (1) Menos de las que querido
 - (2) Tantas como has querido
 - (3) Más de las que has querido

3. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien de tus cosas personales y privadas, han sido:
 - (1) Menos de las que querido
 - (2) Tantas como has querido
 - (3) Más de las que has querido

4. Durante el último mes la ayuda que has recibido, ha sido:
 - (1) Menos de la que has querido
 - (2) Tanta como has querido
 - (3) Más de la que has querido

5. Durante el último mes, el cuidado que te han dado cuando has estado enfermo, ha sido:
 - (1) Menos de lo que he necesitado
 - (2) Tanto como has necesitado
 - (3) Más de lo que has necesitado

6. Durante el último mes las oportunidades que has tenido para estar con alguien con quien relajarte, han sido:
 - (1) Menos de las que has querido
 - (2) Tantas como has querido
 - (3) Más de las que has querido

7. Durante el último mes, la frecuencia con que las personas se han interesado en tus ideas o por las cosas que haces, ha sido:
 - (1) Menos de las que has querido
 - (2) Tantas como has querido
 - (3) Más de lo que has querido

8. En el último mes que tan frecuentemente:

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	nunca
Tu pareja te ha hecho sentir amado y cuidado por él	5	4	3	2	1
Tu pareja te ha criticado lo que haces	5	4	3	2	1
Tu pareja te pide demasiado	5	4	3	2	1
Tu pareja te ha hecho sentir enojado	5	4	3	2	1
Tu pareja te ha hecho sentir culpable	5	4	3	2	1
Han tenido tú y tu pareja conflictos desagradables	5	4	3	2	1
Te has sentido dispuesto para resolver conflictos con tu pareja	5	4	3	2	1

9. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu hermano cuando lo necesitas?

- (1) No ayuda nada
- (2) Ayuda poco
- (3) Ayuda lo suficiente
- (4) Ayuda mucho

10. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu madre cuando lo necesitas?

- (1) No ayuda nada
- (2) Ayuda poco
- (3) Ayuda lo suficiente
- (4) Ayuda mucho

11. ¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu padre cuando lo necesitas?

- (1) No ayuda nada
- (2) Ayuda poco
- (3) Ayuda lo suficiente
- (4) Ayuda mucho

12. En el último mes que tan frecuentemente tu familiar, que consideras tu mejor cuidador:

	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	nunca
Te ha hecho sentir amado y cuidado por él	5	4	3	2	1
Te ha criticado lo que haces	5	4	3	2	1
Te pide demasiado	5	4	3	2	1
Te ha hecho sentir enojado	5	4	3	2	1
Te ha hecho sentir culpable	5	4	3	2	1
Han tenido tú y tu familiar conflictos desagradables	5	4	3	2	1
Te has sentido dispuesto para resolver conflictos con tu familiar	5	4	3	2	1

ANEXO 9

Este es un cuestionario que pretende conocer algunos aspectos emocionales. Las respuestas son absolutamente confidenciales y anónimas, por lo que agradecemos tu cooperación en este estudio.

No. de Cuestionario

--	--	--

Sección G. CESD

A continuación se te presentan afirmaciones que describen como es que podrías haberte sentido alguna vez. Por favor, dime cuántos días durante la última semana, o sea desde el _____ hasta hoy, lo has sentido:

Respuestas:

- 1) ningún día, menos de un día
- 2) de uno a dos días
- 3) de tres a cuatro días
- 4) de cinco a siete días

	1	2	3	4
G1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
G2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito				
G3. Sentía que no podía quitarte de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos				
G4. Sentía que era tan bueno como cualquier otra persona				
G5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
G6. Me sentía deprimido				
G7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
G8. Me sentía optimista sobre el futuro				
G9. Pensé que mi vida era un fracaso				
G10. Me sentí con miedo				
G11. Mi sueño era inquieto				
G12. Estaba contento				
G13. Hablé menos de lo usual				
G14. Me sentí solo				
G15. Sentí que la gente no era amigable				
G16. Disfruté de la vida				
G17. Pasé ratos llorando				
G18. Me senti triste				
G19. Sentí que no le caía bien a la gente				
G20. No tenía ganas de hacer nada				

ANEXO 10

Discriminación de reactivos de la escala de estrategias de enfrentamiento

Reactivos	Valor T	S
1. Buscar información sobre el problema	-3.88	.000
2. Buscar lo positivo del problema	-7.03	.000
3. Ser optimista para seguir adelante	-6.91	.000
4. Continuar con mi vida normal	-3.39	.001
5. Inspirarme para hacer algo creativo	-7.40	.000
6. Conseguir ayuda profesional	-6.24	.000
7. Cambiar o crecer como persona	-10.41	.000
8. Hacer un plan e acción y seguirlo	-9.22	.000
9. Dejar que mis sentimientos salgan de alguna manera	-10.64	.000
10. Hablar con otra gente para saber más acerca de la situación	-6.53	.000
11. Responsabilizarme de mis actos	-5.88	.000
12. Salir de la experiencia mucho mejor que cuando entré	-8.20	.000
13. Hablar con alguien que pueda hacer algo específico sobre el problema	-5.80	.000
14. Tener esperanza en la vida	-8.07	.000
15. Encontrar fe en algo nuevo	-9.77	.000
16. Prepararme para morir	-3.04	.004
17. Descubrir lo que es importante en la vida	-5.98	.000
18. Buscar a alguien a quien confiarle el problema	-4.38	.000
19. Buscar grupos de auto-apoyo	-5.63	.000
20. Resignarme a la enfermedad	-3.25	.002
21. Mantenerme firme y luchar por lo que quieres	-7.50	.000
22. Relajarme	-.370	.711
23. Participar en movimientos pro-derechos de los enfermos con VIH/SIDA	-7.01	.000
24. Buscar nuevas alternativas de curación	-13.73	.000
25. Hacer algo, esforzarme doblemente para que funcionen las cosas	-8.40	.000
26. Evitar situaciones estresantes	-7.30	.000
27. Hacer algún tipo ejercicio	-7.10	.000
28. Meditar	-6.59	.000

ANEXO 11

Discriminación de reactivos de la escala de Autoconcepto

Reactivos	Valor T	S
1. Decente - Indecente	-5.82	.000
2. Educado - Malcriado	-6.30	.000
3. Cortés - Descortés	-4.66	.000
4. Atento - desatento	-4.67	.000
5. Feliz - Triste	-7.83	.000
6. Amargado - Jovial	-8.52	.000
7. Deprimido- Contento	-6.79	.000
8. Melancólico - Alegre	-6.56	.000
9. Introverso - Extroverso	-6.86	.000
10. Callado - Comunicativo	-4.83	.000
11. Tímido - Desenvuelto	-6.61	.000
12. Desinhibido - Inhibido	-3.17	.003
13. Reservado - Expresivo	-2.53	.015
14. Amoroso - Odioso	-5.54	.000
15. Afectuoso - Seco	-6.28	.000
16. Cariñoso - Frío	-6.15	.000
17. Romántico - Indiferente	-2.91	.006
18. Sentimental- Insensible	-3.48	.001
19. Capaz - Incapaz	-5.56	.000
20. Responsable - Irresponsable	-4.34	.000
21. Eficiente - Ineficiente	-5.06	.000
22. Temperamental - Calmado	-1.56	.124
23. Agresivo - Pacífico	-2.87	.006
24. Tranquilo - Nervioso	-5.08	.000
25. Impulsivo - Reflexivo	-3.77	.000
26. Ansioso - Sereno	-4.65	.000
27. Leal - desleal	-3.69	.001
28. Honesto - Deshonesto	-3.12	.003
29. Mentiroso - Sincero	-3.14	.003
30. Verdadero - falso	-3.46	.001

ANEXO 12

Discriminación de reactivos de la escala de Locus de control

Reactivos	Valor T	S
LC1. Mi salud está determinada por mis propias acciones	.949	.348
LC3. El tener sexo seguro depende de mis capacidades.	1.01	.319
LC4. El que yo consiga servicios médicos depende de los consejos de mi familia	-5.82	.000
LC5. Usar condones es cuestión de esfuerzo personal	-1.51	.137
LC7. El que yo use condones es cuestión de suerte	-7.50	.000
LC9. Cuando logro tener sexo seguro es porque he tenido suerte	-6.59	.000
LC10. El uso de condones depende de capacidades propias	-1.46	.151
LC11. Puedo conseguir medicamentos si soy simpático	-9.42	.000
LC12. Mejorar mis condiciones de salud es cuestión de esfuerzo personal.	1.51	.135
LC13. Que yo obtenga suficientes condones es cosa del destino.	-10.29	.000
LC14. El que yo tenga sexo seguro depende de la información que me proporcione mi familia.	-7.88	.000
LC15. Cuando logro tener medicamentos es porque he tenido suerte.	-7.89	.000
LC.16. El obtener servicios médicos está determinado por mis propias acciones	-.881	.384
LC18. El que yo use condones depende de mi pareja sexual.	-8.91	.000
LC20. Cuando logro tener condones es porque he tenido suerte	-9.66	.000
LC21. Puedo obtener medicamentos si le caigo bien a la gente.	-8.05	.000
LC22. El problema de la salud está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	-5.23	.000
LC23. Tener sexo seguro es cuestión de esfuerzo personal	-.714	.479
LC24. Que yo obtenga servicios médicos depende de mi	-1.59	.118
LC26. Que yo use sexo seguro es cosa del destino	-8.57	.000
LC27. El tener acceso a servicios médicos es cuestión de suerte	-6.33	.000
LC28. Que yo use condones depende de mi	3.26	.002
LC29. Que la gente utilice sexo seguro está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	-4.98	.000
LC30. El que yo obtenga medicamentos es cuestión de suerte	-9.89	.000
LC31. Conseguir servicios médicos es cuestión de un esfuerzo personal	-1.49	.142
LC32. El obtener condones depende de mis capacidades	-1.38	.174
LC33. Mi salud dependerá de lo agradable que soy	-8.77	.000
LC34. Que yo tenga suficientes servicios médicos es cosa del destino	-8.72	.000
LC35. Cuando quiero tener sexo seguro lo consigo	1.29	.204
LC36. El que yo consiga medicamentos depende de los consejos de mi familia.	-7.64	.000
LC37. El que yo tenga buena salud depende de mi.	.187	.855
LC38. El obtener medicamentos está determinado por mis propias acciones.	-819	.418
LC39. El problema de los servicios médicos está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	-5.60	.000

Reactivos	Valor T	S
LC40. Que yo obtenga condones depende de mi	.491	.626
LC41. Puedo mejorar mi salud si tengo suerte	-8.83	.000
LC42. El que yo consiga medicamentos depende de la información que me proporcione mi familia	-8.60	.000
LC44. Conseguir condones es cuestión de esfuerzo personal.	.255	.800
LC45. Mi salud depende del bienestar familiar	-5.59	.000
LC47. Cuando lucho por conseguir servicios médicos en general lo logro	-.542	.591
LC48. Que yo tenga poca o mucha salud es cosa del destino	-5.48	.000
LC49. El problema de los medicamentos está en manos del gobierno y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	-5.83	.000
LC50. Cuando logro tener servicios médicos es porque tengo suerte.	-11.46	.000
LC51. Puedo tener salud si soy simpático	-5.84	.000
LC52. Que yo obtenga medicamentos depende de mí	-.926	.360
LC53. Puedo obtener servicios médicos si le caigo bien a la gente	-10.04	.000
LC54. Cuando logro tener salud es porque he tenido suerte	-8.56	.000
LC56. El que yo consiga servicios médicos depende de otros	-4.55	.000
LC57. Mi salud depende de aquellos que me rodean.	-6.28	.000
LC58. Cuando lucho por conseguir medicamentos en general lo logro	-.323	.748
LC59. El que yo consiga medicamentos depende de otros	-5.37	.000
LC60. El que yo me enferme dependerá de Dios	-6.85	.000

ANEXO 13

Discriminación de reactivos de la escala de Autoeficacia

Reactivos	Valor T	S
1. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, durante las relaciones sexuales?	-5.64	.000
2. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, con tu pareja sexual regular?	-5.03	.000
3. ¿Qué tan capaz (eficaz, hábil) te sientes de mantener relaciones sexuales, utilizando siempre el condón en forma correcta, con tu pareja sexual ocasional?	-4.84	.000
4. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro?	-6.76	.000
5. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual regular?	-8.35	.000
6. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener relaciones sexuales utilizando siempre sexo seguro con tu pareja sexual ocasional?	-8.74	.000
7. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud?	-9.52	.000
8. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud física?	-8.05	.000
9. ¿Qué tan capaz te sientes de mantener siempre buena salud mental?	-8.02	.000
10. ¿Qué tan capaz te sientes de conseguir servicios médicos cada vez que los necesitas?	-3.29	.000
11. ¿Qué tan capaz te sientes de conseguir medicamentos cada vez que los necesitas?	-2.98	.000

ANEXO 14

Discriminación de reactivos de la escala de Apoyo Familiar

Reactivos	Valor T	S
Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien acerca de tus preocupaciones relacionadas con la infección del VIH/SIDA, han sido:	-7.87	.000
Durante el último mes las oportunidades que has tenido para hablar con alguien de tus cosas personales y privadas, han sido	-11.04	.000
Durante el último mes la ayuda que has recibido, ha sido:	-4.554	.000
En el último mes que tan frecuentemente:		
Tu pareja te ha hecho sentir amado y cuidado por él	.630	.443
Tu pareja te ha criticado lo que haces	-2.41	.033
Tu pareja te pide demasiado	-2.36	.036
Tu pareja te ha hecho sentir enojado	-3.36	.006
Tu pareja te ha hecho sentir culpable	-3.33	.006
Han tenido tú y tu pareja conflictos desagradables	-1.26	.230
Te has sentido dispuesto para resolver conflictos con tu pareja	-.918	.377
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu hermano cuando lo necesitas?	-7.27	.000
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu madre cuando lo necesitas?	-5.11	.000
¿Qué tanto puedes contar con la ayuda de tu padre cuando lo necesitas?	-9.87	.000
En el último mes que tan frecuentemente tu familiar, que consideras tu mejor cuidador:		
Te ha hecho sentir amado y cuidado por él	-.660	.522
Te ha criticado lo que haces	-3.67	.003
Te pide demasiado	-4.16	.001
Te ha hecho sentir enojado	-3.67	.003
Te ha hecho sentir culpable	-2.61	.023
Han tenido tú y tu familiar conflictos desagradables	-3.11	.009
Te has sentido dispuesto para resolver conflictos con tu familiar	-.277	.786

ANEXO 15**Discriminación de reactivos de la escala de Sintomatología Depresiva**

REACTIVOS	VALOR T	S
G1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	-5.86	.000
G2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito	-6.77	.000
G3. Sentía que no podía quitarte de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos	-11.43	.000
G4. Sentía que era tan bueno como cualquier otra persona	1.06	.291
G5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	-8.48	.000
G6. Me sentía deprimido	-11.25	.000
G7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	-8.71	.000
G8. Me sentía optimista sobre el futuro	-7.17	.000
G9. Pensé que mi vida era un fracaso	-3.98	.000
G10. Me sentí con miedo	-8.42	.000
G11. Mi sueño era inquieto	-6.30	.000
G12. Estaba contento	-8.13	.000
G13. Hablé menos de lo usual	-5.78	.000
G14. Me sentí solo	-5.77	.000
G15. Sentí que la gente no era amigable	-3.51	.001
G16. Disfruté de la vida	3.18	.003
G17. Pasé ratos llorando	-7.74	.000
G18. Me sentí triste	-11.16	.000
G19. Sentí que no le caía bien a la gente	-6.42	.000
G20. No tenía ganas de hacer nada	-9.94	.000