



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO OBSERVACIONAL DE REDES DE
APOYO EN ENFERMOS DE VIH/SIDA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

FABIOLA PEÑA RAZO

DIRECTORA: DRA. SOFÍA LIBERMAN SHKOLNIKOFF
REVISOR: MTRO. RAFAEL LUNA SANCHEZ

MEXICO, D.F.

2011



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.

El estudio objeto de la presente investigación fue posible gracias al subsidio IN304108 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), DGAPA. UNAM.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis Padres, María Eugenia y José Luis por darme la vida, por el maravilloso amor con el que siempre me educaron, por sus consejos, su ejemplo de vida, su apoyo incondicional y paciencia.

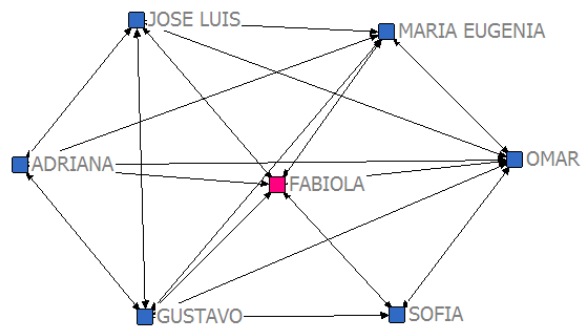
A mi Hermano Gustavo, por ser mi compañero de juegos, por todos los momentos de diversión que compartimos y por su cariño tan espontáneo.

Agradezco a mi Esposo Omar, por su infinito amor, su maravillosa compañía, por creer en mí y apoyar mi crecimiento intelectual y espiritual.

A mi Amiga Adriana, por su sana y maravillosa amistad, por su apoyo incondicional y cariño sincero.

A mi Directora de tesis; Dra. Sofía Liberman Shkolnikoff. Gracias por la amistad, la comprensión, el apoyo brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la confianza ofrecida desde que nos conocimos.

Gracias a todos por ser mi red de apoyo.



A mis Sinodales:

Mtro. Rafael Luna Sánchez por su cordialidad, sus acertadas y amables sugerencias y por el respeto hacia mi trabajo.

Mtra. María de la Luz Javiedes Romero por su amabilidad, sus sugerencias y por valorar mi esfuerzo y trabajo.

Dra. Emily Reiko Ito Sugiyama por la gentileza de sus comentarios y consejos profesionales y personales.

Mtra. Miriam Camacho Valladares por acompañarme en este arduo proceso, por sus palabras de aliento y por su ayuda para poder concluir este trabajo.

Agradezco infinitamente a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios y a la Facultad de Psicología por formarme como profesional y proporcionarme herramientas para mi autoconocimiento y crecimiento personal.

INDICE GENERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	8
1. EL VIH/SIDA.....	10
1.1. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	10
1.2. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	15
1.3. Mecanismos de transmisión.....	18
1.3.1. Transmisión sexual.....	18
1.3.2. Transmisión sanguínea.....	19
1.3.3. Transmisión perinatal.....	19
1.4. Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	20
1.4.1. ELISA.....	21
1.4.2. Western Blot.....	21
1.5. Resultado de las pruebas.....	22
1.6. Tratamiento.....	23
1.7. Respuesta emocional al VIH/SIDA.....	24
1.8. Epidemiología. El SIDA en México.....	28
2. REDES SOCIALES.....	30
2.1. Antecedentes.....	31
2.1.1. Sociometría.....	32
2.1.2. Investigadores de Harvard y Chicago.....	32
2.1.3. Escuela de Mánchester.....	33
2.2. Análisis de Redes Sociales.....	34
2.2.1. ¿Técnica o paradigma?.....	35
2.3. Conceptos fundamentales.....	37
2.3.1. Concepto de red.....	39
2.4. Red social.....	41
2.4.1. Características de las redes sociales.....	43
2.4.1.1. Dimensión estructural.....	43
2.4.1.2. Dimensión funcional.....	44
2.4.2. Formación de redes sociales.....	45
2.4.2.1. Redes completas.....	46
2.4.2.2. Redes egocéntricas.....	46
2.5. Redes de Apoyo.....	47
2.5.1. Redes sociales de apoyo, su relación con la salud y el VIH/SIDA.....	50

3. MÉTODO	51
3.1. Consideraciones previas.....	51
3.2. Objetivo General.....	52
3.3. Tipo de estudio.....	53
3.4. Muestra y perfil de sujetos participantes.....	53
3.5. Instrumento.....	58
3.6. Procedimiento.....	59
4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	61
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	122
6. DISCUSIÓN	131
LIMITACIONES	136
FUTURAS INVESTIGACIONES	136
CONCLUSIONES	137
REFERENCIAS	139
APÉNDICES	144

RESUMEN

Este trabajo tiene como propósito aplicar un análisis de redes sociales en una muestra de personas portadoras de VIH/SIDA para identificar y visualizar sus redes sociales y de apoyo y conocer sus características principales.

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Información y Detección del SIDA de Tlaxcala y en la Red Mexicana de Personas que viven con VIH/SIDA ubicada en el Distrito Federal.

Se trata de un estudio exploratorio de caso, con una muestra intencionada compuesta por 30 mujeres y 30 hombres. Se aplicó un cuestionario y los datos fueron procesados por el programa UCINET que analiza redes sociales.

La utilidad de este estudio consiste en observar la dinámica que prevalece en las redes sociales y de apoyo de las personas con VIH/SIDA por medio del Análisis de Redes Sociales, que proporciona información para realizar intervenciones en red, modificar aspectos y movilizar recursos en beneficio del paciente para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: VIH/SIDA, Red Social, Red de Apoyo.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un grave problema de salud pública con importantes implicaciones sanitarias y sociales. Al igual que en otras enfermedades crónicas, caracterizadas por pérdidas progresivas de la capacidad funcional y autonomía del individuo, en estos pacientes conforme pasa el tiempo, el deterioro gradual de la persona se hace evidente y el desenlace es inevitable.

Castro et al. (1997), realizaron una "Investigación sobre apoyo social en salud", y otra sobre "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar"; por su parte Remor (2002), investigó el "Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH". Ambos autores señalan que existe una relación estrecha entre la Red Social, el nivel de apoyo que reciben las personas portadoras de VIH/SIDA, y su calidad de vida. Carrobles (2003), concluyó que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con VIH según el nivel de apoyo social que presentan.

El objetivo principal de la presente investigación es identificar dentro de la red social de las personas con VIH/SIDA, la red de apoyo de cada sujeto, observar su estructura y conocer las características estructurales (tamaño y densidad) de ambas redes utilizando el Análisis de Redes Sociales (en adelante ARS) como herramienta.

Se diseñó y se aplicó a la población, un cuestionario por medio del cual se identificó la red social y la red de apoyo de las personas con VIH/SIDA.

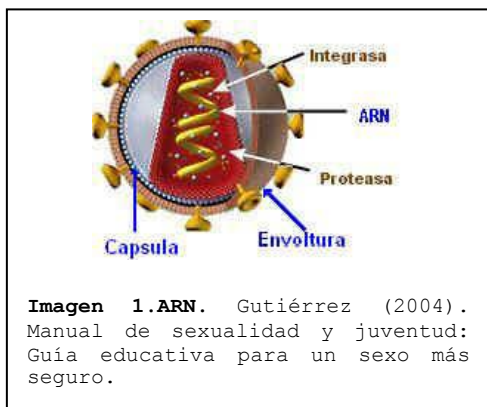
El interés al realizar esta investigación es unir los métodos y técnicas de dos ramas de la Psicología.

Primero, la Psicología Clínica que ocupa un lugar importante en el ámbito de la salud mental utilizando la relación interpersonal como instrumento de conocimiento, que considera al individuo en su ambiente natural y en la globalidad de su comportamiento.

Y por otro lado, la Psicología Social que estudia las interacciones humanas y las relacionales interpersonales en el nivel de individuos, grupos o instituciones y en general, las bases de las dinámicas que regulan la vida de los grupos. De este modo se puede ofrecer una alternativa para el estudio del VIH/SIDA identificando aspectos que se puedan modificar en beneficio del paciente, para mejorar su calidad de vida.

1. EL VIH/SIDA.

1.1 El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)



El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH en adelante) surge de la mutación de un virus que afecta al mono verde Africano. El VIH (Imagen 1) es un virus acido-ribonucleico (ARN en adelante) que afecta exclusivamente a la raza humana y es el responsable de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (en adelante SIDA).

Es una partícula muy pequeña (10 micras), constituida por dos copias *monocatenarias lineales* de ARN y las enzimas necesarias para realizar su ciclo vital (*transcriptasa inversa, integrasa y proteasa*), rodeados por una cápsula de proteínas, y a su vez, por una envoltura externa compuesta de *glucoproteínas* y de lípidos. Las *glucoproteínas* de la envoltura son importantes, ya que permiten la adhesión del VIH a los *linfocitos T4*, la fusión de ambas membranas y posteriormente, su penetración en los mismos (Gutiérrez, 2004).

El sistema inmunitario está constituido por un conjunto de estructuras y células especializadas en la defensa del organismo contra los microbios (bacterias, virus, hongos y protozoos) y las células malignas.

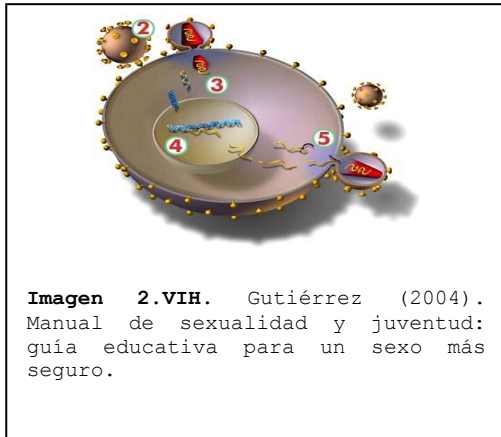
Entre los mecanismos de defensa hay que distinguir los inespecíficos y los específicos. Al primer grupo pertenecen la piel y las mucosas intactas, que actúan como barrera para la penetración de los microbios y sólo su ruptura permitiría la penetración de los mismos.

La función específica del sistema inmunológico es desarrollada por los glóbulos blancos. Éstos reconocen y eliminan a todo agente externo: virus, bacterias, hongos microscópicos y parásitos potencialmente capaces de atacar al organismo, e impiden el desarrollo de cánceres, a partir de células malignas que se producen en el organismo (Sepúlveda, 1989).

Entre los glóbulos blancos, los *linfocitos* desempeñan en la inmunidad un papel fundamental, diferenciando los *linfocitos B*, encargados de la fabricación de anticuerpos, y los *linfocitos T* responsables de la inmunidad celular (linfocitos que atacan directamente a los agentes extraños).

Existe un tipo de *linfocito T*, llamado *linfocito T-4* que se encarga de reconocer a los agentes extraños, y de coordinar y regular la respuesta del sistema de defensas, por lo que es fundamental para el sistema inmunitario de las personas.

Los *linfocitos T4* son los encargados de reconocer a los agentes extraños (microbios y células malignas) y dirigir la respuesta inmunitaria (Sánchez y González, 2002). La producción de anticuerpos por parte de los *linfocitos B*, nos permite identificar multitud de enfermedades infecciosas, entre ellas las provocadas por el VIH.



El VIH no puede sobrevivir fuera de una célula (Imagen 2). El virus (marcado en la imagen con el número 2) tiene una predilección por las células que tienen en su superficie un receptor llamado *CD4*, siendo los *linfocitos T4* las células que más *CD4* tienen en su superficie (Sánchez y González, 2002).

En primer lugar, se produce la unión del VIH al *CD4* del linfocito. Luego el ARN del VIH, una vez dentro del *linfocito* (marcado en la imagen con el número 3), se transforma en ADN mediante la enzima *transcriptasa inversa*, y éste se incorpora al material genético del *linfocito* (4). El VIH comienza su multiplicación, utilizando para ello los elementos celulares del *linfocito*, que supone la salida a la sangre de cientos de nuevos VIH (5) (que invadirán otros tantos *linfocitos T4*), y la destrucción del linfocito invadido. Este proceso se produce desde el inicio de la infección, disminuyendo paulatinamente el número de *linfocitos T4*. Por tanto, el sistema inmunitario irá (lenta pero progresivamente) deteriorándose. El riesgo de aparición de infecciones, así como la tendencia de procesos tumorales (que son las que definen a la enfermedad de SIDA), es cada vez más elevado a medida que desciende el número de estos linfocitos (Gutiérrez et al., 2004).

El VIH infecta a un subgrupo de *linfocitos* de sangre periférica, las células *T colaboradoras*, que tienen a su cargo muchas funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce

sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas tales como otros virus, hongos o protozoarios.

El defecto inmunológico celular también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial el *sarcoma de Kaposi* y el *linfoma de Hodking*. Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a los que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular (Sánchez y González, 2002).

Los pacientes infectados por VIH pueden desarrollar un amplio espectro de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y que al parecer, son consecuencia de la infección viral. El más común de estos trastornos es la *linfadenopatía* generalizada persistente (Sánchez, 2002).

La clasificación oficial realizada por el Center of Disease Control (en adelante CDC), refiriendo el avance progresivo de la condición inmuno-deprimida, comprende las siguientes etapas:

a) Infección inicial

Es asintomático en la mayoría de los individuos, aparece como un cuadro de infección aguda. Durante esta fase, se infectan los órganos *linfoides* periféricos. La minoría de los individuos se hacen seropositivos a los tres meses de la infección, y el 99% lo será a los seis meses.

b) Latencia clínica

La replicación del virus persiste en los órganos *linfoides*. Surge un descenso en el número de *células T CD4* e

inmunodepresión progresiva, aunque puede no haber síntomas muy notorios.

c) Avance de la enfermedad

Aunque el paciente permanezca asintomático, la infección progresa. Las células T CD4 que viajan a través del ganglio se infectan de tal forma que, con el tiempo, el número de células productivamente infectadas en las regiones *paracorticales* aumenta. Los indicadores que señalan la progresión de la enfermedad son: infección por *herpes zoster*, *candidiasis* oral, *leucoplasia* vellosa oral, así como síntomas constitucionales: fiebre, disminución de peso, disminución del número de células T CD4, e incremento de la carga viral.

d) Estado final (SIDA)

La tasa media de progresión es alrededor de 15 años, la destrucción del sistema inmune se hace presente y el organismo queda indefenso ante una gran variedad de infecciones oportunistas, como *Sarcoma de Kaposi* y tuberculosis. De acuerdo con Durham y Cohen (Citado en Sánchez, 2002), en esta última etapa se presentan cinco subgrupos clasificados:

Subgrupo A: Enfermedad constitucional. Fiebre persistente.

Subgrupo B: Enfermedad neurológica. Demencia, mielopatía.

Subgrupo C: Enfermedad invasiva sintomática e infección secundaria.

Subgrupo D: Cáncer secundario.

Subgrupo E: Otra enfermedad coexistente no clasificada cuya evolución y tratamiento pueden ser complicados o alterados por el VIH.

1.2 El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA es una enfermedad producida por el VIH, que provoca una destrucción progresiva del sistema inmunitario.

S	Síndrome	Conjunto de síntomas y signos
I	Inmuno	Sistema inmunitario
D	Deficiencia	Debilitamiento y/o destrucción
A	Adquirida	No es una enfermedad hereditaria

El SIDA es un estado de inmuno-supresión causado por el retrovirus VIH el cual ataca y deprime al sistema inmunológico; el síndrome clínico consiste en infecciones oportunistas, neoplasias o la presencia de ambas (Sánchez y González, 2002).

Ésta enfermedad no es un fenómeno nuevo, pues parece que este virus existía desde hace tiempo en grupos humanos aislados de África Central, donde la pobreza y los cambios sociales, junto con las bajas condiciones socio-sanitarias, provocaron su diseminación. Se ha descubierto que había personas infectadas en África en la década de los cincuenta gracias a estudios de sueros almacenados en bancos de sangre (Gutiérrez et al., 2004).

El crédito del descubrimiento de este virus lo comparten investigadores franceses y estadounidenses. Aún cuando se tienen datos de personas infectadas con VIH desde la década de los sesenta y antes, el SIDA se identificó y diagnosticó como tal por primera vez a principios de los ochenta, y rápidamente captó la atención mundial.

Sánchez y González (2002), mencionan que la pandemia de SIDA comenzó a propagarse y a extenderse en la década de los setentas en E.U. y Europa, pero no fue sino hasta 1981 cuando se descubrió por primera vez, en varones homosexuales en San Francisco.

El Dr. Golding en 1981, describió 4 casos de neumonía por *Pneumocistis carinii* provocados por una inmunodeficiencia no descrita hasta ese momento (Citado en Gutiérrez, 2004).

Sánchez y González (2002), dicen que los primeros casos se registraron en pacientes homosexuales masculinos y que los síntomas que presentaban eran fatiga, pérdida de peso, intolerancia a las enfermedades infecciosas y en algunos casos, la presencia de *Sarcoma de Kaposi*, un tipo de cáncer.

Además, se publicó un informe adicional de 26 casos en Nueva York también de varones homosexuales, todos ellos tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución del *fenotipo T colaborador* de *linfocitos* en sangre periférica. Eran sobre, todo infecciones difíciles de tratar y que acababan matando a los pacientes. Pronto fue evidente que se trataba de una epidemia.

Estos reportes fueron los primeros registros sobre la epidemia que ha llegado a alcanzar trascendencia mundial e histórica. A partir de entonces, rápidamente proliferaron varias hipótesis sobre la causa de esta extraña enfermedad.

Se pensó que era resultado del contacto con *nitrato de amilio*, (un estimulante utilizado durante relaciones sexuales por algunos homosexuales), se propuso también que esta enfermedad no tenía un agente etiológico específico ya que

parecía que el sistema inmunológico del paciente simplemente se colapsaba por una exposición crónica a proteínas extrañas traídas por los *linfocitos* de otras personas o agentes infecciosos.



Gutiérrez et al., (2004), y Daudel y Montagnier (2002), plantean que fue en 1983 en el Instituto Pasteur de Paris, que un equipo de investigadores encabezados por el Doctor Luc Montagnier, descubrieron el VIH.

Estos investigadores llamaron al virus LAV (del inglés *lymphadenopathy associated virus*), o virus relacionado con *linfadenopatía*.



Por su parte, un grupo de investigadores estadounidenses, a cargo del DR. Robert Gallo, lo denominó *virus HTLV-3* (del inglés *human T-cell lymphotropic virus type-3*), o *virus linfotrópico de células T humanas tipo 3*.

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo llamó virus de inmunodeficiencia humana y para abreviar, los investigadores acordaron utilizar el término VIH.

1.3 Mecanismos de transmisión

Gran parte del temor y pánico que rodea al SIDA se debe a la falta de información sobre la forma en que se transmite el VIH de una persona a otra. No es posible adquirir el SIDA a través del contacto diario con una persona infectada. Hasta el momento, se reconocen tres mecanismos principales de transmisión del VIH: sexual, sanguínea y perinatal.

1.3.1 Transmisión sexual

Durante el contacto sexual, ocurre la transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden ser vaginales, saliva, semen, moco rectal, heces fecales o sangre; estos últimos fluidos coinciden con las diferentes secreciones en donde ha sido posible aislar el VIH (Sánchez y González, 2002).

Siempre que se pongan en contacto el semen o fluidos vaginales de una persona portadora del VIH con las mucosas (anal, vaginal, del pene u oral) de una persona sana, es posible la transmisión. El riesgo de contagio aumenta con el tipo y número de relaciones sexuales; sin embargo, una sola puede ser suficiente (Gutiérrez et al., 2004).

La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambia, influyen en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos fluidos corporales con mayor número de partículas virales por su alto contenido de *linfocitos* y por ello, son los más efectivos en la transmisión (Sánchez y González, 2002).

Es importante saber que el riesgo aumenta con la presencia de úlceras genitales, durante la menstruación de la mujer VIH-seropositiva y también el estado inmunológico del portador, ya que a mayor inmunodeficiencia el paciente tiene una mayor cantidad de virus (Gutiérrez et al., 2004).

1.3.2 Transmisión sanguínea

La transmisión del VIH por vía sanguínea puede ocurrir en diversas condiciones:

- a) Recepción de sangre y los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión: son paquetes celulares, *eritrocitos, plaquetas, leucocitos, plasma y factores de coagulación.*
- b) Uso de jeringas y agujas no esterilizadas: el riesgo más elevado para el contagio del VIH ocurre con las personas que usan drogas intravenosas y que regularmente comparten las agujas y jeringas para inyectarse.
- c) Punción ocupacional: a la infección del VIH están expuestas todas aquellas personas que por el desempeño de su actividad profesional están en contacto con fluidos sanguíneos como pueden ser, cirujanos, odontólogos, enfermeras quirúrgicas, acupunturistas, tatuadores, pedicuristas, entre otros.

1.3.3 Transmisión perinatal

Se acepta que la transmisión del VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos:

Transmisión transplacentaria: ya que se ha podido demostrar la infección por VIH en los tejidos de fetos de quince semanas de gestación y se ha aislado el virus en placenta y en líquido amniótico (Sánchez y González, 2002).

Durante el parto: al existir contacto de sangre materna infectada con la del niño.

En el postparto: cuando el neonato se pone en contacto con los fluidos de la madre al ser amamantado. El primer informe que publicó esta hipótesis data de 1985. Además, el virus se ha podido aislar en fracciones celulares de leche materna (Sánchez, 2002). Por esta razón, en los países desarrollados se aconseja a las madres VIH-seropositivas que no amamenten a sus hijos (Gutiérrez et. al., 2004).

Ahora bien, las situaciones donde habitualmente se transmite la enfermedad se establecen en general, a través de relaciones interpersonales donde, sin saberlo o a sabiendas, una persona está a merced de otra que también, puede o no saberlo y representa ella misma el peligro de infección.

1.4 Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana

Las pruebas de detección y confirmación de la presencia del virus del VIH, llamadas pruebas serológicas desarrolladas para su identificación, se realizan sobre una muestra de sangre de la persona y son de tres tipos; de tamizaje, de búsqueda de casos y de diagnóstico (Sepúlveda, 1989).

Para determinar los anticuerpos anti-VIH se utilizan dos tipos de métodos. Uno, por su aceptable fiabilidad, bajo costo y fácil realización, se emplea como prueba de

screening: es el *enzimoinmunoanálisis* (ELISA), que es una prueba muy sensible, pero no tan específica. Por eso, en caso de que ésta prueba resulte positiva, se debe realizar un test confirmatorio. El más utilizado es el Western- Blot (Gutiérrez et al., 2004).

1.4.1 ELISA

Esta prueba ofrece la ventaja de su sencillez, se emplea como primera técnica para el estudio de la sangre en población de riesgo y población general, así como con el propósito de efectuar estudios epidemiológicos. El método no tiene especificidad para algún antígeno del virus en particular, sino que la respuesta es común a diversos antígenos. La técnica de *Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay* (Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas en español) mejor conocida como ELISA, permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducción práctica. Los resultados falsos positivos o negativos son excepcionales. Es recomendable, en caso de duda, emplear métodos con mayor grado de especificidad.

1.4.2 Western Blot

Esta prueba de Inmuno-fluorescencia detecta las *células T* infectadas y en la actualidad, ofrece una elevada sensibilidad considerándose una excelente prueba confirmatoria. Esta prueba sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras transferirlo a una membrana del complejo antígeno anticuerpo, se identifica mediante una proteína marcada por radioactividad. Se considera como uno de los métodos

analíticos más sensibles que reconoce todos los antígenos virales.

1.5 Resultado de las pruebas

Un resultado negativo significa que los anticuerpos contra el VIH no se han encontrado en la sangre. Existen tres posibles interpretaciones del resultado negativo:

1. - La persona no ha estado en contacto con el virus y por lo tanto, no se ha contagiado.
2. - Ya estuvo en contacto con el virus que causa el SIDA pero no se ha contagiado.
3. - Está infectado con el virus pero todavía no se han producido anticuerpos. El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos es de seis semanas aproximadamente.

Para confirmar que el resultado de una prueba es positivo, la muestra de sangre se analiza más de una vez para reafirmar su positividad, esto indica que los anticuerpos contra el virus están presentes en la sangre y que la persona está contagiada.

Entonces, se puede decir que ser VIH-seropositivo significa que una persona tiene un resultado de la prueba de VIH/SIDA (ELISA) positiva y confirmada mediante el Western-Blot. Esto, a su vez, significa que la persona tiene anticuerpos anti-VIH y debe considerarse portadora del VIH, pero no indica necesariamente que tenga la enfermedad de SIDA (Gutiérrez et al., 2004).

Un individuo portador de VIH o enfermo de SIDA tiene siempre una prueba positiva y ambos pueden transmitir el VIH. La diferencia está en la capacidad de su sistema inmunitario de defenderse de las infecciones o cánceres oportunistas que definen a la enfermedad de SIDA. El portador del VIH es una persona que tiene una prueba positiva y no presenta ningún signo o síntoma de enfermedad, mientras que el enfermo de SIDA es aquél que presenta infecciones o cánceres oportunistas por la grave deficiencia del sistema inmunitario secundaria a la infección por el VIH (Gutiérrez et al., 2004).

1.6 Tratamiento

Según González y Sánchez (2002) y Gutiérrez (2004), actualmente en España hay aprobados por el Ministerio para el tratamiento de la infección por el VIH, diferentes tipos de fármacos:

1. *Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa.* A este grupo pertenecen: *zidovudina (AZT), didanosina (ddI), zalcitabina (ddC), estavudina (D4T), lamivudina, (3TC), abacavir (ABC) y tenofovir.*
2. *Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa,* como son: *nevirapina, efavirenz y delavirdina.*
3. *Inhibidores de la proteasa,* entre los que se encuentran: *saquinavir (2 formulaciones), ritonavir, indinavir, nelfinavir, amprenavir y lopinavir/ritonavir.*

El tratamiento actual de la infección por el VIH se realiza con la combinación de tres fármacos, ya que se ha demostrado su superioridad sobre la monoterapia (Gutiérrez et al., 2004), que suponen un comprimido cada 12 horas y que ha simplificado mucho el tratamiento (Sánchez y González, 2002).

En mujeres VIH-seropositivas que estén embarazadas, está aprobado el tratamiento con el AZT que reduce en un 70% la transmisión del VIH al feto. Actualmente, se realizan estudios con el tratamiento combinado de tres fármacos antirretrovirales para mejorar el pronóstico de la transmisión materno-fetal.

La reducción a niveles indetectables del VIH no significa que la persona VIH seropositiva no transmita el virus, por lo que se deben seguir adoptando las medidas preventivas.

El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de la carga viral que existe en la sangre de una persona VIH-seropositiva. El recuento del VIH en el plasma se realiza mediante una técnica que se llama PCR cuantitativa. Alcanzar niveles de carga viral indetectable no significa que se haya eliminado la infección sino que la cantidad de virus en la sangre está muy por debajo de un determinado nivel, tan bajo que las técnicas de laboratorio disponibles no detectan (Gutiérrez et al., 2004).

1.7 Respuesta emocional al VIH/SIDA

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su historia

personal. La ansiedad es la primera respuesta emocional que se presenta ante una situación amenazante o catastrófica como lo es una enfermedad mortal, es una reacción de alarma que busca desencadenar una serie de mecanismos de afrontamiento más adaptativos.

Si estos mecanismos no son suficientes para mantener o restaurar el equilibrio emocional, el individuo puede entrar en estados de crisis (Sánchez y González, 2002), que pueden aparecer a lo largo de las etapas de la enfermedad, entre otros, en los siguientes momentos:

- a) El tiempo entre la primera prueba y la notificación del diagnóstico.

Durante este período, las interpretaciones de los individuos seropositivos son frecuentemente erróneas. Muchos suponen que han contraído el SIDA, que están en un estado médico crítico y a punto de morir, cuando lo que realmente sucede es que se encuentran en una crisis psicológica y que se requiere de tiempo para reaccionar y pensar en forma apropiada evitando conductas destructivas.

- b) Cuando la familia se entera del diagnóstico.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico de la condición seropositiva se da a conocer a la familia tiempo después de que el paciente ha podido superar la crisis personal. La notificación del diagnóstico en el núcleo familiar puede generar una severa crisis que incluye, en su caso, el descubrimiento de homosexualidad, de bisexualidad o de prácticas sexuales fuera de la relación de pareja. El reconocimiento de esta situación generará múltiples

reacciones por parte de los familiares que se pueden expresar en sentimientos de ambivalencia hacia el enfermo. La familia también deberá afrontar el estigma social, ante el temor de que se les discrimine. En algunos casos, la forma de afrontar esta situación se hace a través de formular y comunicar a su entorno comunitario un "diagnóstico socialmente admisible". Finalmente, los familiares tendrán que enfrentar la muerte de su ser querido, lo que suele ir acompañado de sentimientos intensos de culpa e impotencia.

c) Cuando existe evidencia clara del avance de la enfermedad.

Cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había imaginado se convierte en un hecho real que no sólo lo alarma a él, sino a las personas con las que convive. En esta crisis se presentará nuevamente ansiedad y depresión por el deterioro físico evidente en el enfermo, el miedo ante la muerte puede ser un sentimiento constante de allí en adelante.

d) Cuando se reconoce el hecho de la muerte como inminente.

Cuando el paciente sabe que la muerte esta próxima, se encuentra ante una situación de intensa crisis la cual puede expresarse a través de miedo, dolor, tristeza, frustración e impotencia. En algunos casos, el paciente muestra una actitud de aceptación y asume el hecho de que pronto va a morir; algunos pacientes se ocupan de arreglar sus asuntos pendientes referentes a la herencia de sus bienes y a solucionar algunos conflictos con personas significativas, así como conseguir despedirse de sus seres queridos. En algunos de estos casos, se puede llegar a pensar en la muerte como una liberación de su sufrimiento.

La doctora Elizabeth Kubler Ross (2000) ha propuesto un proceso que pueden vivir los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal como es el caso de los pacientes seropositivos al VIH, en relación con sus familiares, parejas y amigos, tipificándolo en cinco fases y que se presentaría de la siguiente manera: negación, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación; las cuales se describen brevemente a continuación.

La negación va acompañada del choque; dado que el conocimiento de la enfermedad produce una gran angustia, el sujeto niega el hecho de saberse infectado, enfermo o que va a morir. Puede ir acompañado de un sentimiento de omnipotencia. Ésta actitud puede prolongarse por algún tiempo, aún en presencia de manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Cuando el individuo no puede mantenerse en la negación, puede surgir una intensa frustración que se manifiesta en el enojo que el paciente proyecta sobre su familia, sus amigos, los médicos o el personal que lo atiende. Con frecuencia el paciente se muestra irritable y con poca tolerancia a la frustración y con respuestas exageradas o inadecuadas a estímulos sociales. En este lapso, el paciente puede experimentar intensos sentimientos de culpa hacia sí mismo o hacia los demás por lo que le sucede.

En la etapa de la negociación, el paciente se plantea metas de corto plazo las cuales condiciona a la obtención de algún beneficio. Esta fase le permite modificar positivamente algunas actitudes y darse cuenta de que su vida continúa, y que si bien debe replantear algunos de sus objetivos, aún

tiene oportunidad para lograrlos. El paciente en esta etapa acepta que está enfermo, que tiene limitaciones y que es incapaz de acabar con su enfermedad, lo que lo lleva a una intensa depresión. Contrariamente a lo que podría pensarse, esta etapa resulta la más productiva, ya que el paciente al aceptar su enfermedad, deja de utilizar medios fantasiosos para combatirla y empieza realmente a asimilarla; sin embargo, en algunos casos, esta etapa puede complicarse por intensos sentimientos de culpa, ideación suicida y conductas autodestructivas que requieren atención profesional.

En esta última etapa, el paciente se acepta y aprende a vivir con su enfermedad, encaminando sus esfuerzos a la obtención de objetivos inmediatos que considera necesarias en su interacción personal y social.

Cada persona vive de manera diferente estas etapas, teniendo una intensidad y una duración variable, no son estáticas ni siguen siempre el mismo orden, este puede fluctuar y volver a presentarse, o sólo presentarse alguna de ellas. Hay numerosas incertidumbres producidas por factores relacionados con la evolución de la enfermedad, la personalidad del paciente y los apoyos sociales con los que cuenta, que le permitirán o dificultarán su adaptación funcional a su condición (Kubler, 2000).

1.8 Epidemiología. El SIDA en México

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

De acuerdo con las estadísticas realizadas en México por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) hasta el 15 de noviembre de 2010 y los resultados preliminares de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en nuestro país hay 112,322,757 habitantes; 144,127 personas tienen VIH/SIDA, de los cuales 25,683 son mujeres y 118,444 hombres.

Con fines de esta investigación revisaremos las estadísticas del Distrito Federal y Tlaxcala, debido a que la muestra pertenece a estas entidades federativas.

En el Distrito Federal hay 8,873,017 habitantes; 23,244 tienen VIH/SIDA, en el estado de Tlaxcala son 1,169,825 habitantes y 1,107 viven con VIH/SIDA.

Con base en las estadísticas mencionadas y su significativo aumento, resulta evidente la importancia de realizar investigaciones multidisciplinarias acerca de las personas que viven con VIH/SIDA, para tener mayor conocimiento y establecer intervenciones para proporcionarles un adecuado nivel de vida.

2. REDES SOCIALES

En este capítulo, se expondrán los principales conceptos del ARS y el papel que desempeñan las redes sociales y redes de apoyo en relación a la conducta y a la salud, con la intención de contar con las bases teóricas para comprender las características y estructuras de las redes de apoyo de las personas con VIH/SIDA.

A lo largo de la historia, el ser humano ha buscado el apoyo de las personas que lo rodean, ya que éstas le pueden resultar de ayuda para satisfacer tanto sus necesidades básicas, de seguridad, protección y afecto (García, 2009).

Si bien la creación de redes sociales de apoyo e interés común apareció en las etapas más tempranas de la evolución de las sociedades humanas, no es sino hasta inicios de la segunda mitad del siglo XIX que su estudio se establece de manera formal (Luna, 2004).

El estudio de las relaciones sociales que se establecen entre los individuos es un tema central en las ciencias sociales ya que el ser humano es social y vive inmerso en un entramado de vínculos interpersonales que afectan a todos los ámbitos de su vida. Así, el comportamiento de cada individuo modifica y a su vez, es afectado por las interacciones sociales en las que participa (Garrido, 2001).

Las redes sociales son una forma de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Las redes son sistemas abiertos y

horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas. Por lo tanto, se crean como una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas (Rizo, 2005).

El interés por estudiar las relaciones entre las personas que forman un grupo tiene como finalidad establecer cómo influyen esas conexiones en el comportamiento de los individuos que integran ese grupo. En los últimos años, el desarrollo del ARS ha permitido una visión más detallada del resultado de esta interacción social. Esta perspectiva ha dado lugar a una diversidad de desarrollos teóricos y metodológicos que han permitido enriquecer y renovar múltiples campos de estudio de las ciencias sociales y de la salud (Rivoir, 1999).

En el proceso de desarrollo de la aproximación, cabe distinguir tres líneas básicas de influencia: la sociometría, los estudios de organizaciones y antropológicos llevados a cabo en Harvard y Chicago durante los años treinta y la Escuela de Manchester (Molina, 2001).

2.1 Antecedentes

Los primeros estudios sobre redes sociales provienen de campos como la sociología, la psicología social y la antropología, los cuales son considerados cimientos de lo que actualmente conocemos como ARS, que incluye aportaciones de las matemáticas formales, la teoría de grafos, la estadística y las herramientas computacionales conformando una serie de estrategias metodológicas e instrumentos técnicos (como los mapas de red y programas informáticos) a partir de los cuales

se han extendido sus conceptos (red, estructura, densidad, relación, centralidad) a múltiples disciplinas que incluyen la economía, la física y las ciencias sociales en general (Wasserman, Faust y Scott, 1994).

2.1.1 Sociometría

Jacob Moreno desarrolló la sociometría como un paradigma que estaba llamando a sustituir las teorías sociales anteriores. Su objetivo era estudiar la influencia que la estructura de relaciones tenía en la salud mental y la articulación de los pequeños grupos que envuelven a los individuos en "agregados sociales" (Molina, 2001).

Para llevar a cabo esta tarea, desarrolló técnicas cuantitativas de recolección de datos relacionales, (cuestionarios en los que se pedía la elección de otros miembros del grupo en función de diferentes criterios) y su plasmado gráfico mediante sociogramas que son herramientas útiles e intuitivas para apreciar las relaciones entre un número limitado de nodos.

El énfasis de la sociometría en la observación y recolección de datos sistemáticamente, el esfuerzo por cuantificar y formalizar las relaciones sociales y la teorización sobre las propiedades de las redes sociales conceptuadas como grafos, han constituido los puntos de partida de la aproximación.

2.1.2 Investigadores de Harvard y Chicago

En 1929, el antropólogo W. Lloyd Warner se trasladó a Harvard para colaborar con Elton Mayo en los famosos estudios

Hawthorne, desarrollados en la Western Electric Company de Chicago. El estudio tenía por objetivo identificar la influencia de los aspectos psicológicos y sociales en el rendimiento de los trabajadores, y efectivamente, estos estudios permitieron detectar cliques, camarillas de personas con lazos informales que explicaban su conducta en el trabajo.

Si la sociometría y sus desarrollos había aportado técnicas cuantitativas de recolección de datos, herramientas de representación gráfica y proposiciones sobre las propiedades formales de las redes de relaciones; los investigadores de Harvard y Chicago aportaron estudios empíricos sobre la existencia de grupos informales y su articulación con el sistema social, además de innovaciones metodológicas y teóricas sobre el ARS (Mendoza, 2003).

2.1.3 Escuela de Manchester

La antropología británica respondiendo a las limitaciones del estructural-funcionalismo para explicar los cambios en las sociedades tradicionales y los mecanismos de articulación de las sociedades complejas, desarrolló el concepto de *red social*. Así, John Barnes en 1954 fue el primero en utilizar el término *red* para describir una pequeña aldea de pescadores en Noruega (Molina, 2001).

El trabajo realizado por la psicóloga canadiense Bott en 1955, influiría de manera importante en posteriores investigaciones sobre redes sociales. Al estudiar matrimonios urbanos londinenses concluyó que la estructura de la red social tenía una capacidad explicativa más grande que la

pertenencia a categorías sociales o grupos institucionales definidos (García, 2009).

En 1969, Clyde Mitchell recopiló y sistematizó los avances de la perspectiva de *redes sociales*, publicando un importante artículo donde el autor proponía que la concepción del ARS planteaba una visión complementaria de la idea tradicional basada en el estudio de las instituciones (García, 2009).

En 1970, Nadel influyó de manera decisiva en la elaboración teórica de las redes sociales, pues afirmaba que no se puede esperar la existencia de una única estructura social, sino que existen varias estructuras sociales las cuales no necesariamente están relacionadas entre sí. Las estructuras sociales se pueden localizar en las relaciones directas entre personas. Por lo tanto, la estructura social tiene que buscarse en la red de roles existente en cada sociedad (Escobar, 2008).

Para representar la sociedad de manera formal, Nadel comenzó a utilizar una notación simbólica; asimismo, realizó un detallado estudio del concepto de rol y sus atributos.

2.2 Análisis de Redes Sociales

El ARS estudia relaciones específicas entre una serie definida de elementos (personas, grupos, organizaciones, países, incluso acontecimientos). A diferencia de los análisis tradicionales que explican por ejemplo, la conducta en función de la clase social y la profesión, el ARS se centra en las relaciones y no en los atributos de los elementos (Molina, 2001).

Combina ciertas vertientes de la teoría social, la sociometría, la teoría de grafos y la formalización matemática; asimismo, se caracteriza por el uso de tecnología computacional (García, 2009).

El ARS trata con datos relacionales que son un vínculo específico existente entre un par de elementos (Wasserman y Faust, 1994) y a partir de los pares de elementos y las relaciones establecidas entre ellos, es posible construir una red que puede representar fenómenos muy diversos.

2.2.1 ¿Técnica o paradigma?

Numerosos autores preconizan que el ARS constituye un nuevo paradigma, capaz de identificar y describir la estructura social de una forma operativa y no metafórica. El ARS puede concebirse como un intento de describir formalmente la estructura social (Molina, 2001).

El ARS según Molina (2001), se enfoca a estudiar las relaciones específicas entre una serie definida de elementos, ya sean personas, grupos, organizaciones, países o incluso acontecimientos y utiliza como herramientas el análisis de grafos, estadísticos y matemáticos a través de los cuales es factible representar lo observado.

Liberman (1995) apunta que el análisis de redes es una aproximación útil para estudiar las estructuras sociales y explica que los modelos de redes tienen ventajas explicativas muy evidentes.

El ARS es una aproximación intelectual amplia para identificar las estructuras sociales que emergen de las

diversas formas de relación, es un método que utiliza diversas técnicas y también un conjunto de instrumentos para conectar el mundo de los actores, con las estructuras sociales emergentes que resultan de las relaciones que los actores establecen (Sanz,2003).

Molina (2001), explica que el ARS identifica las relaciones existentes entre distintos pares de elementos, centrando su atención en los vínculos existentes entre ellos y no en los atributos de cada uno. Contando con los pares y las relaciones entre ellos, podemos construir una red en la que se pueden apreciar una gran pluralidad de fenómenos.

Liberman (1995) comenta: "Una virtud de esta concepción es la proliferación de estudios en prácticamente todas las disciplinas en ciencias sociales, esta visión hace factible la multidisciplinariedad para aproximarse al estudio de los fenómenos sociales".

Por su parte, Molina (2005) considera que una de las cualidades del estudio de redes es que puede ser una herramienta para comprender fenómenos sociales en distintos niveles, de tal forma que se pueden abordar de manera simultánea interacciones individuales, institucionales y estructuras sociales.

Para fines de esta investigación y debido a que surge como una necesidad de adaptar procedimientos y recursos enfocados a lograr un estudio objetivo acerca de las estructuras sociales, el Análisis de Redes Sociales será tomado en cuenta como una técnica.

2.3 Conceptos Fundamentales

El ARS ha ido desarrollando a lo largo del tiempo una terminología propia, que ha crecido y se ha diversificado al mismo paso que la enorme variedad de estudios de la especialidad que se han realizado desde distintas disciplinas y perspectivas (Herrero, 2005).

Los elementos básicos que definen una red son básicamente dos: los actores que establecen las relaciones entre sí, y son representados por puntos y las relaciones que son representadas por líneas (Sanz, 2003).

Es importante señalar que si bien los conceptos que a continuación definiremos de acuerdo con Wasserman y Faust (1994), son comunes a todos los campos de aplicación del ARS, existen algunos que son específicos del fenómeno que se esté representando mediante redes.

Actor: pueden ser individuos y/o colectivos. Pueden ser personas en un grupo, departamentos corporativos en una empresa, un país, etcétera (Borgatti, 2003).

Lazos relacionales: según Lozares (1996) son vínculos entre pares de actores y son de diversos tipos; por ejemplo los personales, que pueden ser por amistad, respeto, consejo. Los de transferencias de recursos, como bienes, dinero, información, etcétera. Para Wasserman y Faust (1994), son elementos que establecen una relación entre un par de actores. Las características de los vínculos son tan diversas como los fenómenos que pueden ser representados mediante redes.

Diada: es inherente al par (Lozares, 1996) y es la unidad básica del ARS. Está conformada por un par de actores y los vínculos que existan o puedan existir entre ellos. Los vínculos se contemplan siempre como una propiedad entre una pareja de actores y nunca como una característica individual (Wasserman y Faust, 1994).

Triada: Según Wasserman y Faust (1994), este elemento es un grupo de tres actores y los vínculos entre ellos. Es considerada el cliqué con el número mínimo de actores. Lozares (1996) comenta que permite el análisis de balance y también el considerar propiedades transitivas.

Subgrupo o cliqué: es un grupo de actores que tienen vínculos entre ellos par a par, es decir, es un grupo en que todos los actores están relacionados.

Grupo: es un conjunto finito de actores que por razones conceptuales, teóricas o empíricas puede ser analizado de manera independiente de la red de origen; es decir, es un subconjunto de individuos que pertenecen a una red y que por sí mismos pueden constituirse una red. Los criterios para definir los grupos a analizar permiten trazar los límites de inclusión.

Red: existen varias definiciones en relación con este concepto. Para Hanneman (2000), una red es un conjunto de actores entre los que existen vínculos o relaciones. Verd y Martí (1999) la definen como un conjunto finito de actores y de relaciones definidas entre ellos. Para Wasserman y Faust (1994), es el conjunto finito de actores y la relación o relaciones definidas entre ellos.

2.3.1 Concepto de red

“Por red no sólo quiero indicar el lazo entre personas, sino también las futuras conexiones de lazos y la importancia de lo que pasa entre un par de lazos” (Nadel, 1967 en Molina, 2001).

Liberman (1995) define la red como un conjunto de actores sociales conectados, que intercambian material socialmente relevante. También se refiere al conjunto de puntos finitos, ligados o parcialmente ligados por un conjunto de líneas, llamados arcos, sin que exista una restricción en el número de líneas que ligan los puntos ni la dirección.

Aguilar y Molina (1970) proponen cinco diferentes usos del concepto de red social:

1. Metafórico o heurístico: en el sentido que plantea problemas de investigación desde una perspectiva de redes.
2. Concepto sustantivo, empírico o etnográfico, el cual ha dado lugar a la mayor parte de los estudios en redes fundamentalmente dentro del campo de la antropología.
3. Intervención mediante el diagnóstico y participación de la comunidad, aprovechando las potencialidades no explotadas de los recursos locales para mejorar las condiciones de vida y salud.
4. Análisis formal de redes utilizando elementos de la teoría de grafos y el álgebra de matrices.

5. Redes sociales como punto de partida para avanzar en teoría social.

El uso del concepto puede ser en sentido metafórico, utilizado para evocar la imagen de un conjunto de interconexiones, si no se especifican las propiedades. En un sentido analítico, sí se habla acerca de un evento que es observable y en donde se señala la utilidad de definir las características del concepto y permite la utilización de la teoría de grafos al representar una red (Lieberman, 1995).

Luna (2004) distingue tres principales enfoques a partir de los cuales puede abordarse el estudio de las redes:

1. La teoría del actor-red: considera a la red como una configuración de sistemas y alianzas de personas y sistemas de alianzas de aquello que conecta a la gente, siendo estos sistemas interdependientes.
2. La noción de red como mecanismo de coordinación social, donde la red es vista como una estructura orientada al abordaje y solución de problemas, vinculando actores de distintos entornos institucionales.
3. El análisis formal de redes sociales. Familiarizarse con el análisis de redes sociales no es una tarea sencilla. Exige conocimientos de estadísticas y al menos disponer de nociones de álgebra de matrices y de operaciones con grafos (Molina, 2001).

2.4 Red Social

García (2009) señala que es el campo relacional total de los individuos dentro de su representación espacio-temporal, el cual se caracteriza por los vínculos sociales de las personas que se conocen unas a otras.

Lahuerta (2003) menciona que la red social es el tejido de relaciones sociales que los individuos tienen y se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales:

- a) Por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o de ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información.
- b) Por la influencia social que existe entre los actores de la red.
- c) Por la participación y el compromiso social.
- d) Por el contacto persona a persona.
- e) Por el acceso a recursos materiales.

Para Menéndez (2003), las redes sociales son conjuntos de relaciones sociales o interpersonales que ligan individuos u organizaciones en "grupos". Y que las interacciones entre la red, además de reflejar los flujos de conocimiento y comunicación podrían tener un impacto relevante en el comportamiento de los actores.

Según Dabas (1998) y Dabas y Najmanovich (1995), la Red Social está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. Implica un proceso de construcción permanente tanto singular, como colectivo, que acontece en muchos espacios a través de la interacción permanente.

Lozares (1996) la define como un conjunto bien delimitado de actores -individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc.- vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales.

Dabas (1993) define a la red social como un sistema abierto que tiene la capacidad de potenciar tanto los recursos de la red como los de sus integrantes, siempre que los que conformen la red lleven a cabo un intercambio dinámico entre sí, y con integrantes de otros grupos sociales.

Para Calhoun (2000), son un tejido de relaciones entre personas las cuales están unidas directa o indirectamente a través de diversas comunicaciones y compromisos. La función primordial de la red es que sus integrantes compartan sus recursos.

La red social según Abello y Madariaga (1999), está constituida por individuos significativos en la vida de cualquier persona y una de las principales características de las redes sociales es que éstas pueden convertirse en sistemas de apoyo social que promueven la salud al mismo tiempo que amortiguan el estatus psicosocial de los individuos.

2.4.1 Características de las redes sociales

Las redes sociales poseen características estructurales, funcionales y de atributos del vínculo (Sluzki, 1996). Para efectos de esta investigación, interesan, la dimensión estructural y la dimensión funcional.

2.4.1.1 Dimensión estructural

Son características que nos hablan de las propiedades de la red en su conjunto, como las siguientes:

Tamaño: Se refiere al número de personas con las que mantiene contacto personal o número de personas que conforman la red (García, 2009).

Densidad: Es el grado de conexión que se da entre los individuos que conforman la red, independiente del sujeto central. Es la relación existente entre el número de lazos existentes y el número de lazos posibles (Molina, 2001). Una densidad alta indica una mayor posibilidad de contactos entre los miembros, y por ende, mientras mayor sea la densidad de la red social mayor será la "operatividad" o "cantidad de red operante" que se estructure para el sujeto central.

Homogeneidad: Indica el grado de semejanza y diferencia entre los miembros de una red en función de características demográficas (sexo, edad, raza, clase social) y psicosociales (estilo de vida, valores, costumbres). Las redes homogéneas facilitan los procesos de comparación social (García, 2009).

Posición social: ésta es la característica que determina la dinámica relacional de la red. Una de las posiciones más frecuentemente analizadas es la de centralidad, la cual hace referencia a los integrantes de la red que poseen el mayor número de conexiones. Otras posiciones son los actores aislados y los actores de enlace. Estos últimos se caracterizan por servir de conexión entre grupos, los cuales sin este actor, no podrían relacionarse (García, 2009).

2.4.1.2 Dimensión funcional

Sluzki (1996) propone las siguientes funciones básicas de una red:

Compañía social: nos habla sobre la realización de actividades con otras personas o simplemente convivir cotidianamente con otros. Esta convivencia no implica necesariamente un lazo emocional cercano, pueden ser interacciones frecuentes, pero no íntimas.

Apoyo emocional: son los intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, estímulo y apoyo. Demostración de cuidado, afecto y cariño que muestran los miembros de la red en relación al sujeto central. Es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas.

Guía cognocitiva y consejos: se refiere a las interacciones destinadas a compartir información personal o social, así como aclarar expectativas y promover modelos de rol.

Regulación o control social: son las interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles. Neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas y favorecen la resolución de conflictos.

Ayuda material y de servicios: el aporte tangible y concreto que pueden prestar los miembros de la red. En el ámbito de la "subsistencia" se refiere a préstamo de servicios, recursos, dinero y ayuda personal.

Acceso a nuevos contactos: se refiere a la puerta de entrada a la conexión con otras redes o personas que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.

2.4.2 Formación de Redes Sociales

Según Liberman (1995), las redes se forman a partir de los intereses de un individuo que establece relaciones, eligiendo otros individuos con quienes puede llevar a cabo algún intercambio, ya sea de afectos, información, bienes o servicios. Su formación puede ocurrir en forma propositiva planeada o en forma casual, debido a situaciones en las que existen intereses en común.

García (2009) señala que existen dos maneras para delimitar la red:

El enfoque realista: en el que los límites de la red social deben ser definidos por los propios actores pertenecientes a la red que se desea analizar.

El enfoque nominalista: los límites de la red social deben ser fijados por el propio investigador.

Hanneman (2000) indica que una red social puede construirse de dos formas y dependiendo de cómo se delimita el conjunto de actores que forman la misma, y se puede clasificar en red completa o red egocéntrica.

2.4.2.1 Redes completas

Recogen información acerca de todos los lazos de cada actor con los demás. En esencia, este método utiliza un censo de los lazos en una población de actores. Para construir una red de este tipo, es preciso contar con datos acerca de todas las relaciones de cada miembro del conjunto con el resto. Los datos de las redes completas aportan una fotografía completa de las relaciones de la población de estudio, por lo tanto, conducen a descripciones muy complejas para la red. Una desventaja es que implica una gran inversión de recursos y son difíciles de obtener.

2.4.2.2 Redes egocéntricas

En muchos casos, no es posible recopilar información acerca de todos los vínculos de cada actor. Entonces, un enfoque alternativo es la selección de un miembro de esa red y a partir de éste, identificar a todos los actores con los que está conectado dentro de esa red. Este tipo de enfoque se centra en el individuo más que en la red como un todo y puede proporcionar una fotografía aproximada de las redes locales de los individuos.

2.5 Redes de Apoyo

Carmona (2004) comenta que las redes de apoyo son consideradas como un conjunto de relaciones dentro de la red social, en la que cada nodo representa a una persona con la que se tiene algún vínculo y se puede diferenciar de la red social porque proporciona al individuo central algún tipo de ayuda.

Las redes de apoyo poseen características funcionales; la red puede brindar identidad social, obtención de nuevos contactos, provisión de apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Y características estructurales; tamaño y densidad (Sanz, 2003).

En esta investigación, nos interesa conocer el tamaño ya que según Aduna (1998) puede considerarse como una medida del número de personas que potencialmente pueden o que actualmente proporcionan apoyo al individuo. Y la densidad porque es el grado de conexión que se da entre los individuos que conforman la red, independiente del sujeto central y una densidad alta indica una mayor posibilidad de contactos entre los miembros, y por ende, mayor será la "operatividad" que se estructure para el sujeto central.

Veamos ahora cómo fue que se comenzó el estudio de estas redes. En los años ochenta del pasado siglo, los factores psicosociales fueron adquiriendo mayor relevancia en el campo de estudio de la salud y el bienestar social. Uno de los más trascendentes ha sido el tema del apoyo social, el cual comenzó a ocupar un lugar importante entre los tópicos de la psicología social y entre las investigaciones realizadas por los científicos sociales y de la salud (García, 2009).

Según Carmona (2004) el apoyo social se ha definido como información que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de compromiso mutuo.

Por su parte, Caplan (1974) define los sistemas de apoyo social como conjuntos sociales continuos que proporcionan a los individuos oportunidades de retroalimentación acerca de ellos mismos. Y que las personas involucradas ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos, comparten sus tareas y les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entendimiento cognoscitivo y guía que puede mejorar el manejo de alguna situación difícil.

El apoyo que brinda una red es un recurso sumamente importante para el individuo, pues se ha comprobado que las relaciones interpersonales desempeñan un papel significativo en la protección física y psicológica de las personas (Abello y Madariaga, 1999). De acuerdo con Remor (2002), las personas que pueden contar con apoyo social lo harán mejor que aquellas que carecen de él.

Según Dabas (1998), el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos.

De acuerdo con Sluzki (1998), existe una amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de

enfermedades, actúa como agente de ayuda, influye en la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es una fuente generadora y proveedora de salud.

Abello y Madariaga (1999) comentan que el primer paso para recibir apoyo positivo es formar parte de una red; no obstante, hay redes que son poco eficaces al momento de proveer este tipo de apoyo. Un ambiente social desintegrado o la ausencia de uno adecuado pueden generar conductas, actividades y sentimientos que afecten o conduzcan de manera negativa la interacción social y el desarrollo personal.

García (2009) comparte esta visión, opina que la presencia de una red social no garantiza bienestar físico, psicológico, ni apoyo social. Considera que existen redes que promueven la salud y otras que no favorecen a sus integrantes. Una red social grande, no implica necesariamente un mayor apoyo social.

Por otra parte, Carmona (2004) menciona que el apoyo social es un elemento determinante en la búsqueda de ayuda, cuando se padece una enfermedad.

El tipo de apoyo que puede brindar una red social consta de dos aspectos: apoyo emocional y ayuda instrumental. El apoyo emocional se refiere a los consejos y acompañamiento en situaciones difíciles, mientras que el apoyo instrumental se refiere al préstamo de dinero y proporcionar servicios e información (Abello y Madariaga, 1999).

2.5.1 Redes sociales de apoyo, su relación con la salud y el VIH/SIDA

El análisis de redes ha estado presente en el campo de la salud desde sus inicios, ya sea en temas de difusión de innovaciones entre médicos, en el estudio de la relación existente entre el apoyo social que brinda una red y la salud del individuo central de la misma o en enfermedades mortales, como por ejemplo el SIDA.

Y es a partir de la lucha contra el SIDA cuando se han multiplicado las contribuciones en este campo.

Dado que el VIH/SIDA se transmite en gran medida en contextos que implican relación personal (relación sexual, compartir jeringas, etc.), el estudio de las redes asociadas a grupos de riesgo es fundamental para mejorar las políticas de prevención.

Castro (1997), Remor (2002) y Carrobles (2003), señalan que existe una relación estrecha entre la red social, el nivel de apoyo que reciben las personas portadoras de VIH/SIDA, y su calidad de vida.

Es necesario tomar en cuenta que la relación entre salud y red social, es bidireccional; el VIH/SIDA puede afectar negativamente la red personal del individuo y esto se vería reflejado en su salud. No obstante, en ocasiones, podría dar lugar a la generación de nuevas redes, tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud.

Conocer las características generales de la red social de los individuos puede resultar de gran ayuda para comprender

distintas problemáticas a las que se enfrenta un individuo e identificar los factores, individuales y sociales que podrían fortalecer sus recursos (García, 2009).

3. MÉTODO

3.1 Consideraciones previas

Las personas con más tipos de relaciones sociales viven más tiempo, tienen menor deterioro cognitivo al envejecer, mayor resistencia a las enfermedades infecciosas y un mejor pronóstico cuando padecen enfermedades crónicas graves (Cohen, 2009).

Existe una relación estrecha entre la red social, el nivel de apoyo que reciben las personas portadoras de VIH/SIDA y su calidad de vida (Castro, 1997 y Remor, 2002).

Carrobles (2003) también concluyó que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con VIH según el nivel de apoyo social que presentan.

Esta investigación sirve para observar gráficamente, las características, similitudes y diferencias de las redes sociales y redes de apoyo de las personas con VIH/SIDA, de la muestra de este estudio.

Asimismo, es una fuente útil para aquellas personas interesadas en identificar y utilizar la red de apoyo de las personas con VIH/SIDA para hacer intervención en red.

Se optó por la perspectiva del ARS como herramienta teórica y metodológica ya que toma como punto de partida el análisis de las relaciones sociales y su influencia en el comportamiento de las personas.

Además, este enfoque ha sido de gran utilidad en la comprensión de diferentes problemáticas relacionadas con la salud física y mental (Lahuerta, 2003, Bronfman, 2000 y Castro, 1997).

Debido a que en muchos casos no es posible recopilar información acerca de todos los vínculos de cada actor, en la presente investigación se acordó estudiar las redes egocéntricas, ya que éstas se centran en el individuo más que en la red como un todo y pueden proporcionar una representación aproximada de las redes locales de los individuos. Se eligió un miembro de la red, en este caso la persona que vive con VIH/SIDA, y a partir de éste, se identificó a algunos actores con los que está conectado dentro de esa red.

3.2 Objetivo General

Identificar dentro de la red social de las personas con VIH/SIDA, la red de apoyo de cada sujeto, utilizando como herramienta el ARS.

Específicos

- Detectar las características estructurales que poseen las redes sociales de la muestra.

- Inferir las características estructurales que poseen las redes de apoyo.
- Comparar las características estructurales de las redes sociales del grupo de mujeres y hombres de la muestra de este estudio.
- Comparar las características estructurales de las redes de apoyo del grupo femenino y masculino de esta muestra.

3.3 Tipo de estudio

Exploratorio de caso. Los estudios exploratorios buscan hechos sin el objetivo de predecir las relaciones existentes entre las variables (Kerlinger, 2002).

3.4 Muestra y perfil de sujetos participantes

Para este estudio la muestra fue de 60 personas voluntarias, 30 del sexo femenino y 30 del sexo masculino. La población cumplió con los siguientes requisitos:

Haberse realizado pruebas (ELISA O Western Blot) y ser diagnosticado con VIH/SIDA. Asistir a alguna institución donde se le brinde servicio médico. Y finalmente acceder a participar en el estudio.

Características socio-demográficas de la muestra

Resulta importante mencionar que, durante la búsqueda de la muestra para esta investigación en clínicas donde se brindan servicios médicos y psicológicos a las personas que

viven con VIH/SIDA, nos encontramos con excesivos requisitos, tanto de tiempo como documentación.

En el estado de Tlaxcala contactamos a las mujeres y en el Distrito Federal a los hombres.

El rango de edad en las mujeres va de los 17 a los 60 años, mientras que los hombres el rango va de 17 a 56 años.

Respecto a sus ocupaciones, tenemos que de las 30 mujeres solamente 5 laboran y 22 se dedican al hogar, 2 son estudiantes y 1 combina el hogar con ventas. En tanto que los hombres, 26 de ellos laboran, 2 son estudiantes y 2 están desempleados.

Su estado civil es el siguiente: 18 mujeres son casadas, 5 solteras, 3 viudas y 4 viven en unión libre. Mientras que los 30 hombres reportan ser solteros.

El nivel de escolaridad de las mujeres es menor en comparación con los hombres. Solo 3 mujeres tienen nivel de licenciatura, 7 bachillerato, 11 secundaria, 8 primaria y 1 es analfabeta. Mientras que 1 hombre tiene posgrado, 1 maestría, 12 hombres tienen nivel licenciatura y 12 bachillerato, 3 secundaria y 1 primaria.

Respecto a la orientación psicosexual, las 30 mujeres reportan ser heterosexuales; por su parte, 27 hombres reportan ser homosexuales y 3 bisexuales.

Características de la enfermedad de la muestra:

En la población femenina, 27 refirieron haber contraído el VIH por medio de *transmisión sexual*, 1 refiere no saber cómo lo adquirió, 1 especifica que fue por *transfusión sanguínea* y 1 respondió por *sangre*, sin especificar si fue trasfusión o por inyección de alguna sustancia. En la población masculina, 29 reportaron haber contraído el VIH por medio de relación sexual y 1, por inyección.

Además, se encontró que en el 51.66% de la población total el diagnóstico se realizó entre 1 a 5 años antes.

Tabla 1. Tiempo de diagnóstico de VIH, de la muestra.

TIEMPO	MUJERES	HOMBRES
Menos de 1 año	1	9
De 1 a 5 años	21	10
De 6 a 10 años	6	8
Más de 10 años	2	3

A continuación, se muestran las tablas con las características sociodemográficas de la muestra de este estudio. Se les pidió a los sujetos participantes que usaran seudónimo con la intención de conservar su confidencialidad.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres

#	NOMBRE	EDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ORIENTACION PSICOSEXUAL	TRANSMISION	TIEMPO
1	JULIETA	22	Hogar	Casada	Primaria	Heterosexual	Transfusión Sanguínea	1 año
2	LEONOR	51	Hogar	Soltera	Analfabeta	Heterosexual	Sexual	5 años
3	GABRIELA	37	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	2 años
4	JUDITH	35	Hogar	Viuda	Primaria	Heterosexual	Sexual	13 años
5	OTILIA	48	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	4 años
6	ROXANA	17	Hogar	Unión Libre	Secundaria	Heterosexual	Sexual	1 año
7	JESSICA	25	Hogar	Casada	Bachillerato	Heterosexual	sexual	6 meses
8	MIRIAM	23	Hogar	Viuda	Bachillerato	Heterosexual	Sexual	3 años
9	ELIZABETH	31	Empleada	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	8 años
10	MA. ELENA	48	Hogar	Unión Libre	Primaria	Heterosexual	No se	5 años
11	NANCI	24	Hogar	Casada	Primaria	Heterosexual	Sexual	1 año 6 meses
12	NORA	30	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	sexual	4 años
13	GRACIELA	27	Hogar	Unión Libre	Secundaria	Heterosexual	Sexual	2 años
14	JUANA	32	Hogar	Viuda	Primaria	Heterosexual	Sexual	10 años
15	OLIVIA	40	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	4 años
16	CRISTINA	60	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	4 años
17	GEORGINA	38	Empleada	Casada	Bachillerato	Heterosexual	Sexual	3 años
18	YAZMIN	30	Maestra K	Casada	Licenciatura	Heterosexual	Sexual	3 años
19	SOCORRO	36	Empleada Domestica	Unión Libre	Secundaria	Heterosexual	Sexual	5 años
20	ROCIO	40	Hogar	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	6 años
21	JUANA 2	40	Cuidadora	Casada	Secundaria	Heterosexual	Sexual	1 año
22	JOSEFINA	39	Hogar	Casada	Bachillerato	Heterosexual	sexual	6 años
23	ANA	40	Hogar/ Ventas	Casada	Bachillerato	Heterosexual	Sexual	5 años
24	CLAUDIA	39	Hogar	Casada	Bachillerato	Heterosexual	Sexual	5 años
25	NORA 2	40	Hogar	Soltera	Bachillerato	Heterosexual	Sangre	10 años
26	SARA	20	Hogar	Soltera	Primaria	Heterosexual	Sexual	5 años
27	MA. LOURDES	50	Hogar	Casada	Primaria	Heterosexual	Sexual	8 años
28	PETRA	27	Estudiante	Soltera	Licenciatura	Heterosexual	Sexual	3 años
29	JESICA 2	36	Hogar	Casada	Primaria	Heterosexual	Sexual	12 años
30	SAMANTHA	27	Estudiante	Soltera	Licenciatura	Heterosexual	Sexual	2 años

Tabla 3. Características sociodemográficas de los hombres.

#	NOMBRE	EDAD	OCUPACION	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ORIENTACION PSICOSEXUAL	TRANSMISION	TIEMPO
1	DONNIE	17	Extra de TV	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	8 meses
2	RODOLFO	22	Estudiante	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	5 meses
3	OSWALDO	23	Cocinero	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	2 meses
4	MANUEL	23	Trabajador	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	8 meses
5	FER	27	Ayudante cocina	Soltero	Primaria	Homosexual	Sexual	4 años
6	KIKE	30	Agente de ventas	Soltero	Secundaria	Homosexual	Sexual	3 años
7	CESAR	33	Asesor de empresas	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	2 meses
8	CHARLY	34	Profesor	Soltero	Posgrado	Homosexual	Sexual	11 años
9	MANUEL	35	Diseñador Interiores	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	11 años
10	GUSTAVO	39	Artesano	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	6 años
11	JUAN	39	Mensajero	Soltero	Secundaria	Homosexual	Sexual	3 meses
12	ALBERTO	40	Desempleado	Soltero	Bachillerato	Bisexual	Sexual	5 años
13	CARLOS	40	Comerciante	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	10 meses
14	CARLOS 2	40	Comerciante	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	4 años
15	PACO	42	Administ.	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	7 años
16	MARIO	40	Empleado	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	7 años
17	BEBE	42	Abogado	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Inyección	6 años
18	PRINCIPE	48	Artesano	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	4 años
19	ANGEL	33	Abogado	Soltero	Maestría	Homosexual	Sexual	3 años
20	GUILLERMO	35	Estilista	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	3 años
21	ANGEL 2	32	Profesor	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	5 meses
22	PLUS	30	Empleado	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	4 años
23	ANDRES	26	Administ.	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	10 años
24	MAO	39	Médico	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	11 años
25	JOSE	56	Comerciante	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	8 años
26	GERO	32	Empleado	Soltero	Secundaria	Homosexual	Sexual	5 años
27	CHEMA	27	Cajero	Soltero	Bachillerato	Homosexual	Sexual	3 años
28	GUSTAVO 2	19	Estudiante	Soltero	Bachillerato	Bisexual	Sexual	6 meses
29	ALBERTO	40	Desempleado	Soltero	Bachillerato	Bisexual	Sexual	10 años
30	OMAR	39	Informático	Soltero	Licenciatura	Homosexual	Sexual	8 años

3.5 Instrumento

Molina (2001) refiere que la elección de cualquier técnica dependerá de los objetivos que se quieran seguir en la investigación.

La revisión de la teoría en cuanto a los métodos de recolección de datos en el ARS, apunta a cuatro sistemas tradicionales; cuestionarios, entrevistas, observación y registros.

En este estudio, utilizamos como método de recolección de datos el cuestionario de tipo listado libre, en el cual se pide al sujeto que nombre libremente a las personas con las que tiene relación.

El objetivo es identificar relaciones directas entre las personas que responden y los miembros de una lista. El cuestionario que aplicamos cuenta con una sección de datos sociodemográficos, información general sobre su enfermedad y preguntas sobre sus relaciones directas en cuatro áreas de la vida del paciente; familia, amigos, compañeros (de escuela o trabajo) y otro ambiente (el que cada persona elija) (Ver apéndice 1).

Una vez obtenida la información, se utilizó el Software Ucinet 6 que es un programa de análisis de redes sociales desarrollado por Steve Borgatti, Everett Martin y Lin Freeman y trabaja en tándem con el programa llamado Netdraw para la visualización de las redes.

3.6. Procedimiento

El cuestionario se aplicó a los hombres en la Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A.C. que es una organización de la sociedad civil ubicada en el Distrito Federal. Y la aplicación de las mujeres se llevó a cabo en el CIDS (Centro de Información y Detección de Sida) ubicado en el estado de Tlaxcala, gracias a la colaboración del SIPAM (Salud Integral Para la Mujer A.C.) quienes cordialmente a través de su programa; mujeres y VIH/SIDA, nos canalizaron con el CIDS.

Al inicio de cada sesión, se realizó una breve exposición para dar a conocer a los participantes, los objetivos del estudio y el manejo que se daría a la información que nos proporcionarían, así como la forma adecuada para responder el cuestionario.

Se les explicó que para poder analizar los resultados, era indispensable responder a las preguntas escribiendo los nombres de las personas con las que más se relacionan. Con objeto de respetar la confidencialidad de los participantes, se les pidió cambiar su nombre y usar un seudónimo.

Cabe mencionar que los nombres extraídos de los cuestionarios se transcribieron tal como los pacientes los proporcionaron y no como las reglas de ortografía lo indican.

Con la información recolectada mediante el cuestionario, se llenaron unas matrices, en las cuales primero se registró a todas las personas que mencionó el participante, luego se les otorgaron puntos por cada vez que fueron mencionados. Se tomó el mayor puntaje y se calculó la media. Como criterio

para establecer quienes pertenecen a la red de apoyo, se eligieron aquellos que tienen un puntaje igual o mayor a la media (Ver apéndice 2, tablas de registro de puntajes).

Posteriormente se elaboraron representaciones gráficas, tanto de la Red Social como de la Red de Apoyo de cada participante, con la ayuda del programa UCINET 6, con el fin de detectar la estructura de las Redes Sociales y de Apoyo de los enfermos de VIH/SIDA.

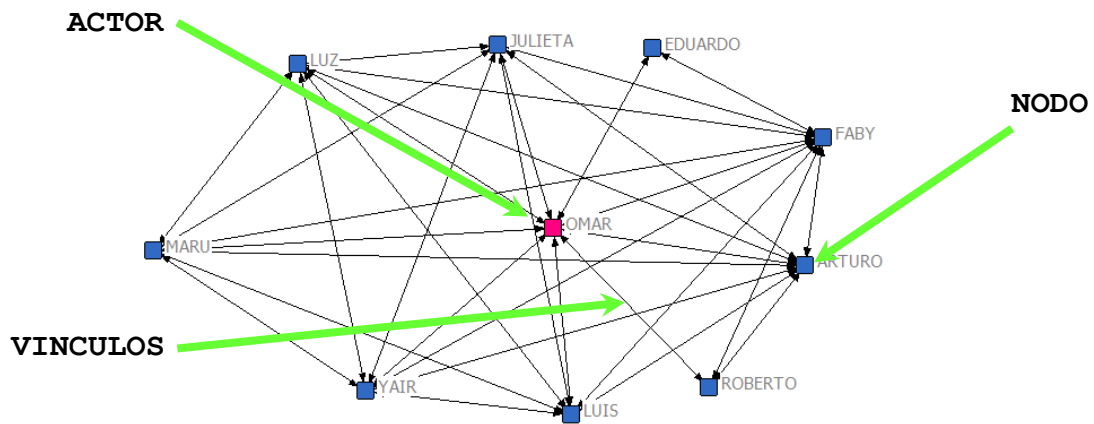
Descripción de las gráficas:

En la parte superior izquierda, se encuentra el número y nombre del sujeto participante (actor) y dentro de la red lo ubicamos con un cuadrado de color rojo que por lo general se encuentra al centro.

La primera gráfica representa la red social del participante y la segunda, su red de apoyo.

Cada persona que pertenece a la red social o red de apoyo, está representada por un nodo (un cuadrado de color azul).

Los vínculos o lazos relacionales están representados con líneas que unen los nodos. Debajo de cada gráfica se indica el número de personas que integran la red, el sexo y la categoría a la que pertenecen.



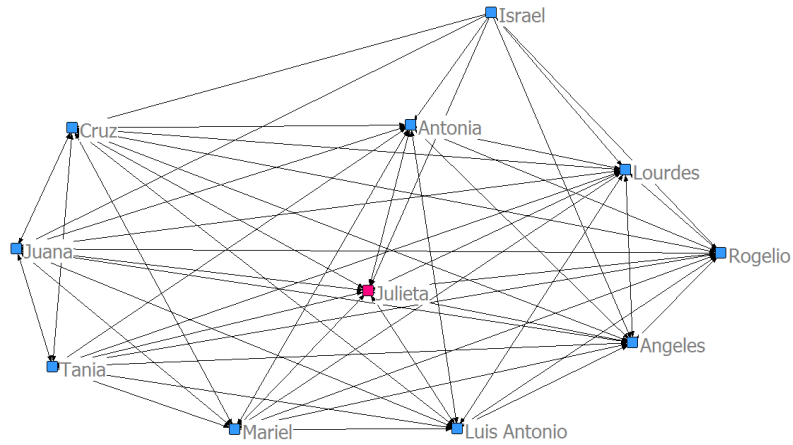
Esta red está formada por 9 personas, (4 mujeres y 5 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 3 son sus amigos y el restante es compañero de trabajo.

4. RESULTADOS E INTERPRETACION

A continuación se presentan de manera individual las gráficas de red de cada participante, la primera es la res social y la segunda la de apoyo. En la primera sección se muestran los resultados del grupo de las mujeres y en la segunda los de los hombres. Este análisis incluye una determinación del tamaño que es el total de persona de una red y la densidad que es el grado de conexión que se da entre los individuos que forman una red independientemente del sujeto central.

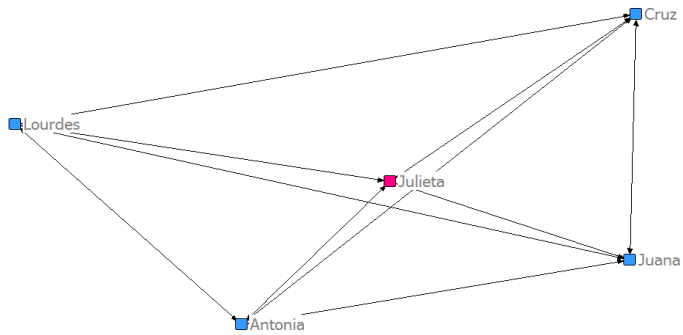
1.- JULIETA

Red Social



Esta red está formada por 10 personas, (7 mujeres y 3 hombres) de las cuales 9 son de su familia, (7 mujeres y 2 hombres) y la persona restante es un amigo. La red posee una densidad media.

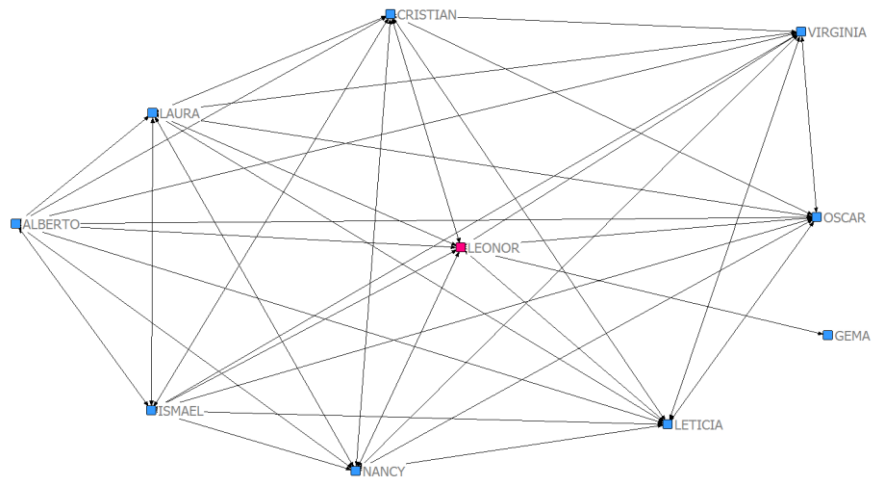
Red de Apoyo



Esta red está formada por 4 mujeres de su familia y posee una alta densidad.

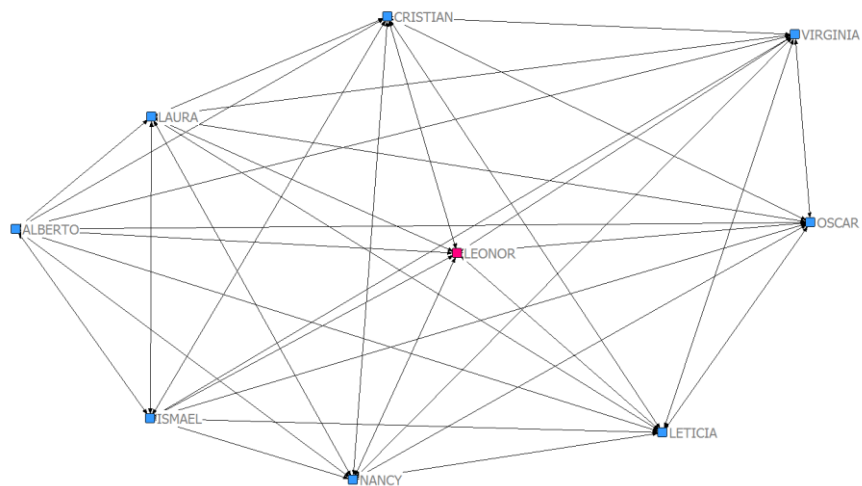
2.- LEONOR

Red Social



Esta red presenta baja densidad y está formada por 9 personas (5 mujeres y 4 hombres) de las cuales 8 son su familia, (4 mujeres y 4 hombres) y la persona restante es su amiga.

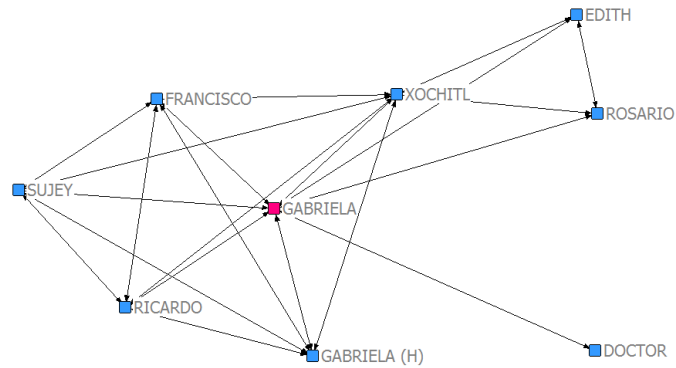
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas, 4 mujeres y 4 hombres. Todas estas personas pertenecen a su familia.

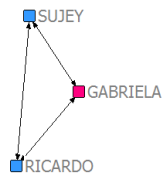
3.- GABRIELA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (5 mujeres y 3 hombres) de las cuales 4 son su familia, 3 son sus amigas y el restante es su médico.

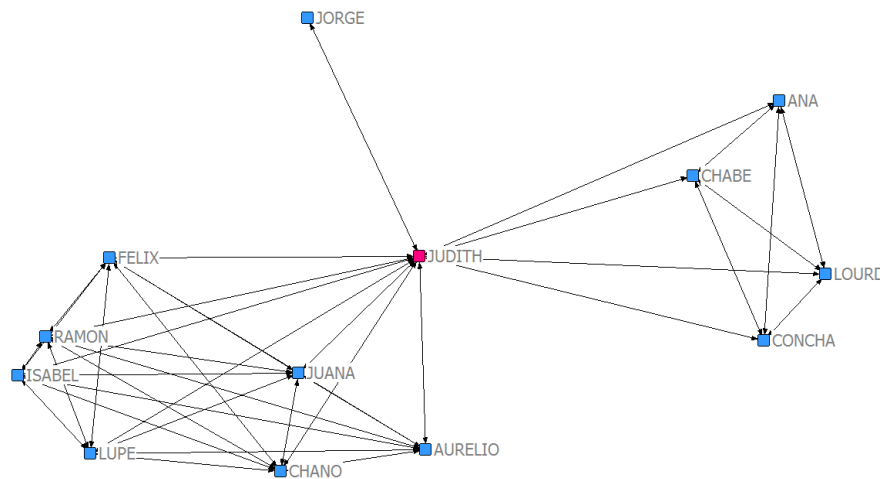
Red de Apoyo



Esta red presenta una densidad alta y está formada por dos personas, su hija y su esposo.

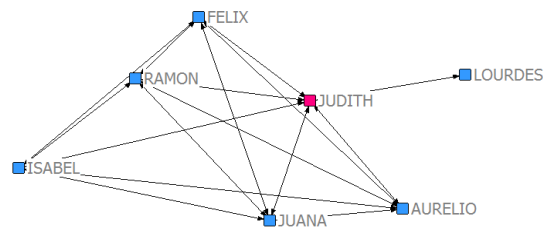
4.-JUDITH

Red Social



Esta red tiene baja densidad, está formada por 12 personas, (7 mujeres y 5 hombres) de los cuales 7 son de su familia, 4 son sus amigas y 1 es su vecina.

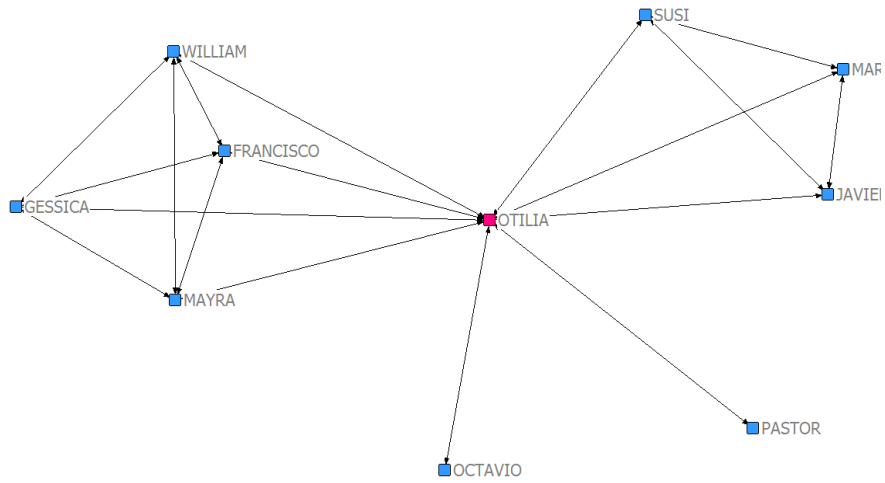
Red De Apoyo



Esta red tiene baja densidad, sin embargo es mayor que la densidad de su red social. Está formada por 6 personas, (3 mujeres y 3 hombres) 5 de su familia y su vecina.

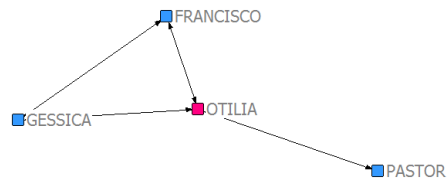
5.- OTILIA

Red Social



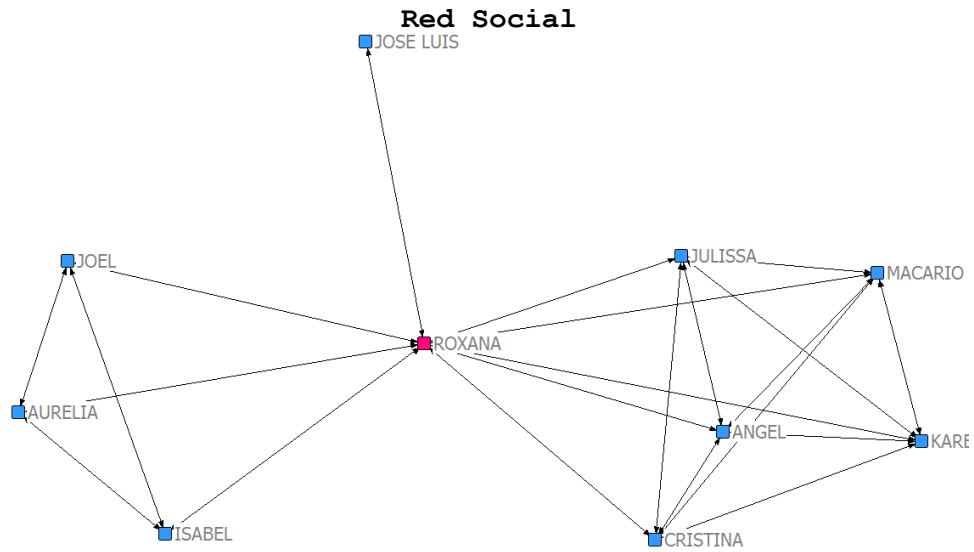
Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas, (4 mujeres y 5 hombres) 5 son de su familia, 3 son amigos y su pastor.

Red de Apoyo



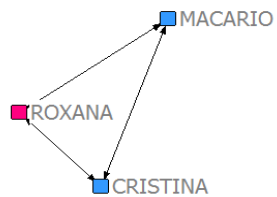
Esta red está tiene baja densidad y está formada por 3 personas, 1 mujer y un hombre de su familia y su pastor.

6.- ROXANA



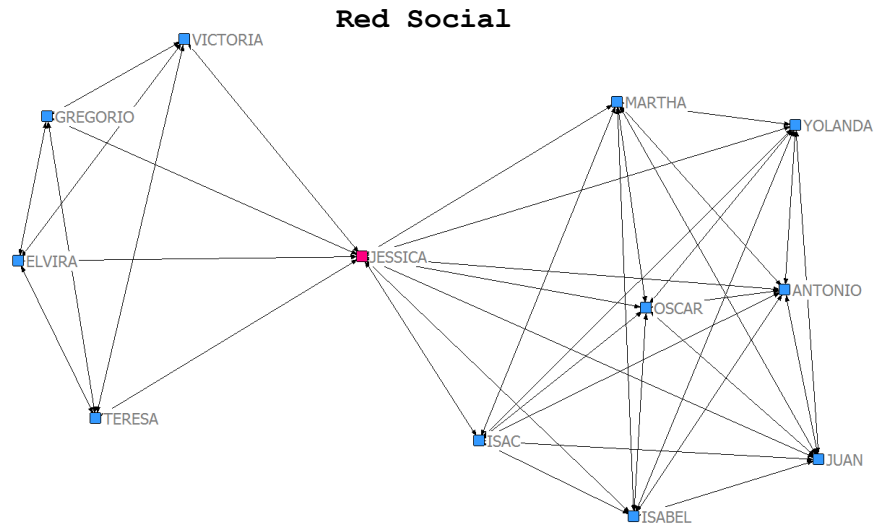
Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (5 mujeres y 4 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 3 son compañeros de escuela y el restante es su ex novio.

Red de Apoyo

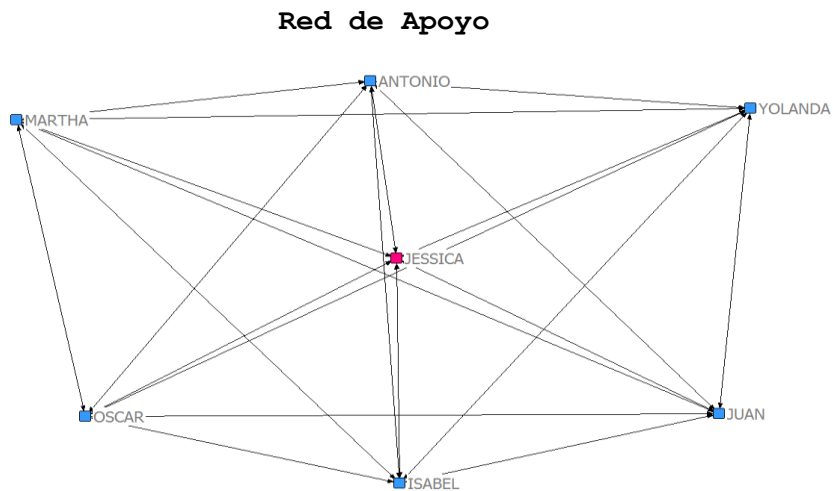


Esta red tiene alta densidad y está formada por sus padres.

7.- JESSICA



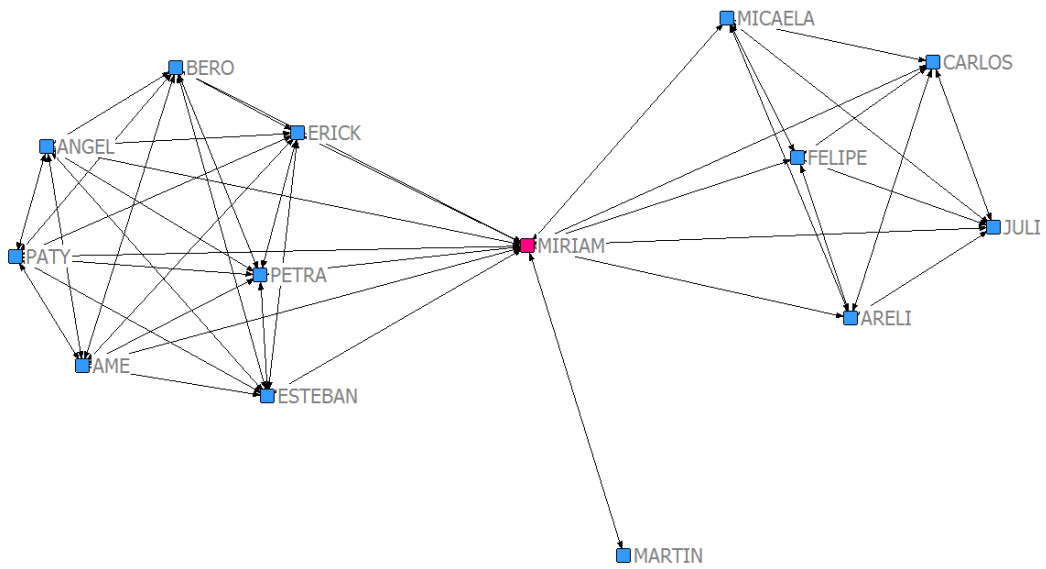
Esta red tiene baja densidad y está formada por 11 personas (6 mujeres y 5 hombres) divididos en dos grupos, 7 son su familia y 4 son amigos.



Esta red tiene mediana densidad y está formada 6 personas de su familia.

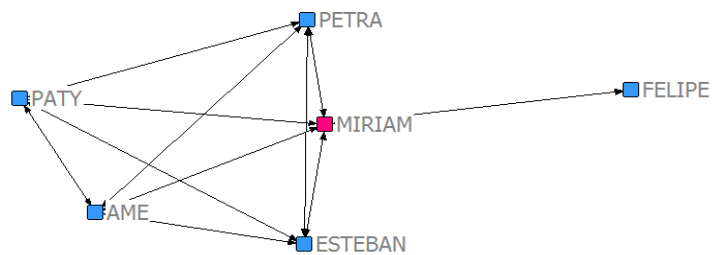
8.- MIRIAM

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 13 personas (7 mujeres y 6 hombres) de las cuales 8 son de su familia y 5 son amigos.

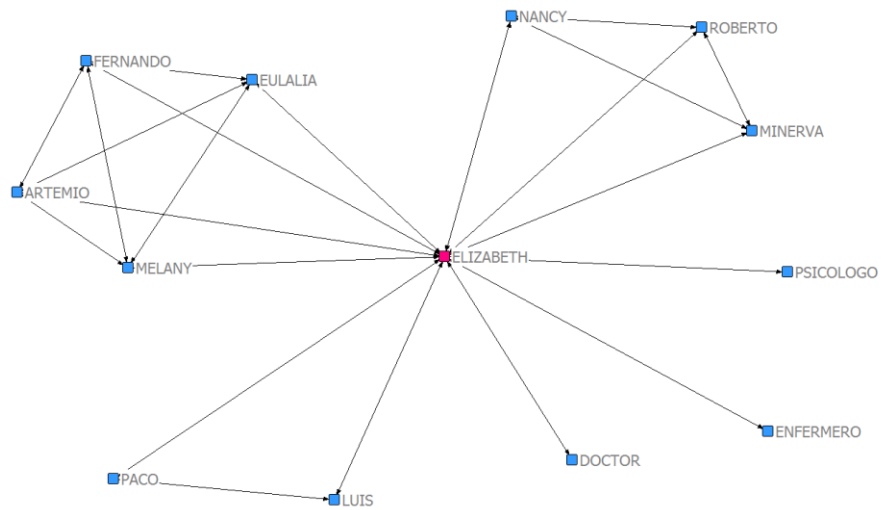
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas, 4 son de su familia y el restante es su amigo.

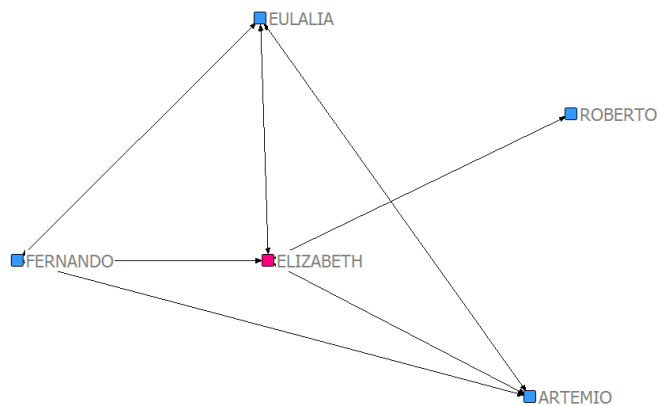
9.- ELIZABETH

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 12 personas (4 mujeres y 8 hombres) de las cuales 4 son de su familia, 3 son amigos, 2 son de su iglesia, su psicólogo, su médico y el enfermero.

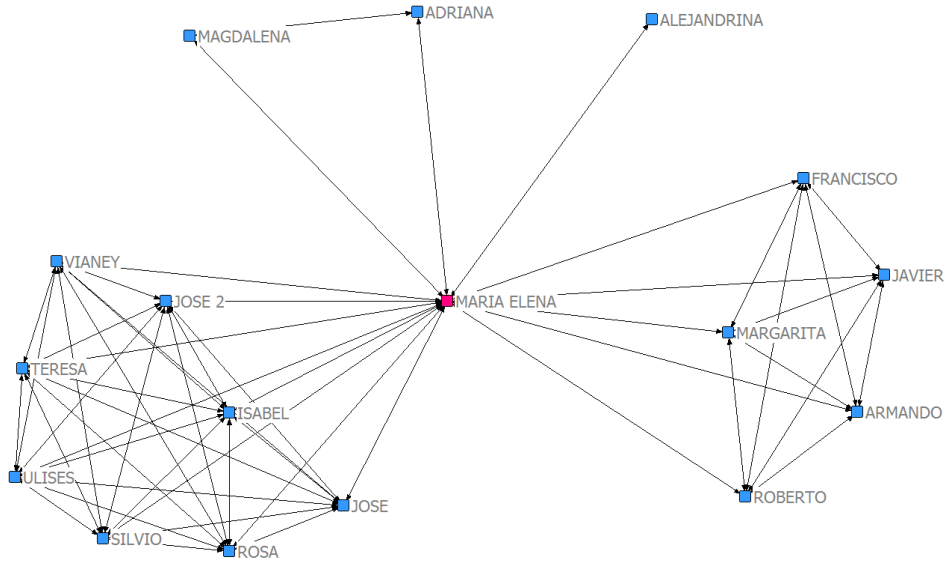
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 3 personas de su familia y 1 amigo.

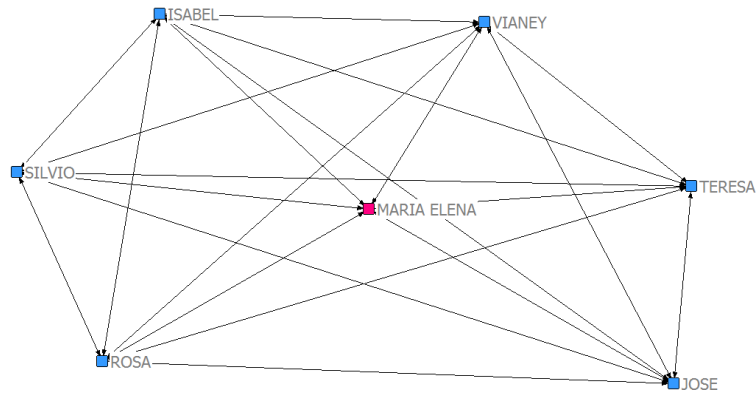
10.- MARIA ELENA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 16 personas (8 mujeres y 8 hombres) de las cuales 7 son de su familia, 5 son amigos, 3 son de su iglesia y la restante es miembro del SIPAM.

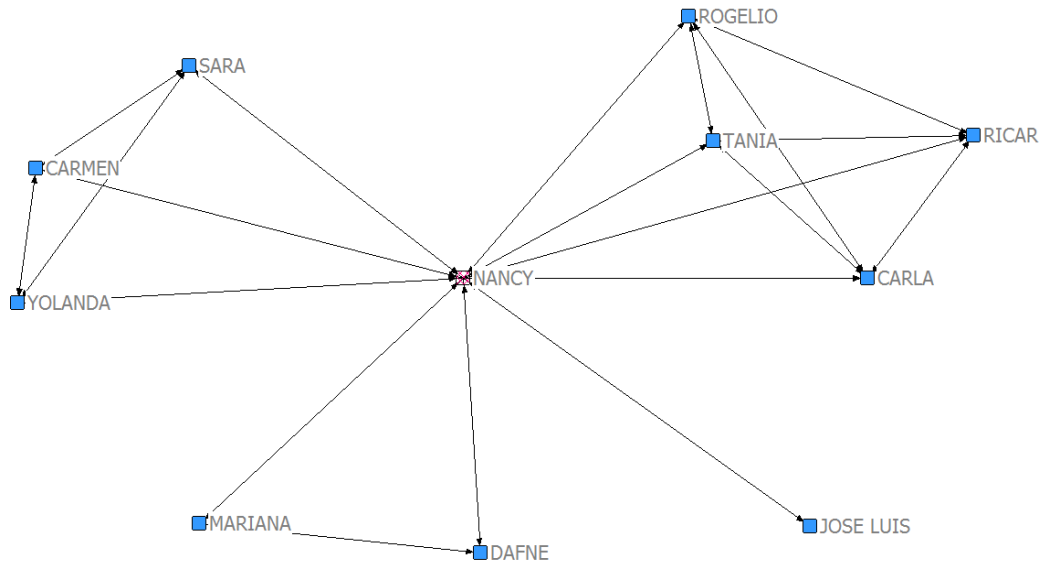
Red de Apoyo



Esta red tiene mediana densidad y está formada por su familia.

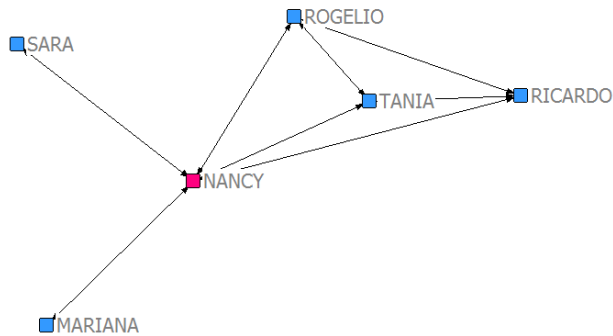
11.- NANCY

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 10 personas (7 mujeres y 3 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 2 son sus amigas y 3 son de su iglesia.

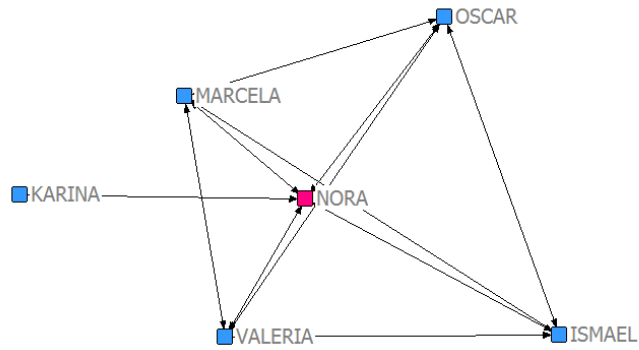
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por su familia.

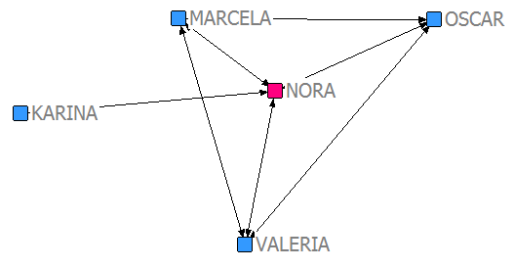
12.- NORA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas (3 mujeres y 2 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 1 es su amiga y la restante es su vecina.

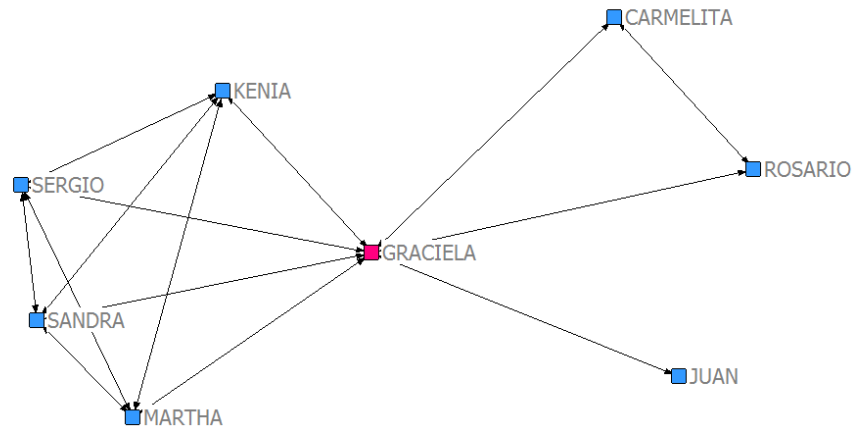
Red De Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 familiares y su amiga.

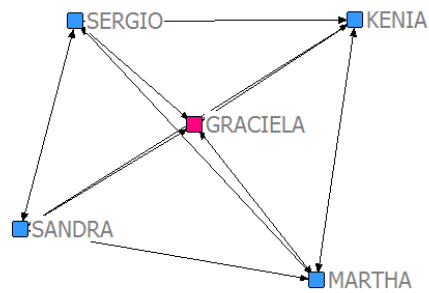
13.- GRACIELA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 7 personas (5 mujeres y 2 hombres) de las cuales 5 son de su familia y 2 son amigos.

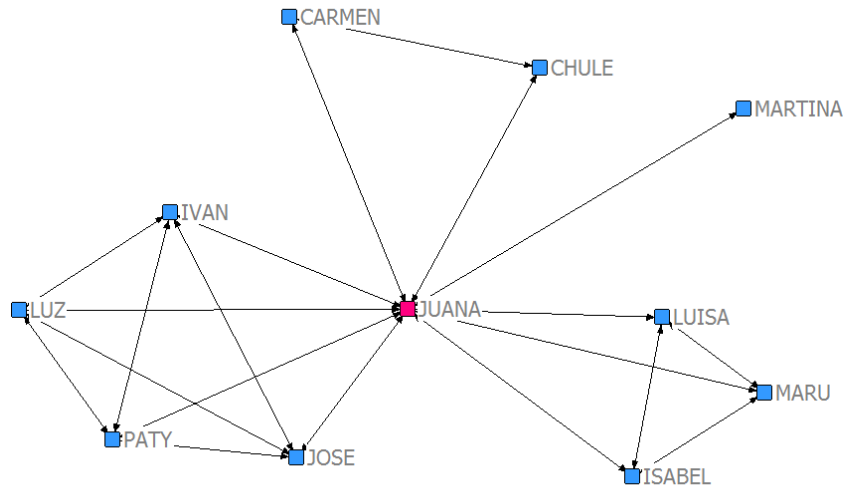
Red de Apoyo



Esta red tiene mediana densidad y está formada por 4 personas de su familia.

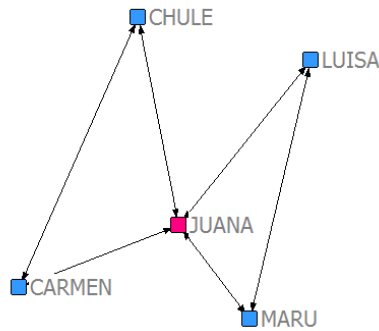
14.- JUANA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 10 personas (8 mujeres y 2 hombres) de las cuales 2 son de su familia, 3 son amigas, 4 son de su grupo de baile y 1 es de su iglesia.

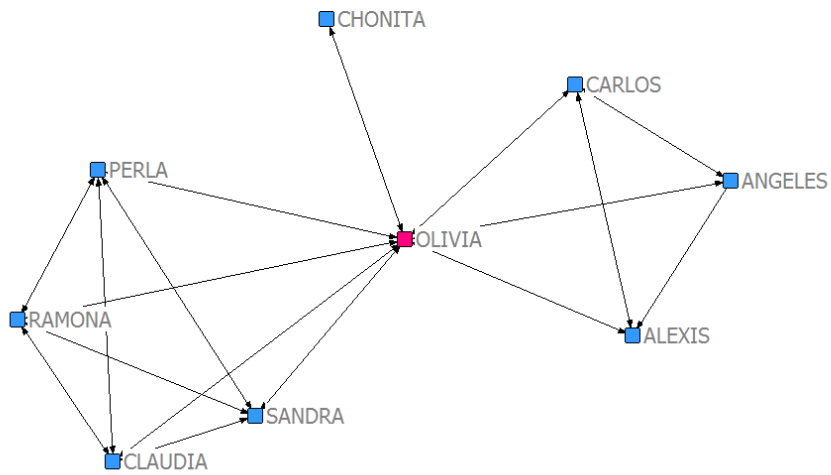
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 2 familiares y 2 amigas.

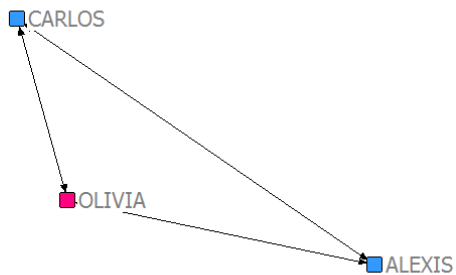
15.- OLIVIA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (6 mujeres y 2 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 4 compañeros de la iglesia y la restante es vecina.

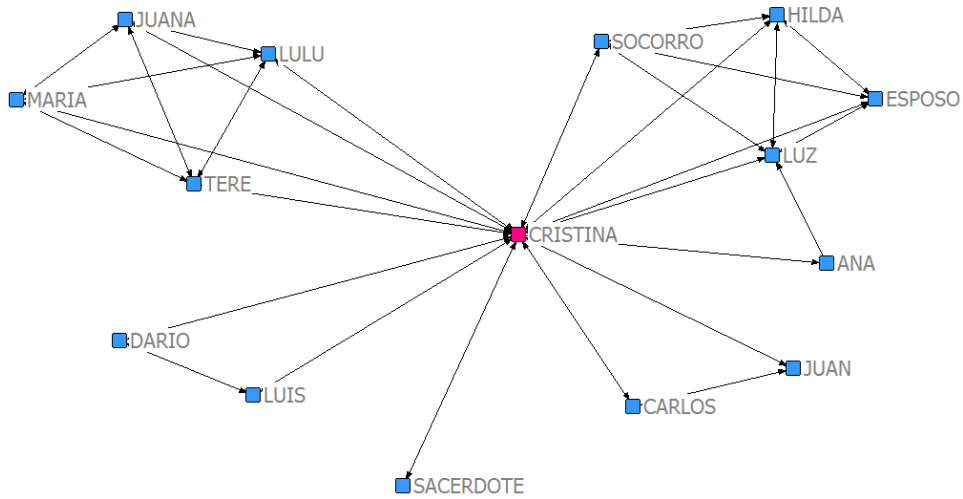
Red de Apoyo



Esta red tiene alta densidad y está formada por dos familiares.

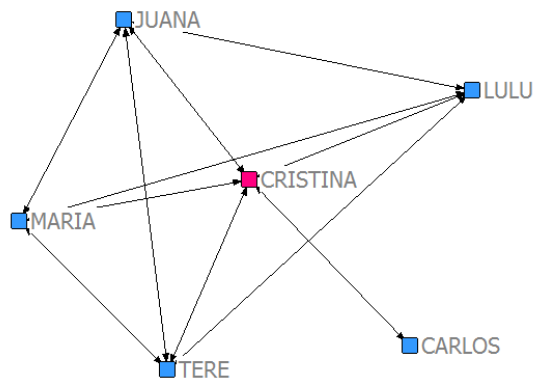
16.- CRISTINA

Red Social



Esta red tiene baja densidad está formada por 14 persona (6 mujeres y 8 hombres) de las cuales 7 son su familia, 4 son amigas y 2 son compañeros del grupo del INAPAM y el restante es sacerdote.

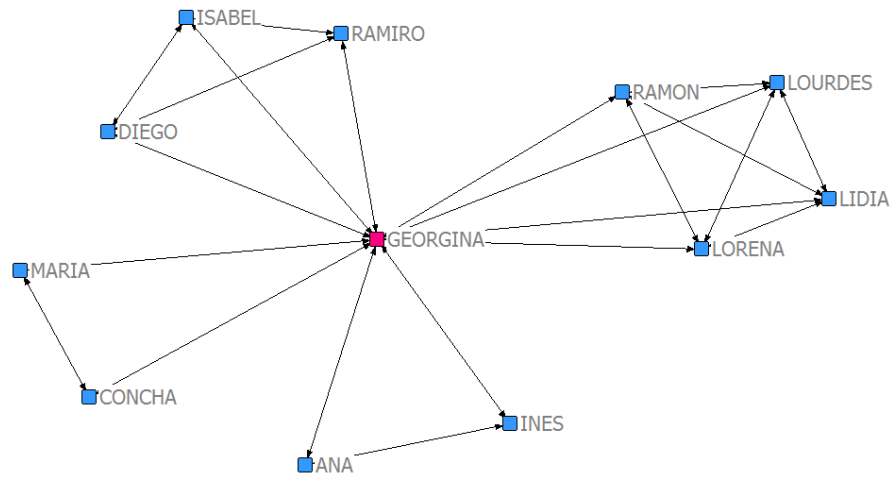
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 amigas y su hijo.

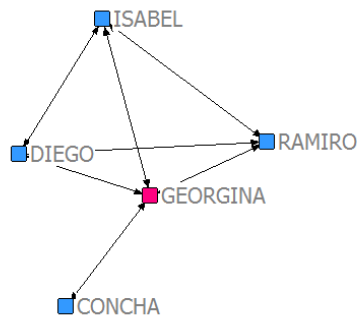
17.- GEORGINA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 11 personas (8 mujeres y 3 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 3 son amigas, 2 son de su iglesia y es vecina.

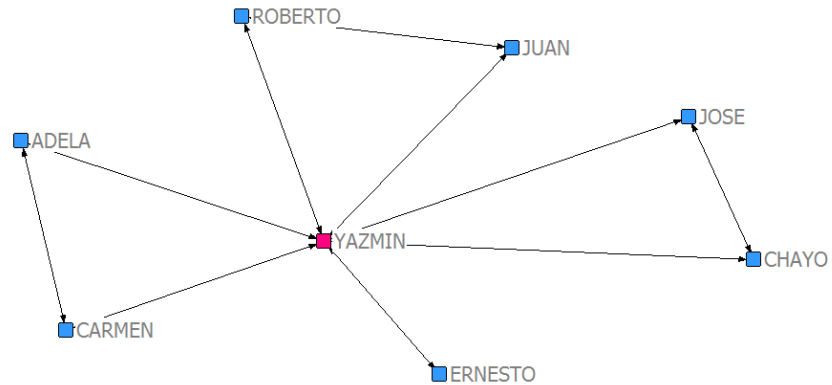
Red de Apoyo



Esta red tiene densidad media y está formada por 4 personas de su familia.

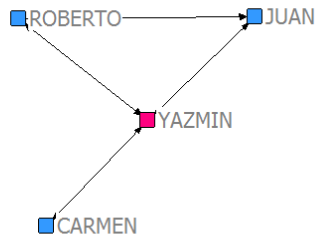
18.- YAZMIN

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 7 personas (3 mujeres y 4 hombres) de las cuales 2 son de su familia, 2 son sus amigas, 2 son compañeros de trabajo y el restante es su medico.

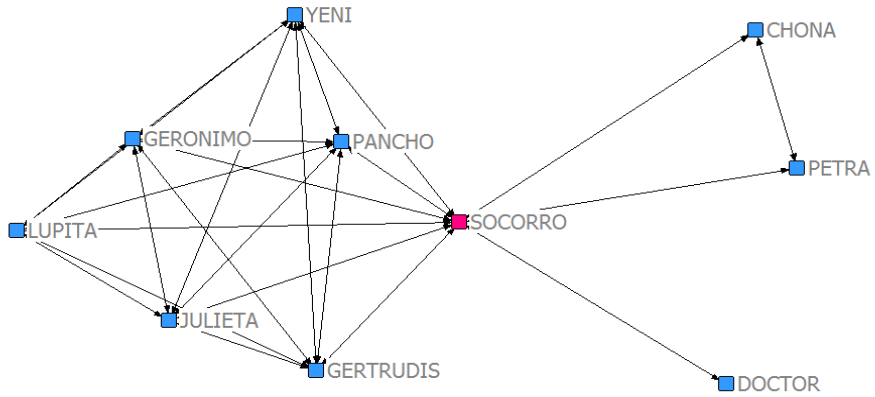
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 2 familiares y 1 amiga.

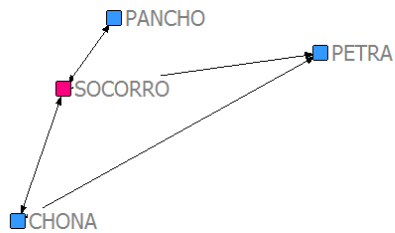
19.- SOCORRO

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (6 mujeres y 3 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 2 son amigas, 1 es vecina y el restante es su doctor.

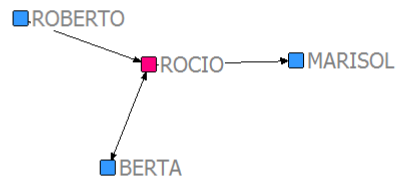
Red De Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por su esposo y 2 amigas.

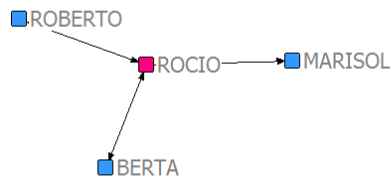
20.- ROCIO

Red Social



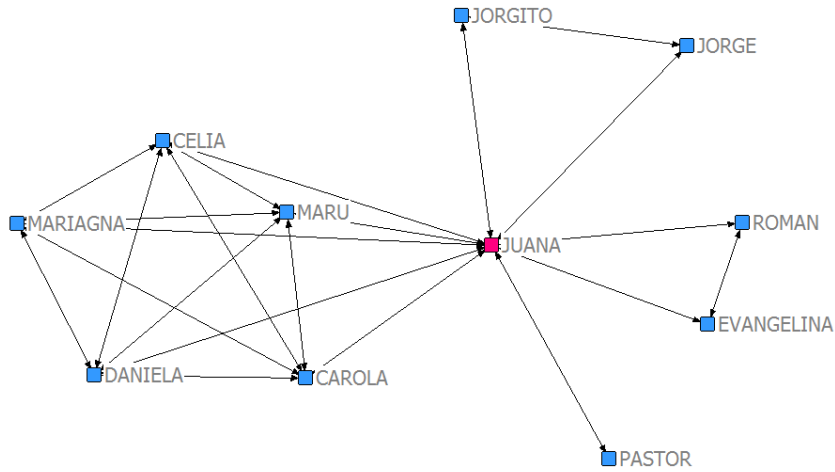
Esta red tiene una densidad muy baja y está formada por 3 personas, su comadre, su amiga y su médico.

Red De Apoyo



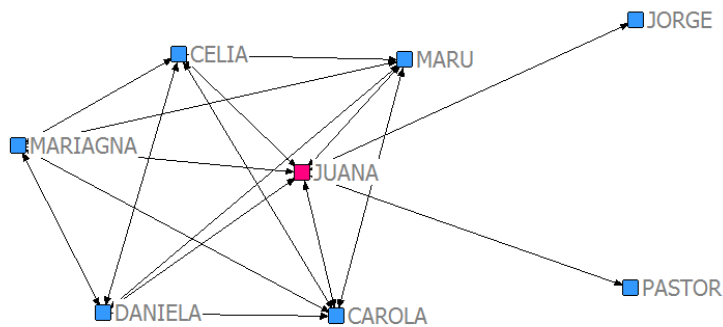
Esta red posee el mismo tamaño y densidad que la red social. Debido a que Rocio no menciona a otras personas y las tres obtuvieron el mismo puntaje para formar parte de su red de apoyo.

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 10 personas (6 mujeres y 4 hombres) de las cuales 2 son de su familia, 5 son amigas, 2 son compañeros de trabajo y el restante es su pastor.

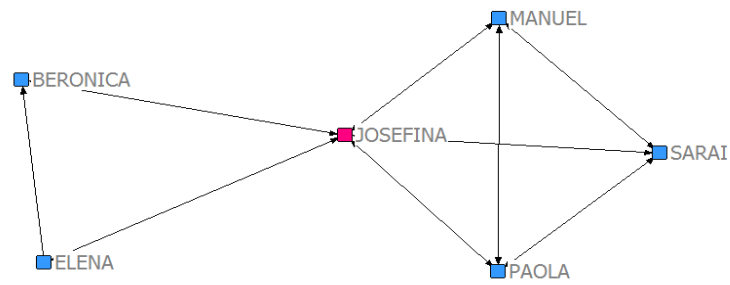
Red De Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 7 personas, 5 son sus amigas, 1 es de su familia y el restante es su pastor.

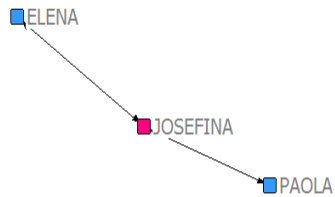
22.- JOSEFINA

Red Social



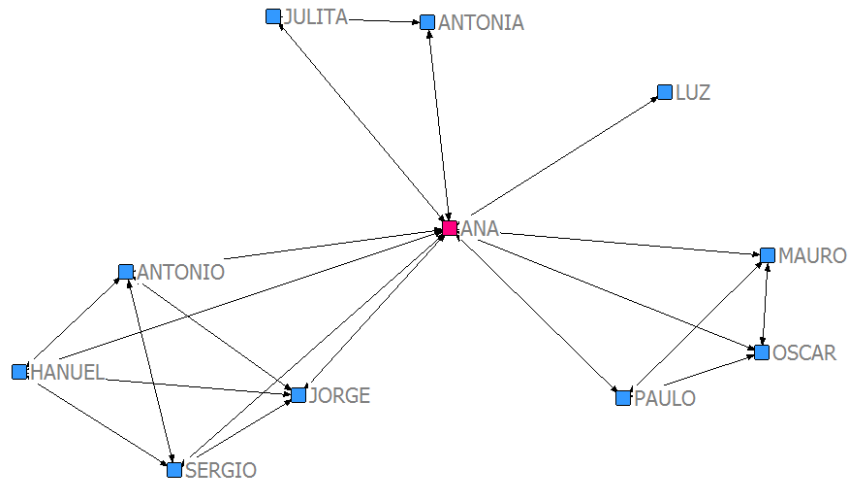
Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas (4 mujeres y 1 hombre) de las cuales 3 son su familia y 2 son sus amigas.

Red de Apoyo



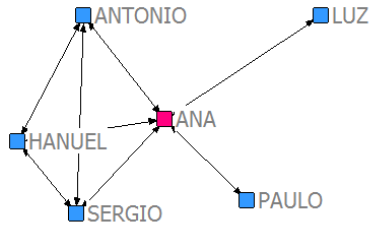
Esta red tiene densidad media y está formada por 1 mujer de su familia y 1 amiga

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 10 personas (3 mujeres y 7 hombres) de las cuales 4 son de su familia, 3 son amigos, 2 compañeros de trabajo, y la restante es vecina.

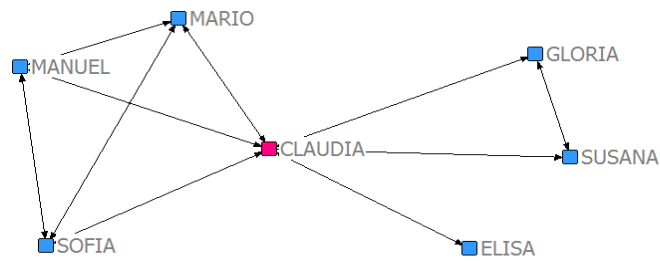
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas, 3 familiares, 1 amigo y su vecina.

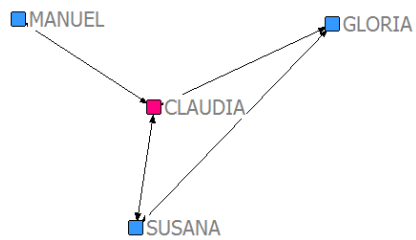
24.- CLAUDIA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 6 personas (4 mujeres y 2 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 2 son sus amigas y la persona restante es su comadre.

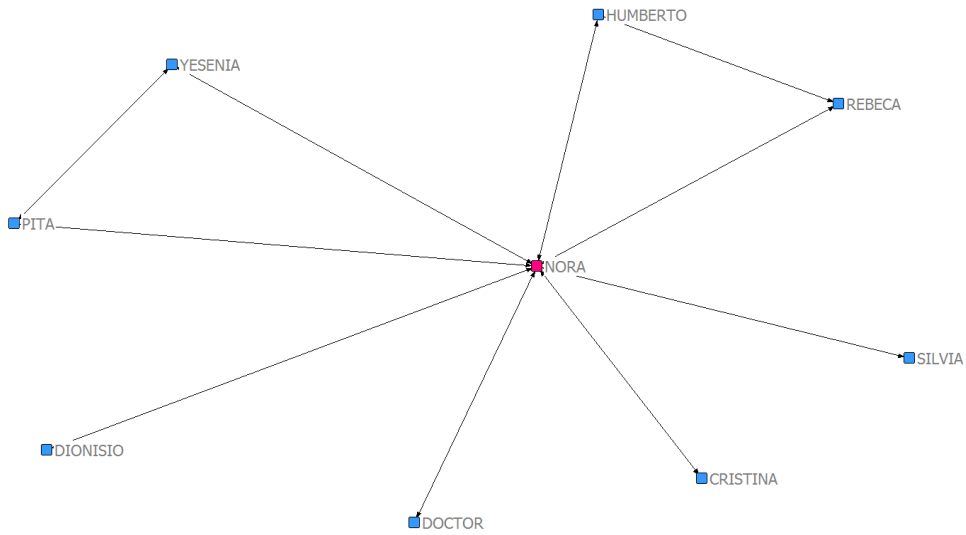
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 1 hombre de su familia, 1 amiga y su vecina.

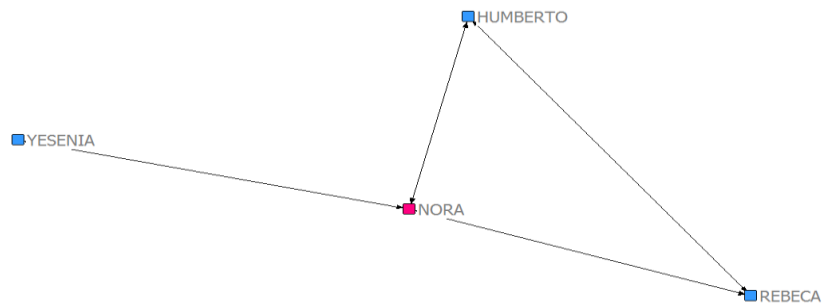
25.- NORA 2

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (5 mujeres y 3 hombres) de las cuales 2 son sus amigas, 2 son su familia, 1 es su comadre, 1 es su médico y del restante solo se sabe que lo conoce, pero no específico de donde.

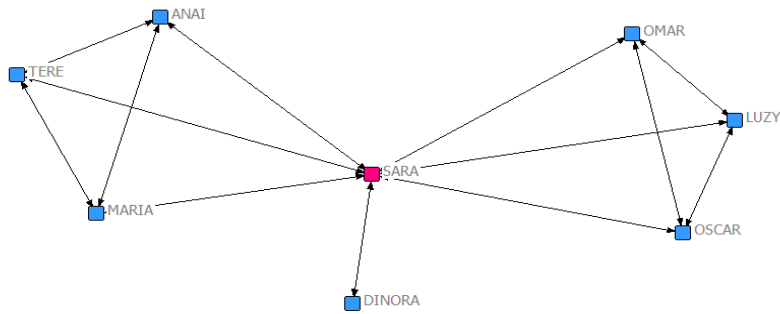
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está integrada por 1 amiga y 2 familiares.

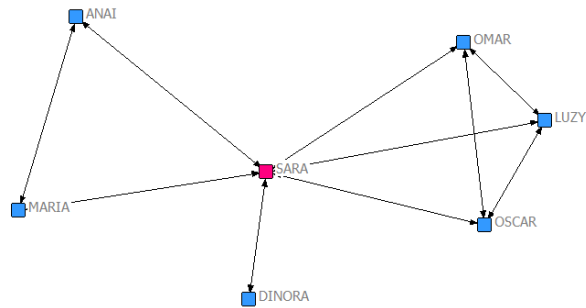
26.- SARA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 7 personas (5 mujeres y 2 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 3 son amigas y la restante es compañera en una clase de ejercicio.

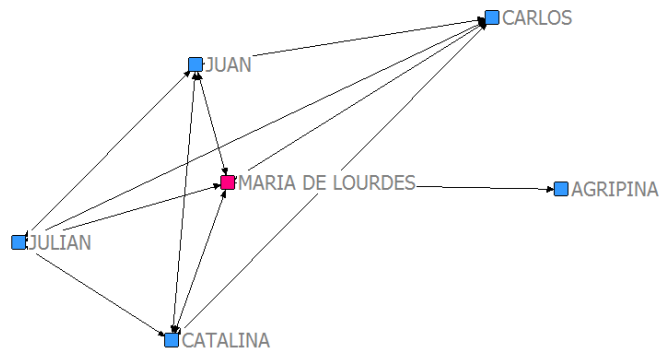
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 6 personas (4 mujeres y 2 hombres) de las cuales 3 son de su familia y 2 son sus amigas.

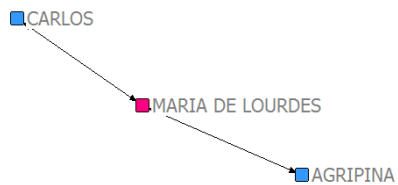
27.- MARIA DE LOURDES

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas (2 mujeres y 3 hombres) de las cuales 4 son de su familia y 1 es su amiga.

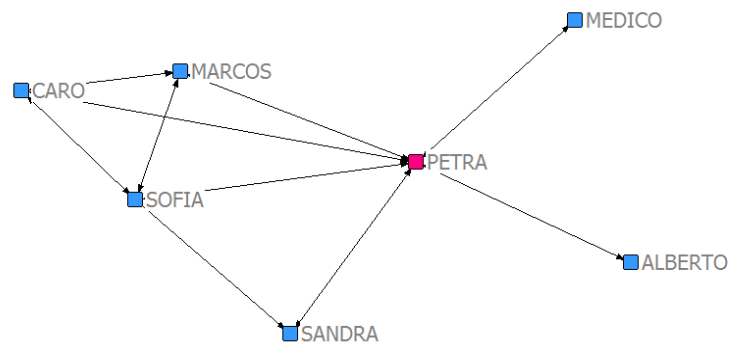
Red de Apoyo



Esta red tiene una densidad media y está formada por su esposo y su amiga.

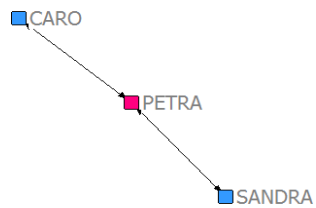
28.- PETRA

Red Social



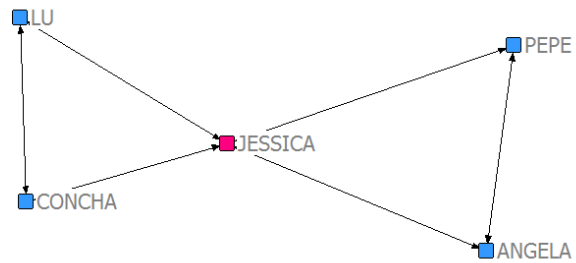
Esta red tiene baja densidad y está formada por 6 personas (3 mujeres y 3 hombres) 1 es de su familia, 3 son amigos, 1 es su médico y la persona restante no dice de donde lo conoce.

Red de Apoyo



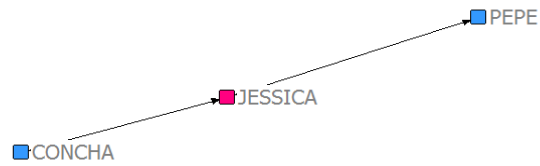
Esta red tiene densidad media y está formada por 1 mujer de su familia y su amiga.

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 personas (3 mujeres y 1 hombre) de las cuales 2 son de su familia y 2 son amigas.

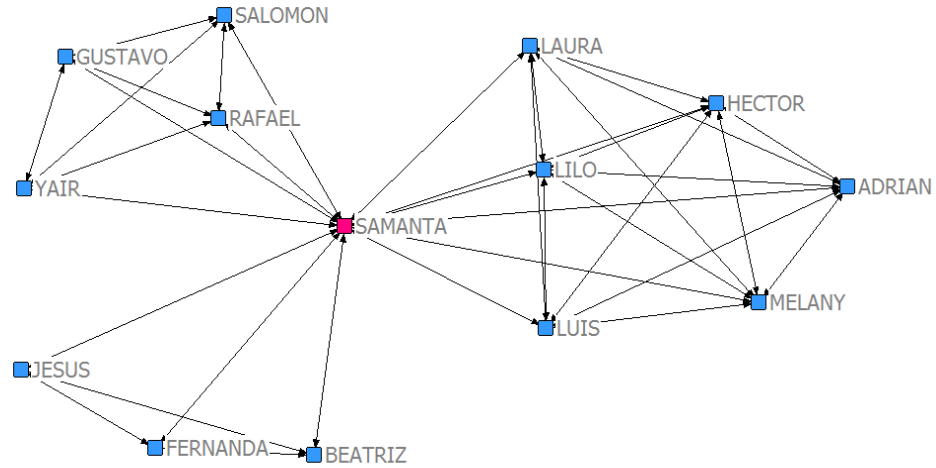
Red de Apoyo



Esta red tiene densidad media y está formada por su esposo y su amiga.

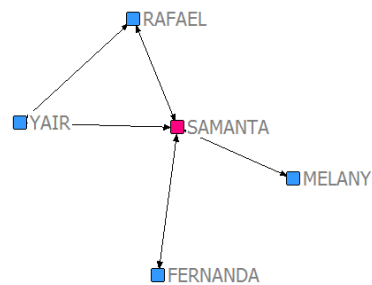
30.- SAMANTA

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 13 personas (5 mujeres y 8 hombres) de las cuales 4 son de su familia, 6 son amigos y 3 son sus profesores.

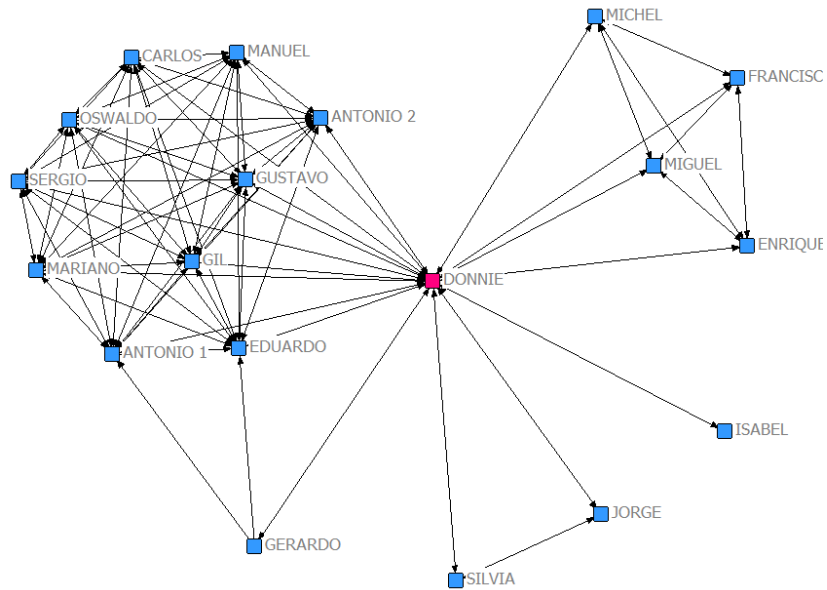
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 2 familiares, 1 amiga y 1 maestra.

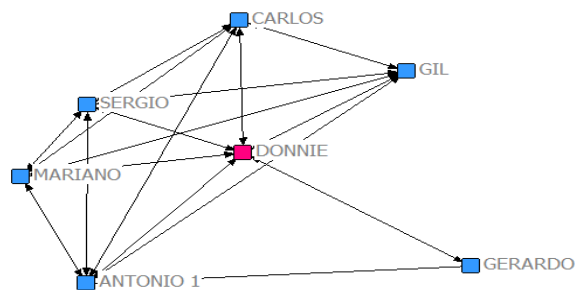
1.- DONNIE

Red Social



Esta red está formada por 18 personas, 3 mujeres y 15 hombres. De estas personas 2 son de su familia 1 mujer y 1 hombre, 10 hombres son sus amigos y 1 hombre es su compañero de trabajo, 4 hombres y 1 mujer pertenecen a otros ambientes.

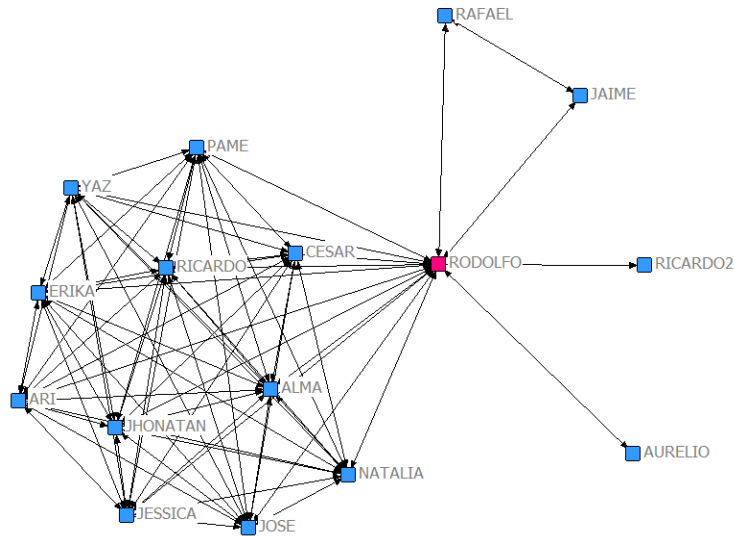
Red de Apoyo



Esta red está formada por 6 personas, 0 mujeres y 6 hombres, 5 de ellos son sus amigos y 1 es su compañero de trabajo.

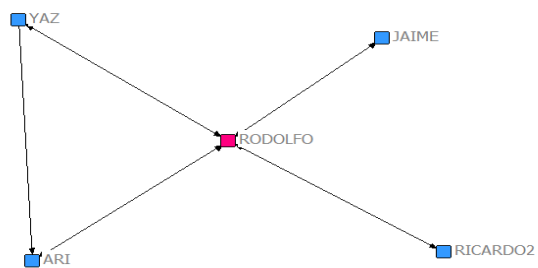
2.- RODOLFO

Red Social



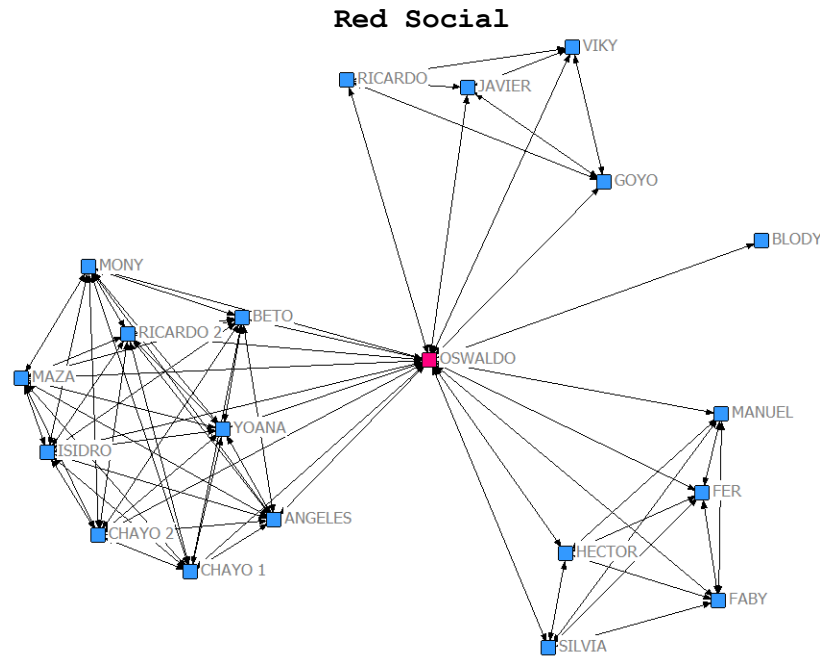
Esta red está formada por 15 personas, 7 mujeres y 8 hombres. De su familia hay 1 hombre, 11 son sus amigos, 7 mujeres y 4 hombres y 3 hombres son de otro ambiente.

Red de Apoyo



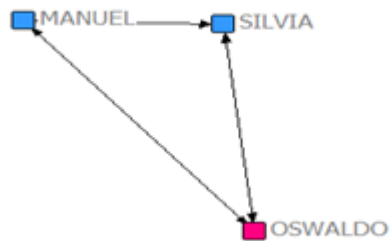
Esta red está formada por 4 personas, 2 mujeres y 2 hombres, estas 2 mujeres son sus amigas y los 2 hombres forman parte de otro ambiente.

3.- OSWALDO



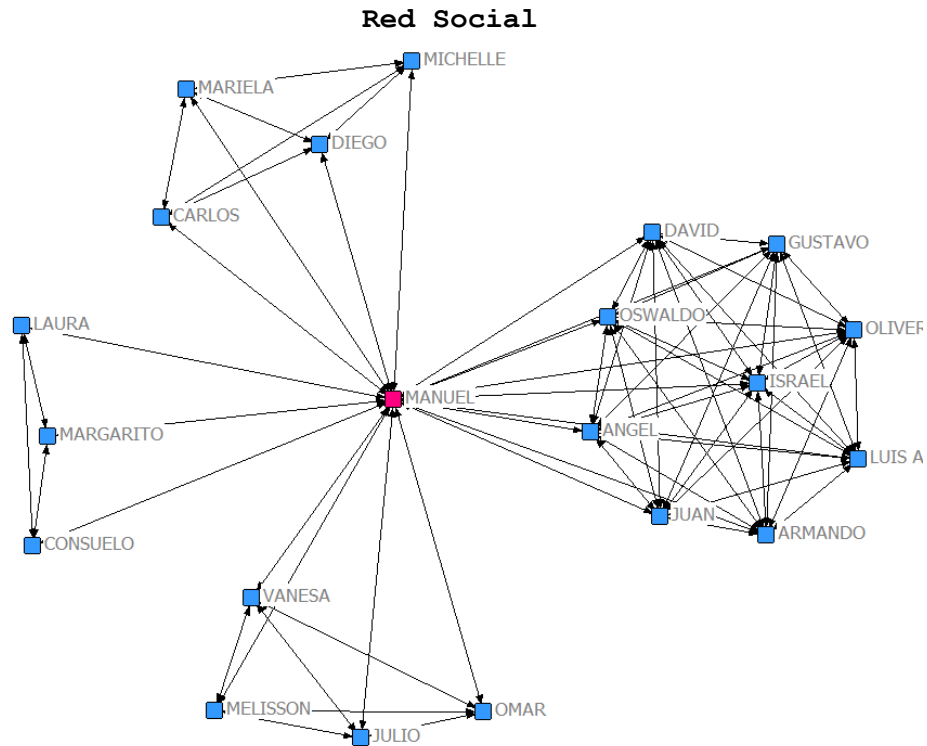
Esta red tiene baja densidad y está formada por 19 personas (9 mujeres y 10 hombres) de las cuales 4 son de su familia, 5 amigos, 9 compañeros de trabajo y 1 vecino.

Red de Apoyo



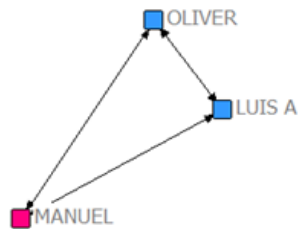
Esta red tiene densidad media y está formada por 2 amigos.

4.- MANUEL



Esta red tiene baja densidad y está formada por 20 personas (6 mujeres y 14 hombres) de las cuales 3 son familiares, 9 son amigos, 4 son compañeros de trabajo y 4 son de otro ambiente.

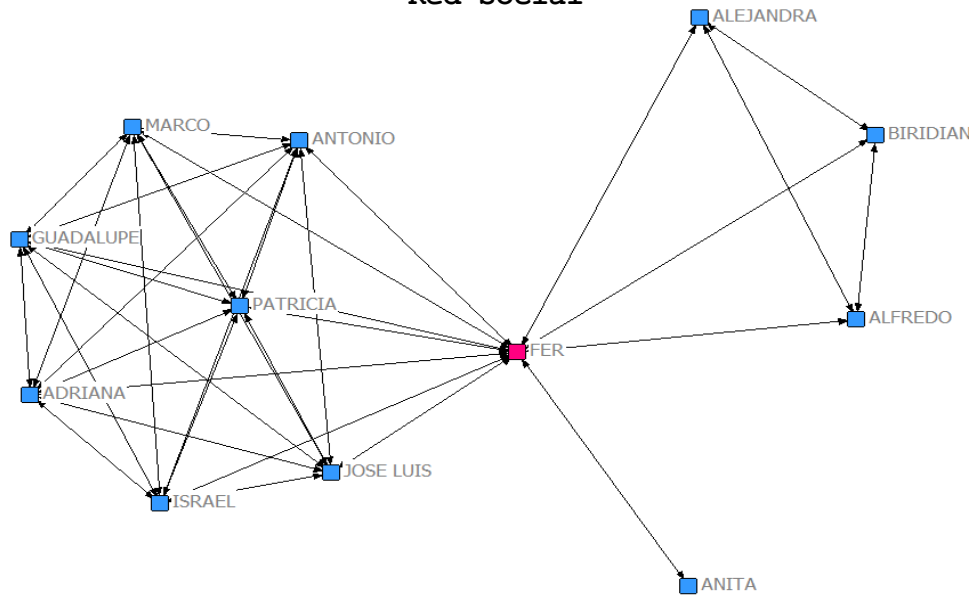
Red de Apoyo



Esta red tiene densidad alta y está formada por 2 amigos.

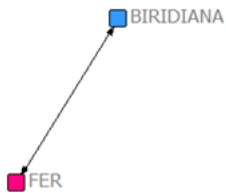
5.- FER

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 11 personas (6 mujeres y 5 hombres) de las cuales 7 son su familia, 3 son amigos y 1 es compañero de trabajo.

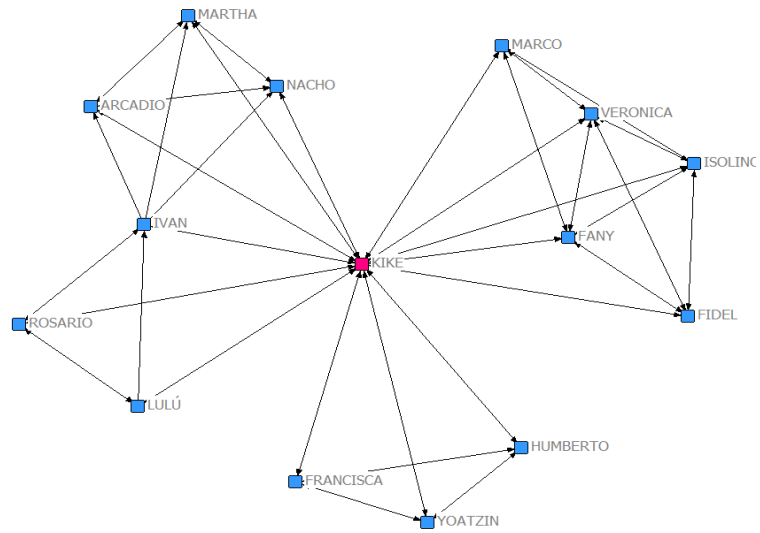
Red de Apoyo



Esta red tiene mediana densidad, sin embargo, Fer, solamente tiene a una amiga que le brinda apoyo.

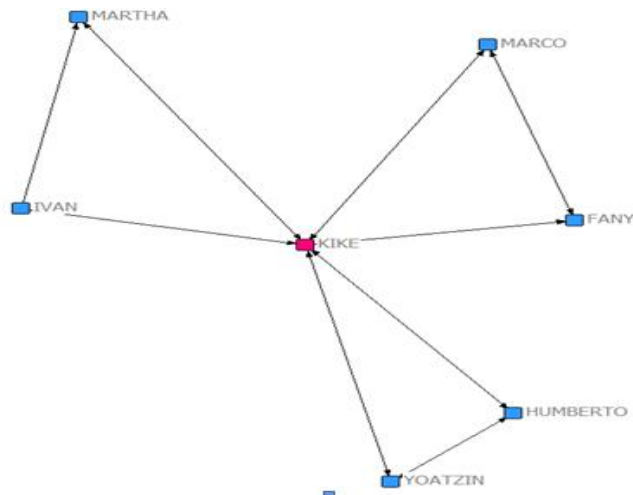
6.-KIKE

Red Social



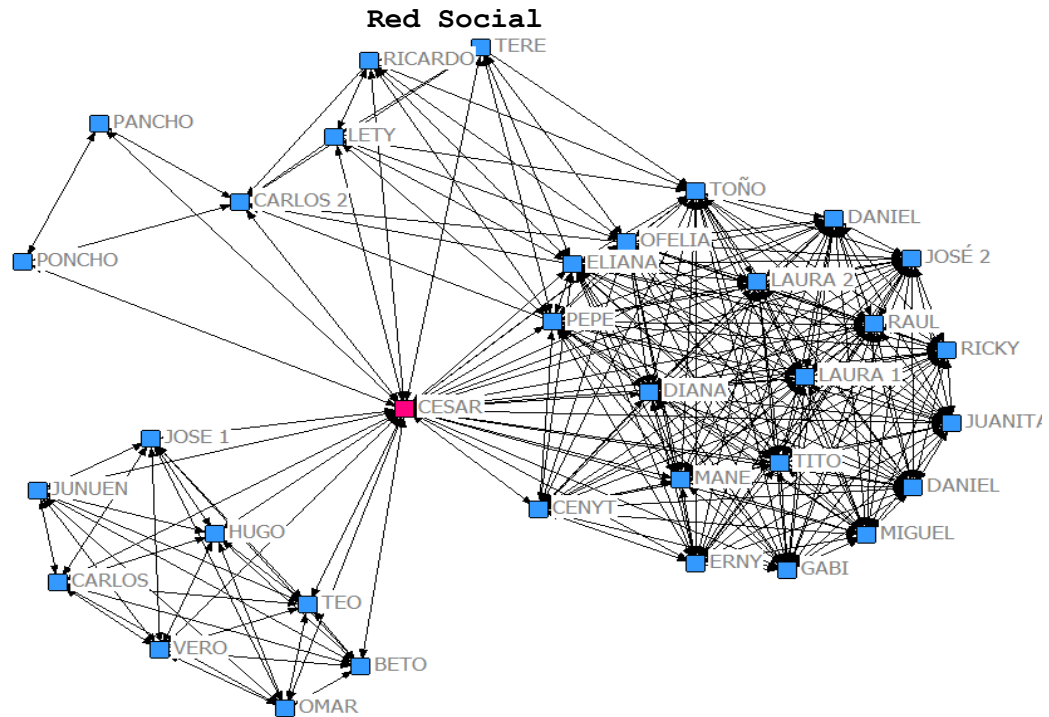
Esta red tiene baja densidad y está formada por 14 personas (7 mujeres y 7 hombres) de las cuales 6 son familiares, 4 son amigos, 2 son compañeros de trabajo y 2 son de otros ambientes.

Red de Apoyo



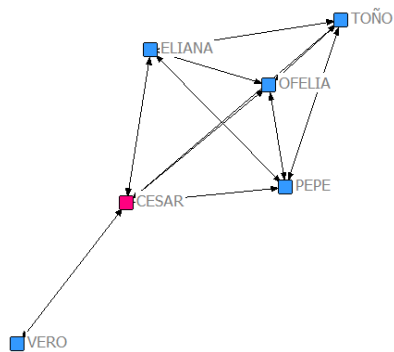
Esta red tiene baja densidad y está formada por 6 personas, 2 familiares, 2 amigos y 2 personas de otro ambiente.

7.- CESAR



Esta red tiene baja densidad y está formada por 33 personas (11 mujeres y 22 hombres) de las cuales 8 son familiares, 15 son sus amigos, 7 son compañeros de trabajo y 3 son de la ONG.

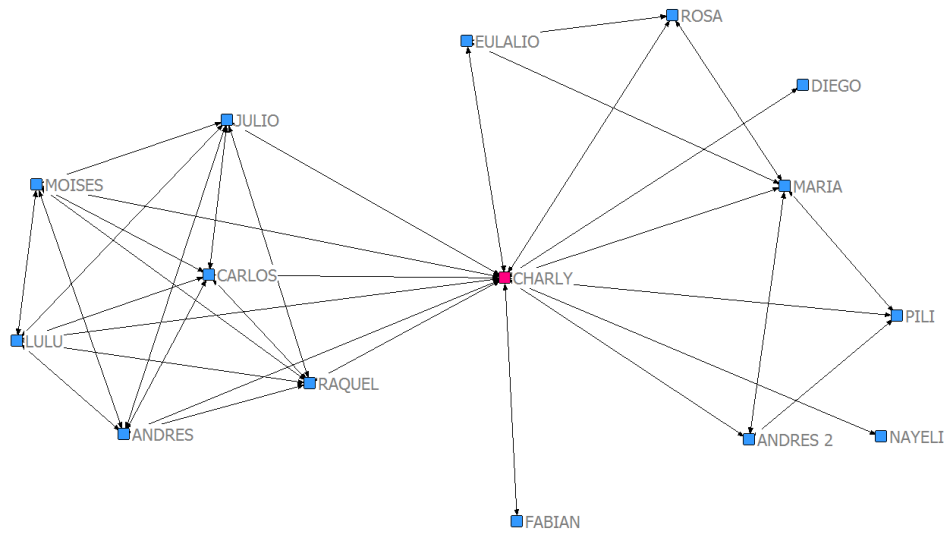
Red De Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas, 1 persona de su familia, 3 amigos y 1 compañero de trabajo.

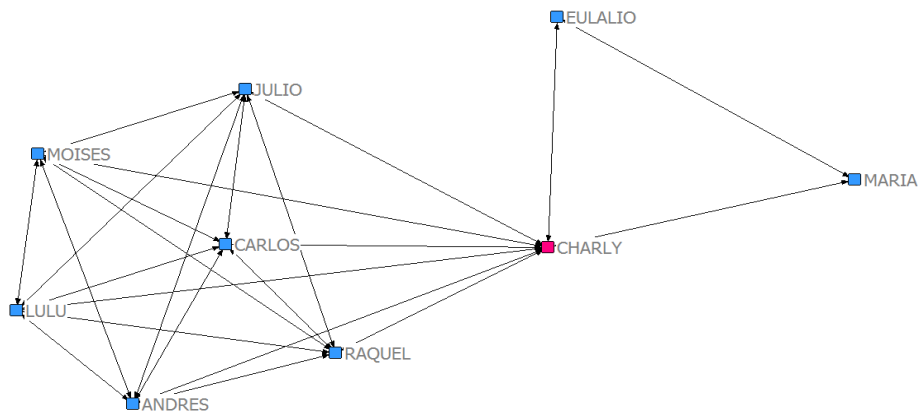
8.- CHARLY

Red Social



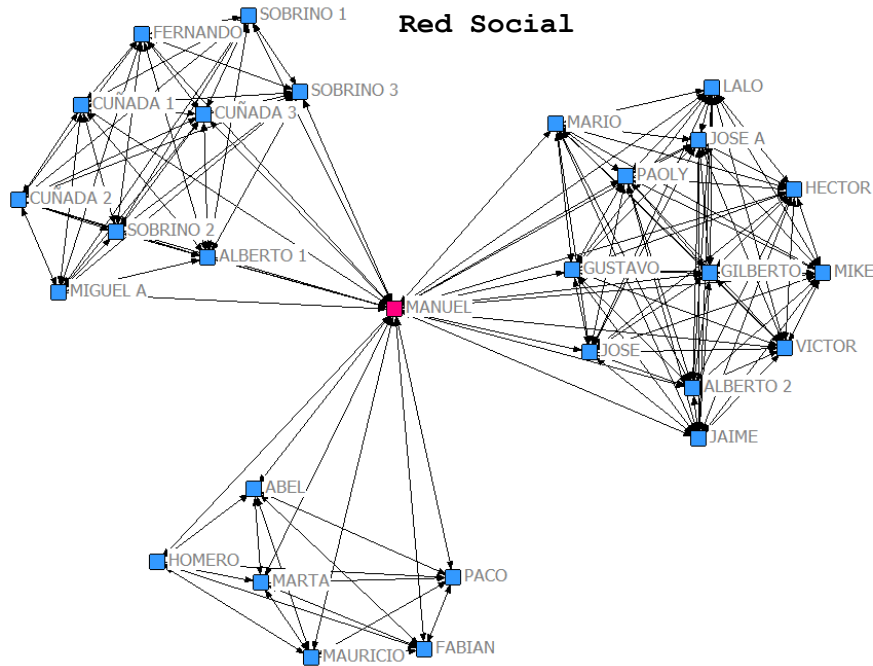
Esta red tiene baja densidad y está formada por 14 personas (6 mujeres y 8 hombres) de las cuales 6 son sus familiares, 3 son sus amigos, 3 son compañeros de trabajo y 2 son de la ONG.

Red de Apoyo



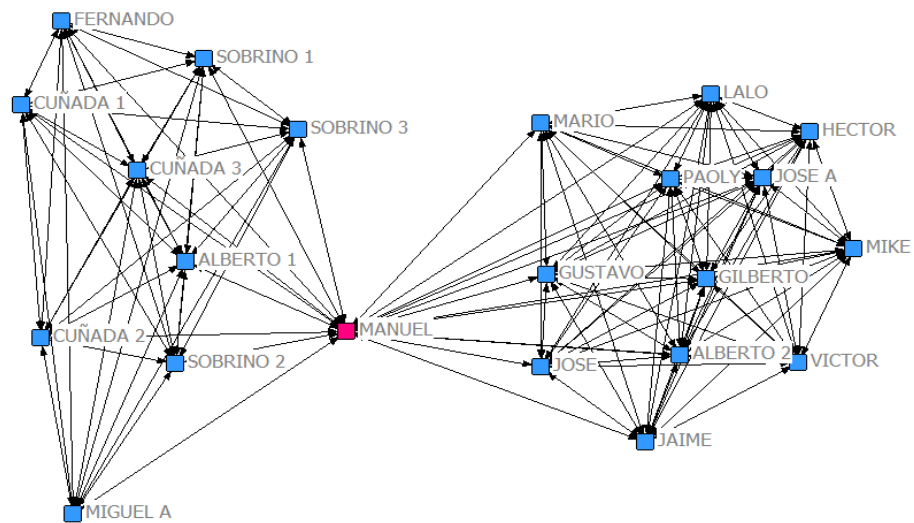
Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (3 mujeres y 5 hombres) de las cuales 6 son de su familia y 2 son amigos.

9.- MANUEL 2



Esta red tiene baja densidad y está formada por 27 personas (5 mujeres y 22 hombres) de las cuales 9 son familiares, 12 son amigos y 6 son de la ONG.

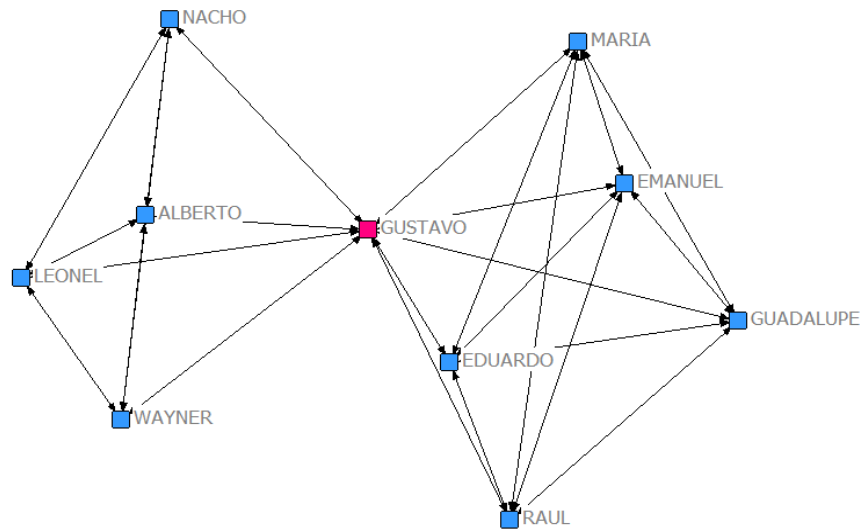
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 21 personas (4 mujeres y 17 hombres) de las cuales 9 son sus familiares y 12 son amigos.

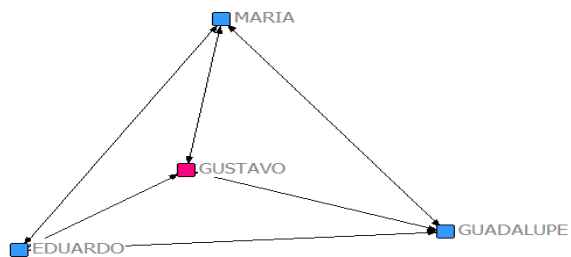
10.- GUSTAVO

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (2 mujeres y 7 hombres) de las cuales 5 son de su familia y 4 son amigos.

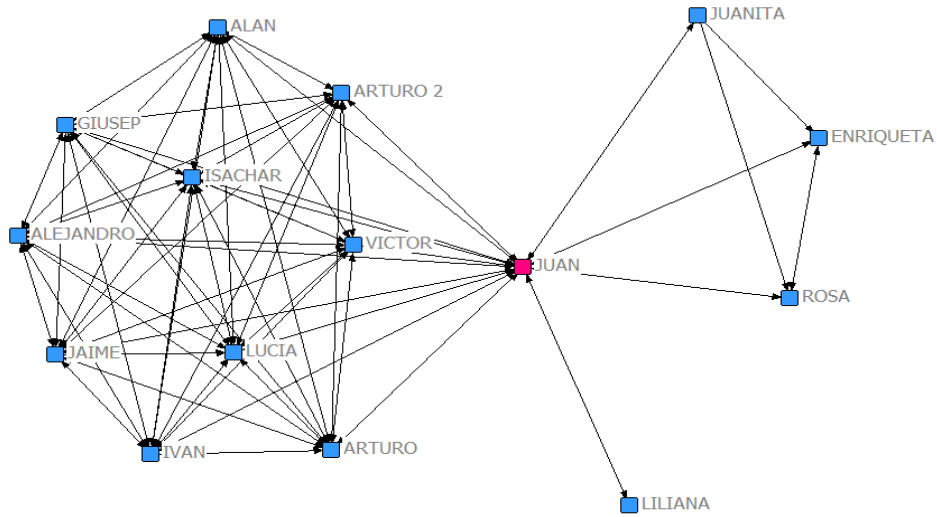
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 3 personas de su familia.

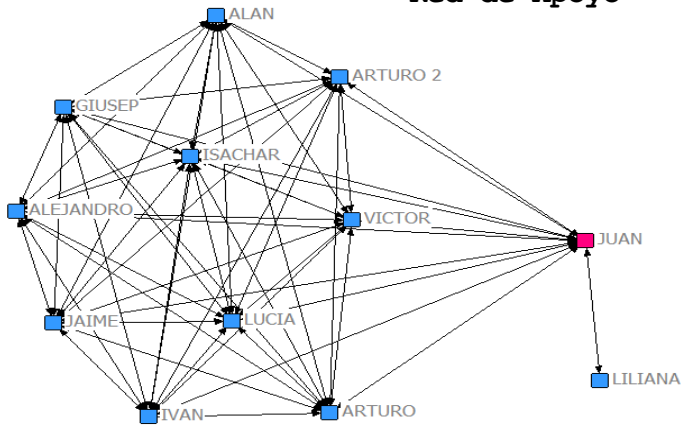
11.- JUAN

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 14 personas (6 mujeres y 8 hombres) de las cuales 10 son de su familia, 3 son amigos y 1 es compañero de trabajo.

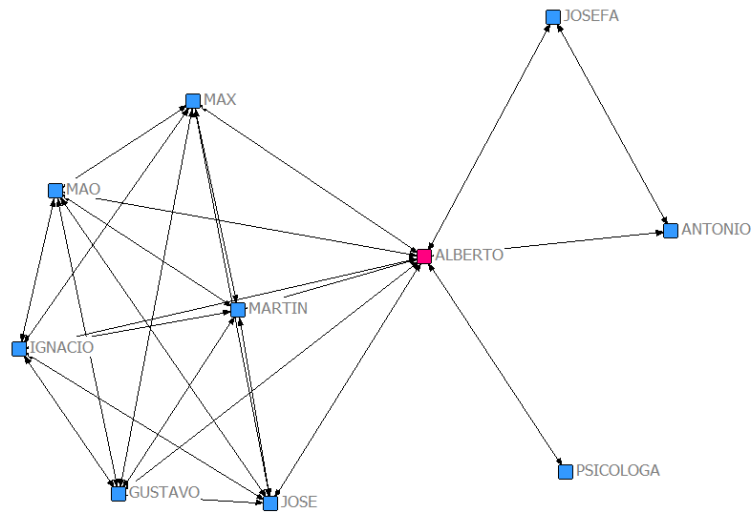
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 11 personas (3 mujeres y 8 hombres) de las cuales 10 son de su familia y la restante es su amiga.

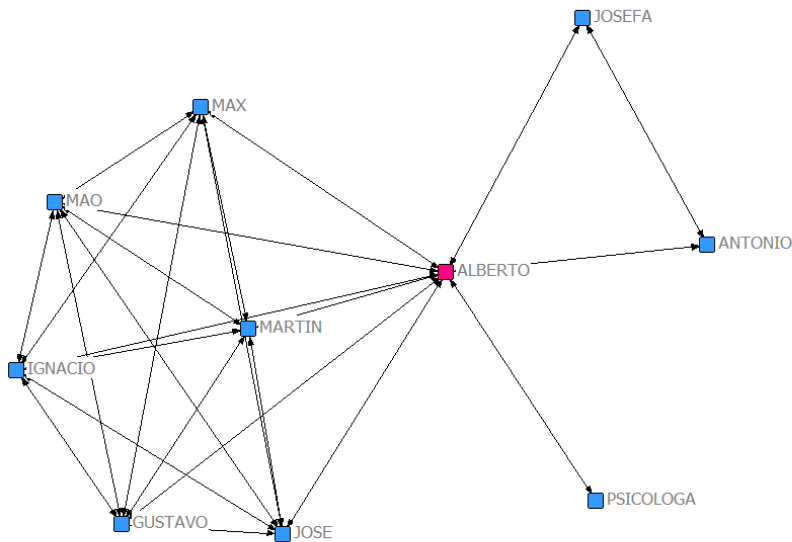
12.- ALBERTO

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (2 mujeres y 7 hombres) de las cuales 6 son amigos, 2 son de su familia y 1 es de la ONG.

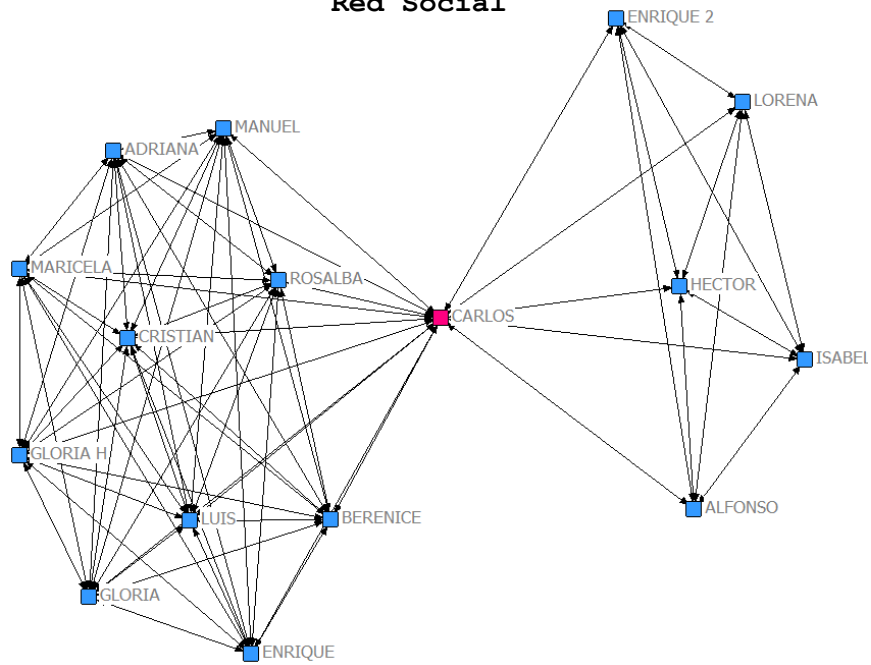
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad está formada por sus 6 amigos, 2 familiares y 1 persona de la ONG. Es idéntica a la red social.

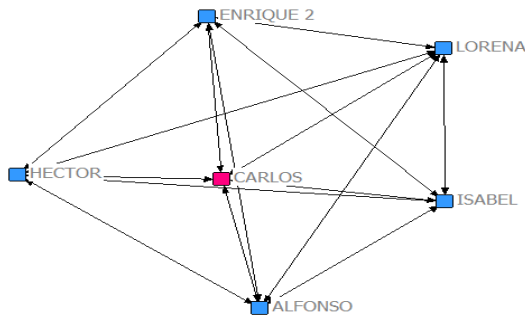
13.- CARLOS

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 15 personas (9 mujeres y 6 hombres) de las cuales 5 son sus familiares, 5 son sus amigos y 5 son de otro ambiente.

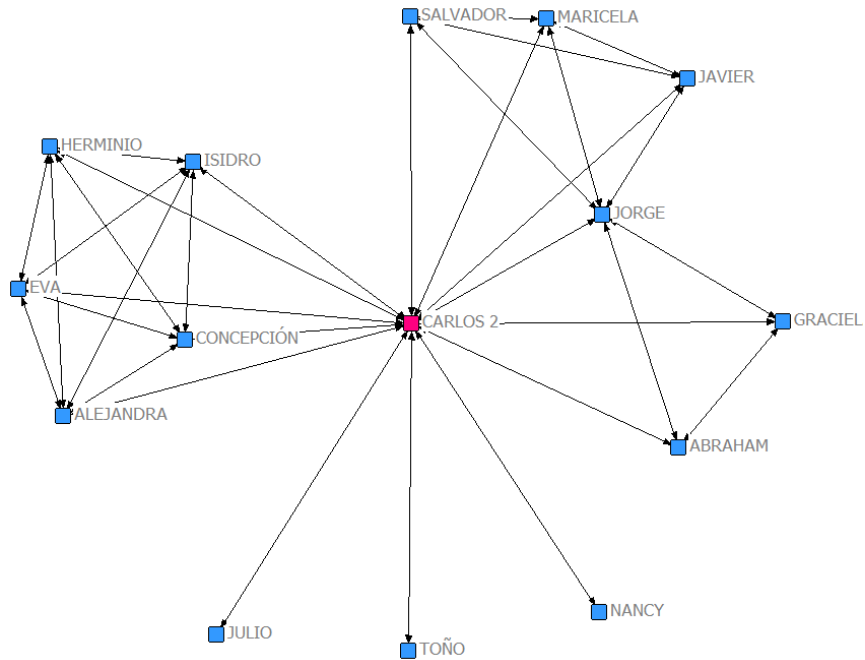
Red De Apoyo



Esta red tiene densidad media y está formada por sus 5 amigos.

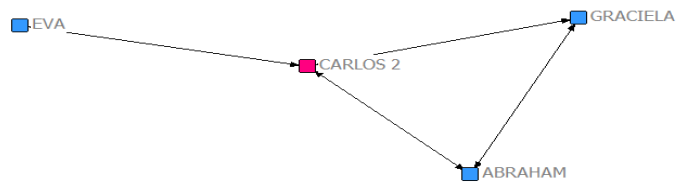
14.- CARLOS 2

Red Social



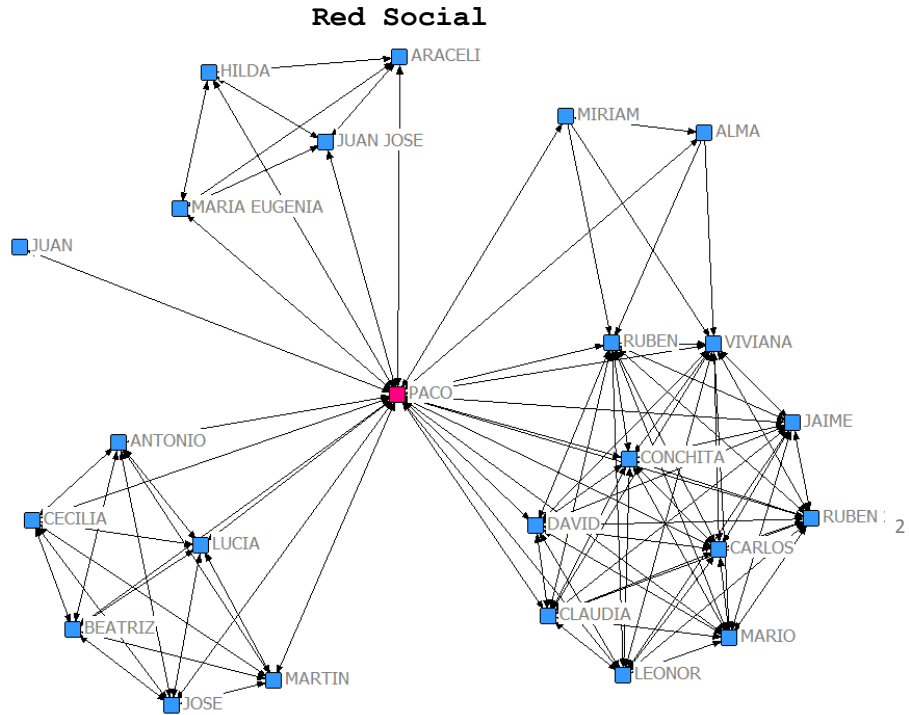
Esta red tiene baja densidad y está formada por 14 personas (6 mujeres y 8 hombres) de las cuales 5 son de su familia, 3 son amigos, 3 son compañeros de trabajo y 3 son de otros ambientes.

Red de Apoyo

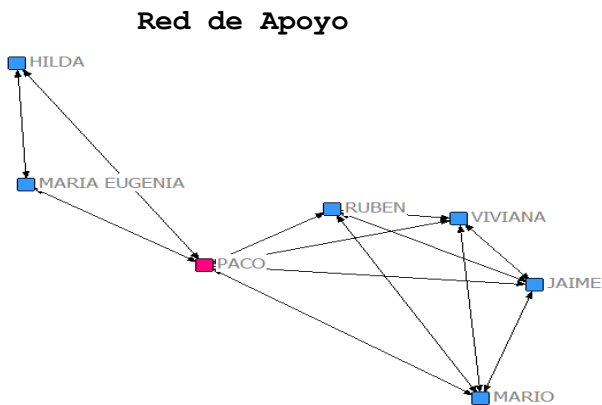


Esta red tiene baja densidad y está formada por 1 familiar y 2 amigos.

15.- PACO



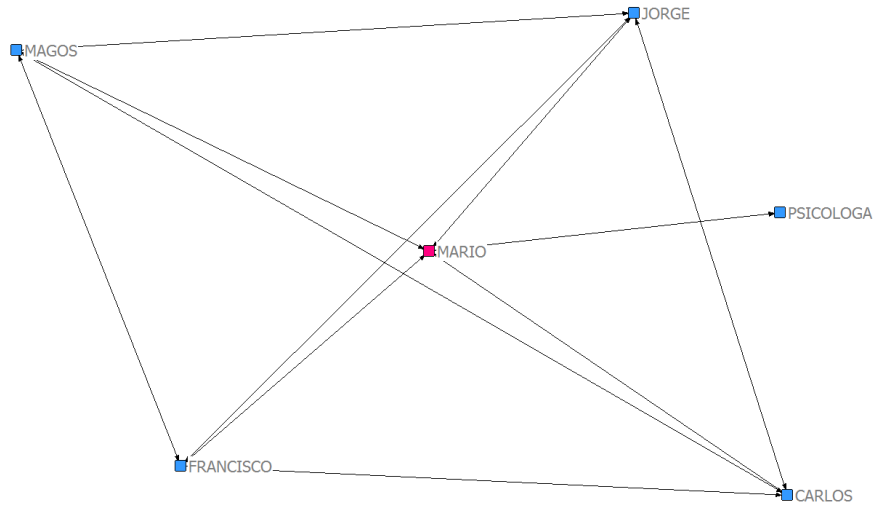
Esta red tiene baja densidad y está formada por 23 personas (12 mujeres y 11 hombres) de las cuales 10 son sus amigos, 6 son de su familia, 2 son compañeros de trabajo y 5 son de la NG.



Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 amigos y 2 miembros de la ONG.

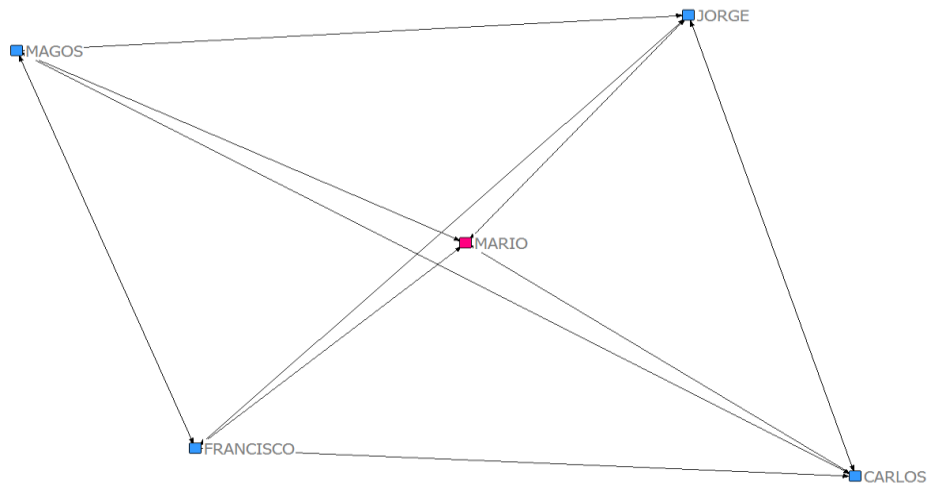
16.- MARIO

Red Social



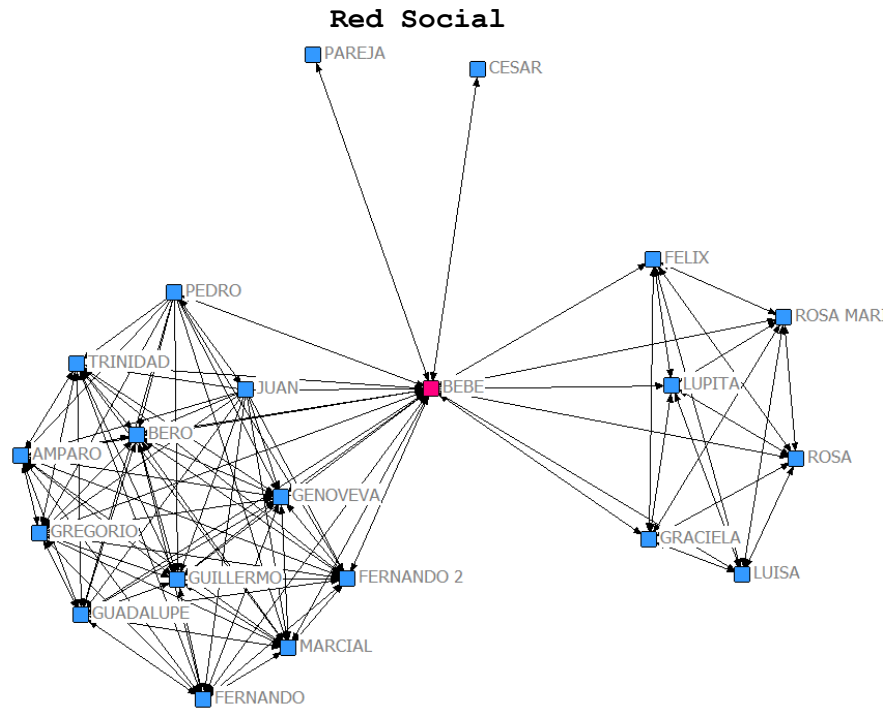
Esta red tiene baja densidad y está formada por 5 personas (2 mujeres y 3 hombres) de las cuales 4 son sus familiares y 1 es su psicóloga.

Red de Apoyo



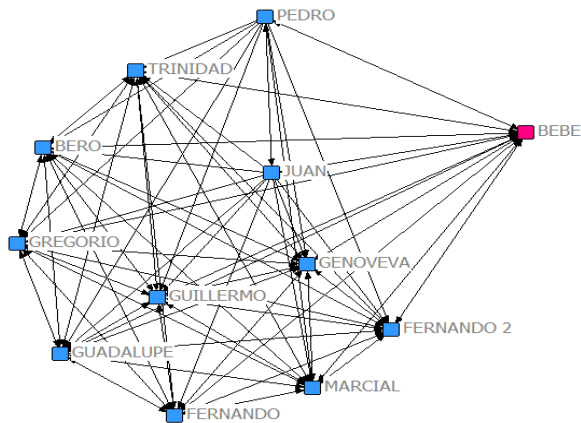
Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 miembros de su familia.

17.- BEBE



Esta red tiene baja densidad y está formada por 20 personas (10 mujeres y 10 hombres) de las cuales 10 son de su familia, 6 son amigos, 2 son sus compañeros de trabajo y 2 son de la ONG.

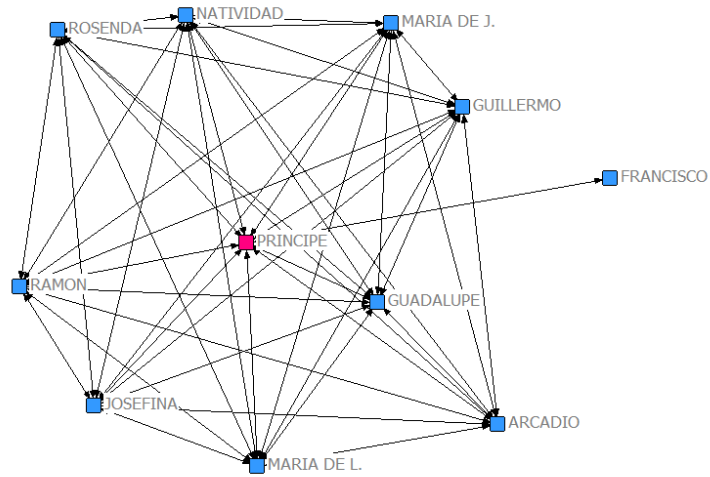
Red de Apoyo



Esta red tiene densidad media y está formada por 9 familiares y 2 personas de la ONG.

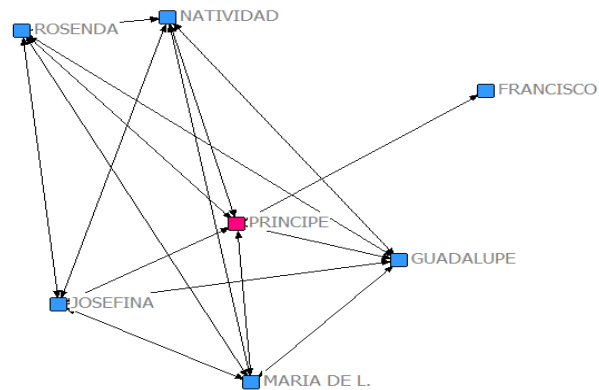
18.- PRINCIPE

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 10 personas (6 mujeres y 4 hombres) de las cuales 8 son de su familia y 2 son amigos.

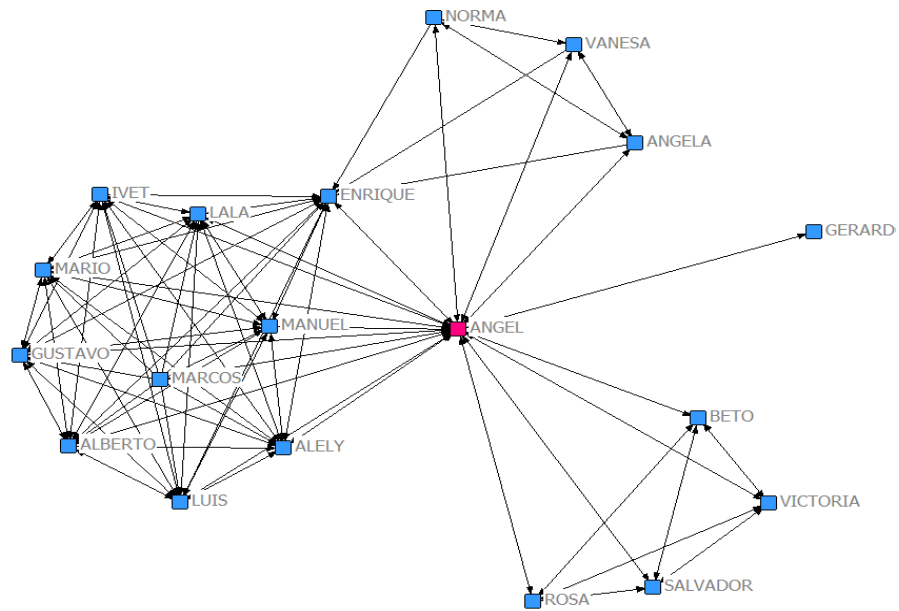
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada 4 familiares y 2 amigos.

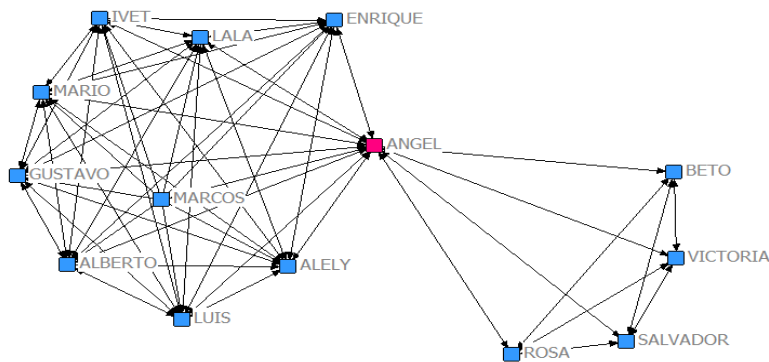
19.- ANGEL

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 18 personas (8 mujeres y 10 hombres) de las cuales 4 son sus familiares, 9 son sus amigos, 3 son compañeros de trabajo y 2 son de la ONG.

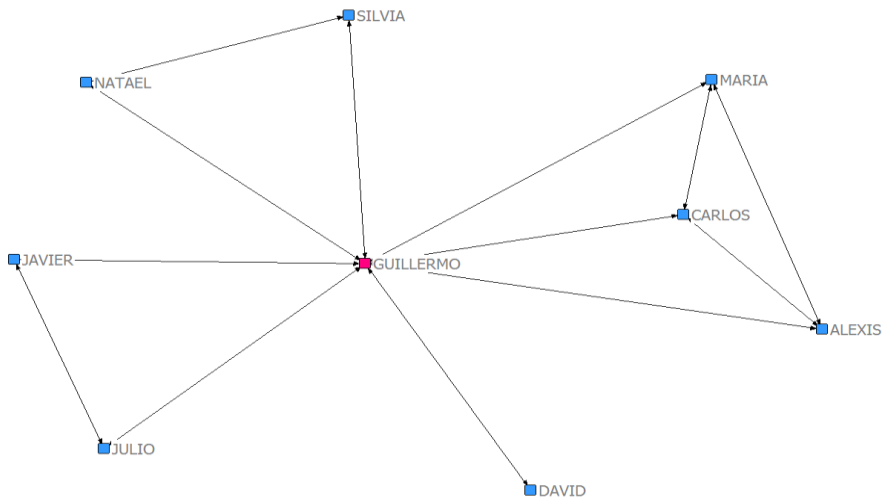
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 4 familiares y sus 9 amigos.

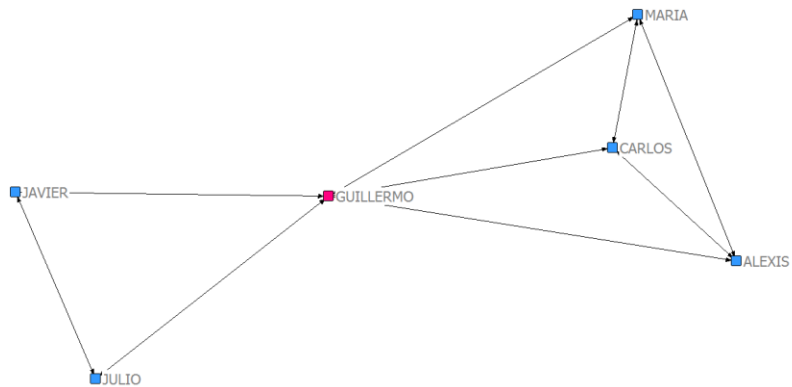
20.- GUILLERMO

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (2 mujeres y 6 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 2 son amigos, 2 son compañeros de su trabajo y 1 es la de ONG.

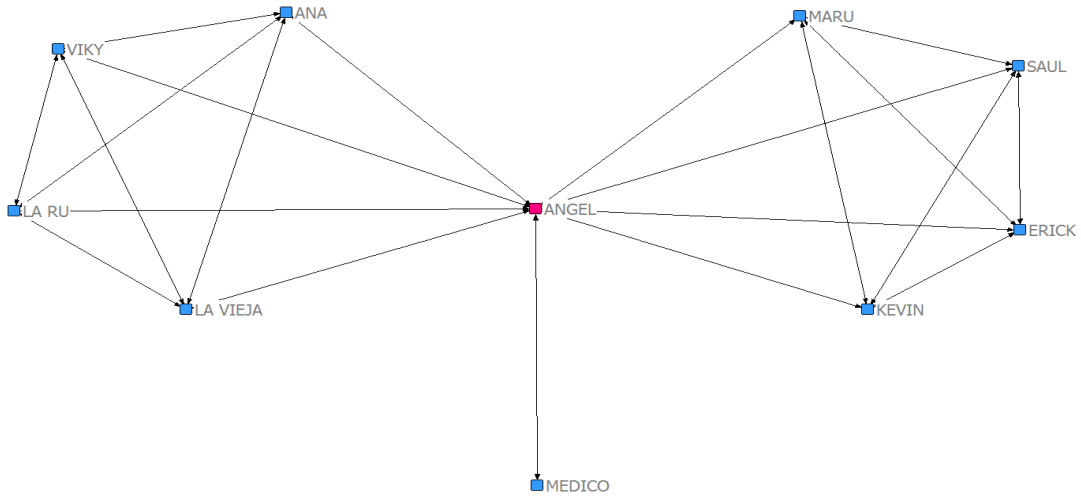
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 3 familiares y 2 amigos.

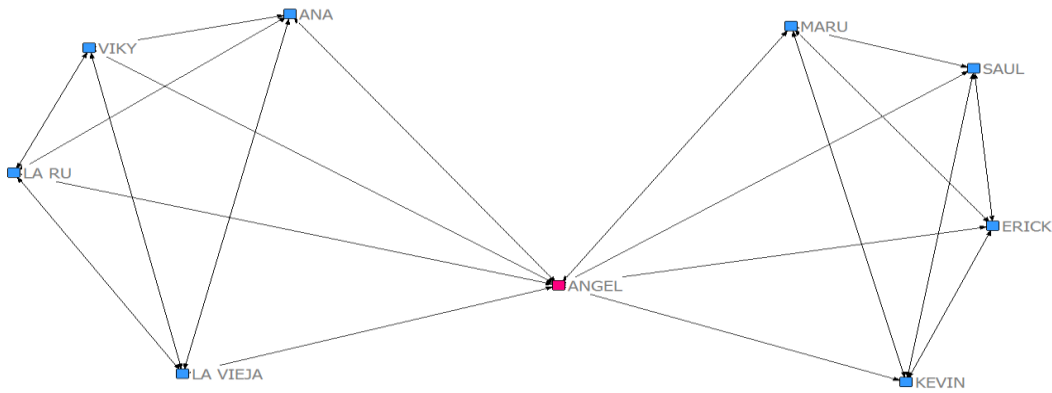
21.- ANGEL 2

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (5 mujeres y 4 hombres) de las cuales 4 son sus familiares, 4 sus amigos y el restante es su médico.

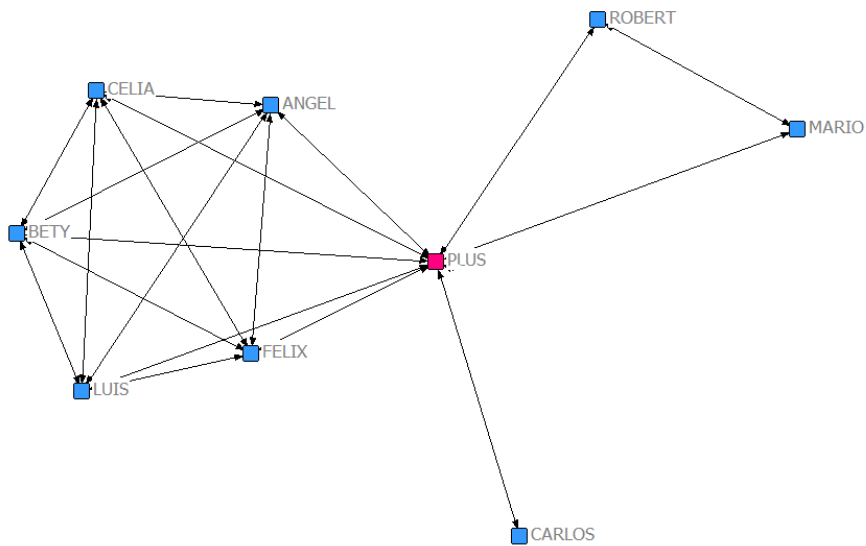
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por sus amigos y familiares.

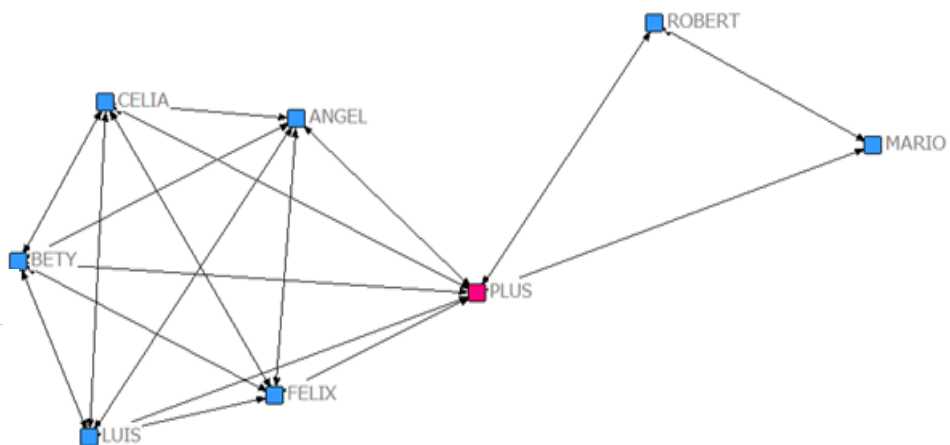
22.- PLUS

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (2 mujeres y 6 hombres) de las cuales 5 son de su familia y 2 son sus amigos, el restante es compañero de trabajo.

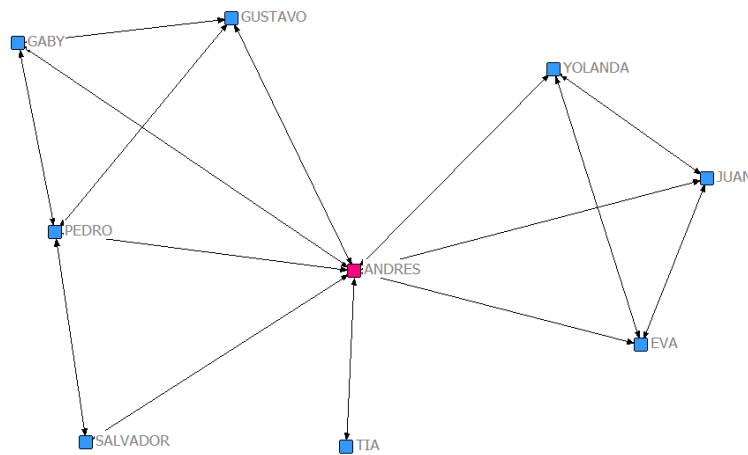
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por su familia y amigos.

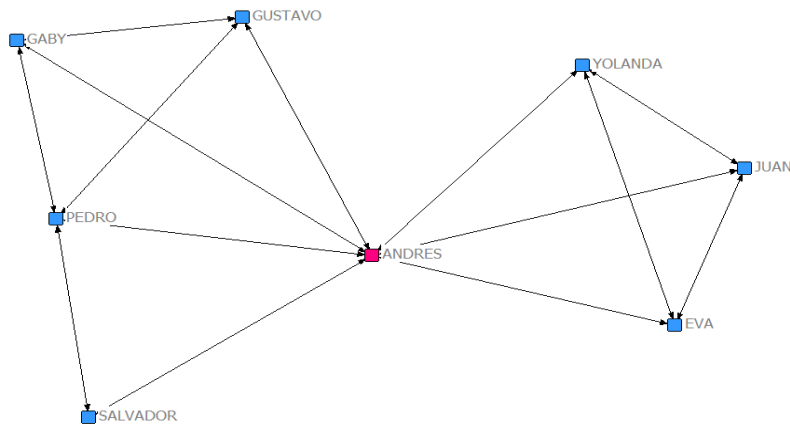
23.- ANDRES

Red Social



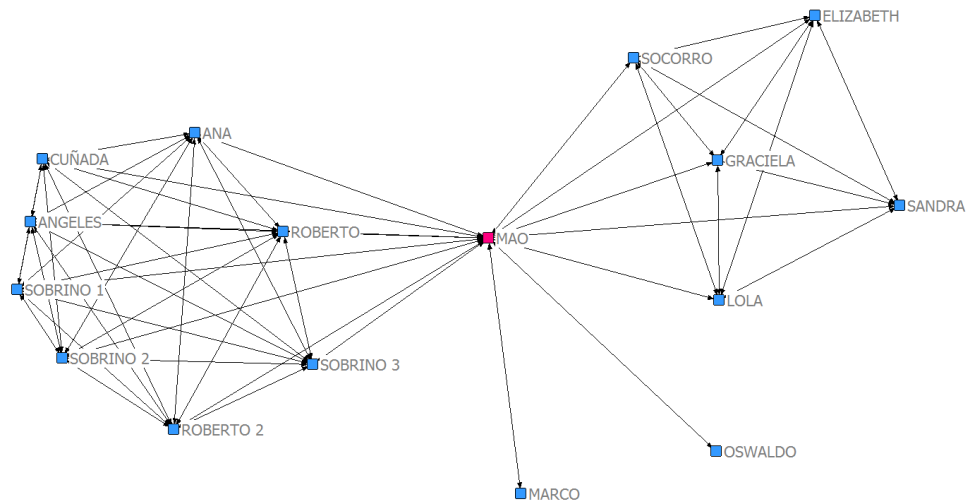
Esta red tiene baja densidad y está formada por 8 personas (4 mujeres y 4 hombres) de los cuales 4 son miembros de su familia, 3 son sus amigos y el restante es compañero de trabajo.

Red de Apoyo



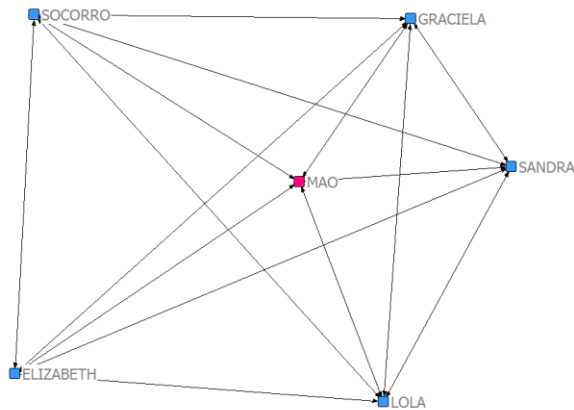
Esta red tiene baja densidad y está formada por su familia y amigos.

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 15 personas (8 mujeres y 7 hombres) de las cuales 8 son de su familia, 5 son sus amigos y 2 son de la ONG.

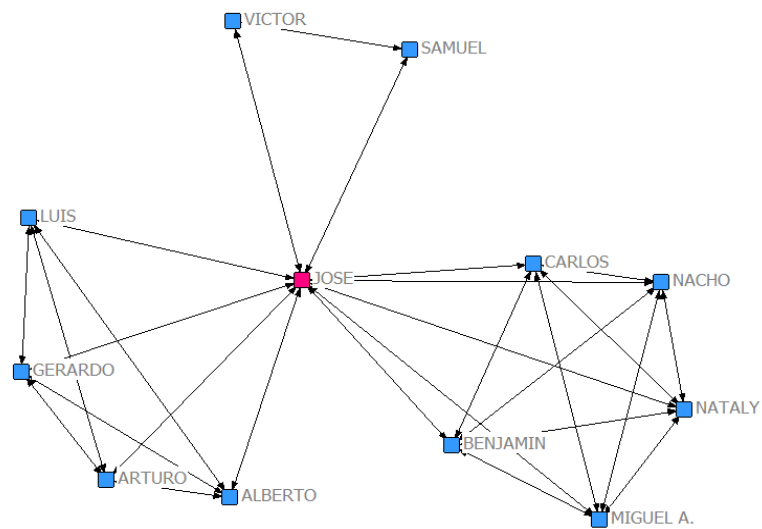
Red de Apoyo



Esta red tiene densidad media y está formada por sus amigas.

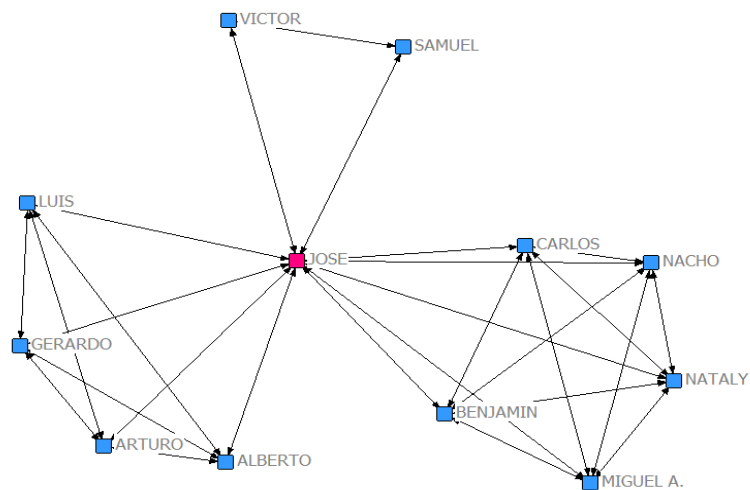
25.- JOSÉ

Red Social



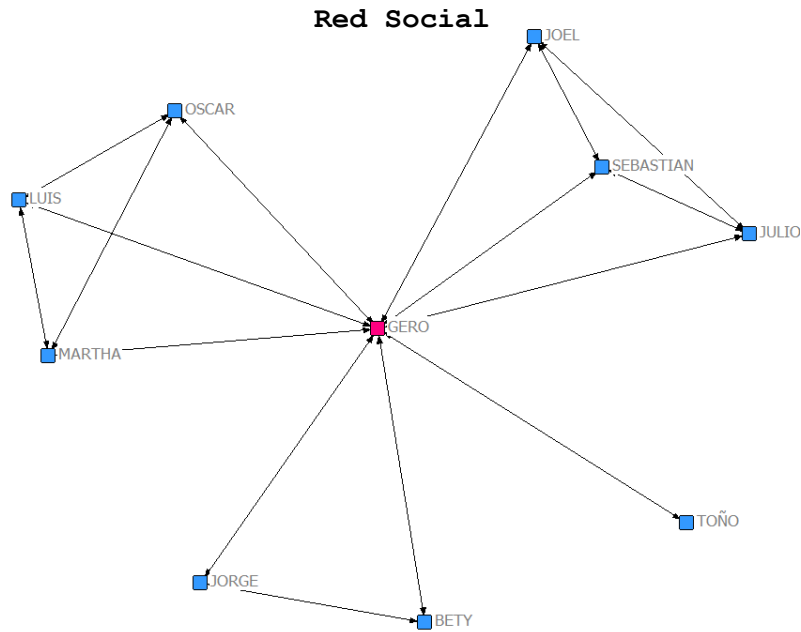
Esta red tiene baja densidad y está formada por 11 personas (1 mujer y 10 hombres) de las cuales 4 son miembros de su familia, 5 son amigos y 2 son compañeros de trabajo.

Red de Apoyo



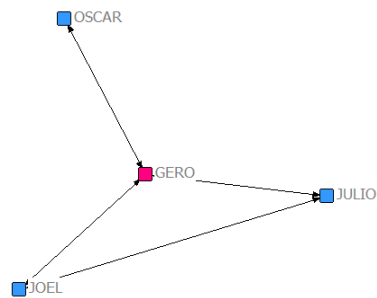
Esta red tiene baja densidad y está formada por su familia y amigos.

26.- GERO



Esta red tiene baja densidad y está formada por 9 personas (2 mujeres y 7 hombres) de las cuales 3 son de su familia, 3 son sus amigos, 2 son compañeros de trabajo y el restante es de la ONG.

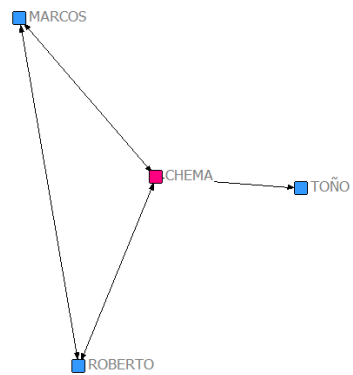
Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por 1 familiar y 2 amigos.

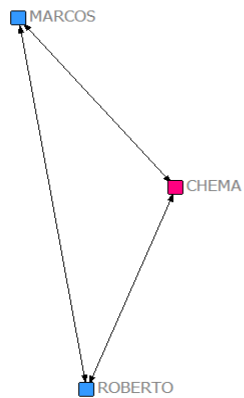
27.- CHEMA

Red Social



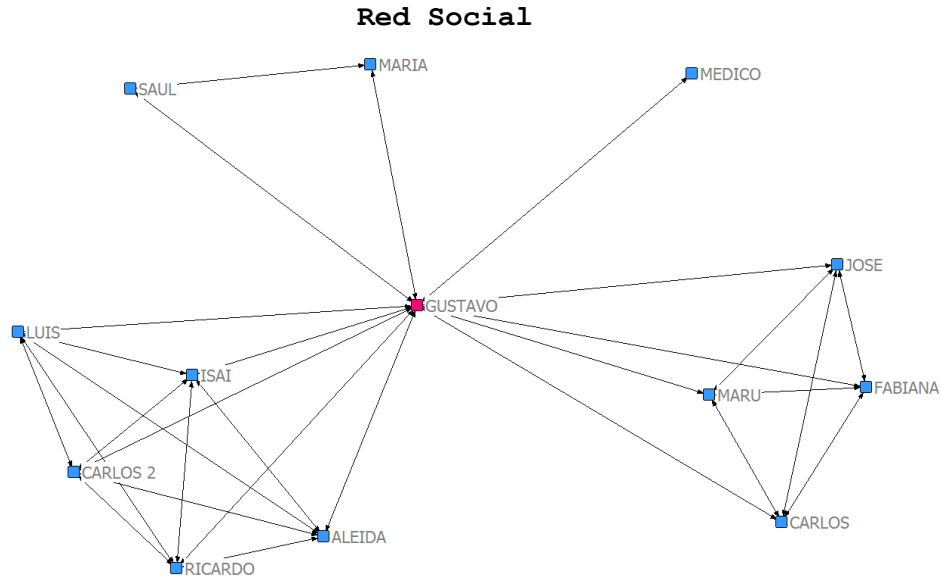
Esta red tiene baja densidad y está formada por 3 personas (0 mujeres y 3 hombres) de las cuales 2 son sus amigos y el restante es de la ONG.

Red de Apoyo

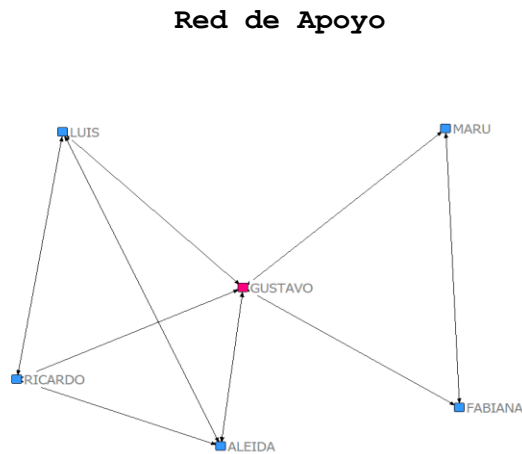


Esta red tiene densidad media y está formada por sus amigos.

28.- GUSTAVO 2

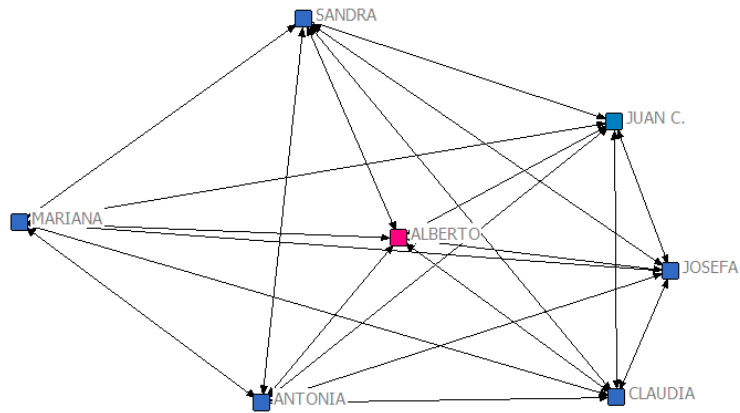


Esta red tiene baja densidad y está formada por 12 personas (4 mujeres y 8 hombres) de las cuales 4 son miembros de su familia, 5 son sus amigos, 2 son compañeros de trabajo y el restante es su médico.



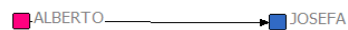
Esta red tiene baja densidad y está formada por 2 personas de su familia y 3 amigos.

Red Social



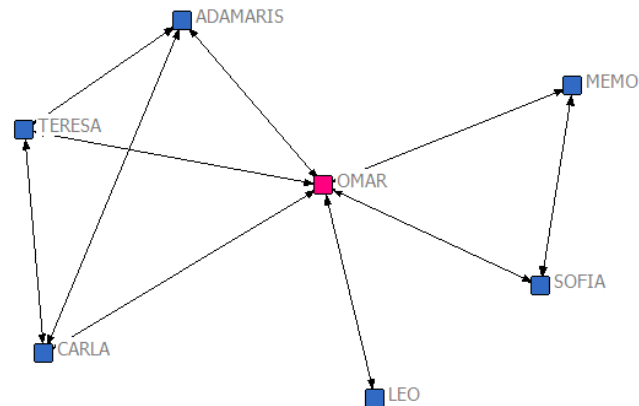
Esta red tiene densidad media y está formada por 6 personas (5 mujeres y 1 hombre) todas son de su familia.

Red de Apoyo



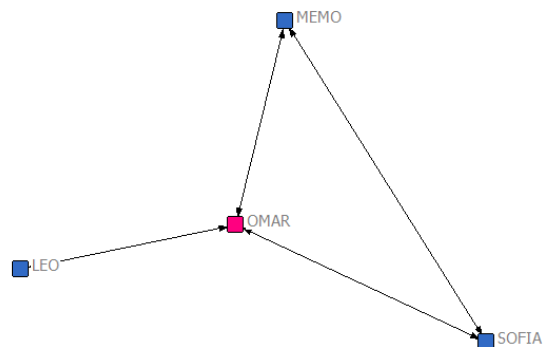
En esta red hay densidad media, sin embargo, Alberto solo cuenta con 1 persona de su familia que le brinda apoyo.

Red Social



Esta red tiene baja densidad y está formada por 6 personas (4 mujeres y 2 hombres) de los cuales 3 son familiares, 2 son compañeros de trabajo y el restante es miembro de la ONG.

Red de Apoyo



Esta red tiene baja densidad y está formada por sus compañeros de trabajo y 1 miembro de la ONG.

A partir de la visualización de las redes se puede observar que las redes sociales y de apoyo, tanto del grupo de las mujeres como en el grupo de los hombres, poseen distintas características en cuanto a tamaño y densidad, así como también se identificó si las personas integrantes de las mismas son; familiares del sujeto central, amigos, compañeros de escuela, de trabajo o pertenecen a otro grupo social.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tal vez uno de los aspectos más importantes en los estudios de redes sociales son las funciones que la misma cumple en este caso, el suministro de apoyo social.

Este apoyo está representado por las personas que forman parte del contexto del sujeto central, como la familia, los amigos, compañeros de escuela o trabajo u otros ambientes, como por ejemplo personas de su misma religión, profesionales de la salud etc., a las cuales se recurre en busca de ayuda ante situaciones de conflicto, dificultad, desconocimiento y puede ser en mayor o menor grado efectivas a la solución de la problemática porque pueden atenuar la carga que representa el estrés o las condiciones emocionales derivadas del mismo o facilitar el acceso a los servicios mediante la información y la orientación (Carmona, 2004).

Carmona (2004), ubica a la red de apoyo como un elemento determinante en la búsqueda de ayuda, ya que funciona como mediadora entre los síntomas de alguna enfermedad y la búsqueda de atención profesional. Por ejemplo, la utilización de servicios de salud, para lo cual existe un proceso que incluye la aparición de síntomas o problemas de salud, la percepción sobre la magnitud o gravedad, la búsqueda de apoyo en su red, y la búsqueda de atención profesional.

En el caso de las personas que viven con VIH/SIDA, es de suma importancia la atención médica y psicológica, pues como ya lo planteaban Castro (1997), Remor (2002) y Carrobles (2003), existe una estrecha relación entre la red social, el nivel de apoyo que reciben las personas portadoras de VIH y su calidad de vida.

En ésta investigación el ARS incluye una determinación del *tamaño* que es el total de personas de una red y la *densidad* que es el grado de conexión que se da entre los individuos que conforman la red, independiente del sujeto central (Molina, 2001).

Aunque el *tamaño* de la red no determina cuál es la frecuencia de interacciones de apoyo que recibe el individuo, parece razonable la predicción de que la frecuencia de interacciones de apoyo social se relacionará positivamente con el número de personas que integran la red.

Con respecto a la densidad, entre más alta sea ésta indicará una mayor posibilidad de contactos entre los miembros, y por ende, mayor será el apoyo o ayuda que se estructure para el sujeto central.

Las redes con características de alta densidad; promueven más apoyo social, ejercen un mayor nivel de influencia social y de control sobre la conducta de sus miembros, tienen mayor involucramiento y compromiso afectivo y pueden conservar y controlar los recursos existentes y movilizar ayuda rápidamente (Aduna, 1998).

Según Carmona (1994), la relación con la familia, amigos y entorno social mantienen una fuerte asociación con el bienestar subjetivo de una persona.

De lo anterior, podemos decir que conociendo el tamaño y la densidad de las redes sociales y de apoyo de la muestra de éste estudio, se puede inferir la frecuencia y los recursos con los que cuentan las personas con VIH/SIDA de ésta

investigación para la búsqueda y obtención de atención profesional médica y psicológica para mejorar su calidad de vida.

A continuación se muestran las tablas que contienen los datos que se obtuvieron mediante el cuestionario.

La tabla 5 muestra el nombre de las participantes, el número de personas que integran su red social indicando a su vez cuantas mujeres y cuantos hombres hay en ella. Posteriormente señala el número de personas que integran su red de apoyo, así como también cuantas mujeres y cuantos hombres hay en ella. Al final muestra la categoría, o categorías a las cuales pertenecen las personas de su red de apoyo.

Tabla 5. Número de personas que integran las redes sociales y de apoyo de las mujeres.

#	NOMBRE	RED SOCIAL	M	H	RED DE APOYO	M	H	CATEGORÍA
1	JULIETA	10	7	3	4	4	0	F
2	LEONOR	9	5	4	8	4	4	F
3	GABRIELA	8	5	3	2	1	1	F
4	JUDITH	12	7	5	6	3	3	F/A
5	OTILIA	9	4	5	3	1	2	F/O
6	ROXANA	9	5	4	2	1	1	F
7	JESSICA	11	6	5	6	3	3	F
8	MIRIAM	13	6	7	5	3	2	F/A
9	ELIZABETH	12	4	8	4	1	3	F/A
10	MA. ELENA	16	8	8	6	4	2	F
11	NANCY	10	7	3	5	3	2	F
12	NORA	5	3	2	4	3	1	F/A
13	GRACIELA	7	5	2	4	3	1	F
14	JUANA	10	8	2	4	4	0	F/A
15	OLIVIA	8	6	2	2	0	2	F
16	CRISTINA	14	8	6	5	4	1	F/ A
17	GEORGINA	11	8	3	4	2	2	F/O
18	JAZMÍN	7	3	4	3	1	2	F/ A
19	SOCORRO	9	6	3	3	2	1	F/A
20	ROCÍO	3	2	1	3	2	1	F/A/O
21	JUANA 2	10	6	4	7	5	2	F/A/O
22	JOSEFINA	5	4	1	2	2	0	F/O
23	ANA	10	3	7	5	1	4	F/A
24	CLAUDIA	6	4	2	3	2	1	F/A
25	NORA 2	8	5	3	3	2	1	F/A
26	SARA	7	5	2	6	4	2	F/A/O
27	MA. LOURDES	5	2	3	2	1	1	F/A
28	PETRA	6	3	3	2	2	0	F/A
29	JESSICA 2	4	3	1	2	1	1	F/A
30	SAMANTA	13	5	8	4	2	2	F/A/O

Nota: F=Familia A=Amigos ET=Escuela/Trabajo O=Otros Ambientes.

La red social de la población femenina se encuentra integrada por 9 personas en promedio. Mientras que la red de apoyo está formada por 4 personas en promedio. El tamaño que presentan estas redes puede deberse a que la mayoría de las participantes se dedican al hogar, tienen una pareja estable, son heterosexuales y ninguna de ellas pertenece a ninguna organización o grupo, por lo que poseen menores posibilidades de interacción con las personas en general, pues su ambiente se limita tanto la red social como la red de apoyo de la

población femenina están formadas principalmente por mujeres que pertenecen a su familia y amigos.

En la tabla 6 se muestra el nombre de los hombres participantes, el número de personas que conforman su red social indicando a su vez cuantas mujeres y cuantos hombres hay en ella. Posteriormente señala el número de personas que integran su red de apoyo, así como también cuantas mujeres y cuantos hombres hay en ella. Al final muestra la categoría, o categorías a las cuales pertenecen las personas de su red de apoyo.

En el caso de la población masculina su red social se integra por 13 personas en promedio y la red de apoyo por 6 personas en promedio. El tamaño de estas redes puede deberse a que la mayoría lo hombres trabajan, son solteros, homosexuales y pertenecen a una organización, por lo que participan en diversos contextos y sus posibilidades de interacción son extensas. Ambas redes están integradas principalmente por personas del sexo masculino que pertenecen a su familia y amigos.

Tabla 6. Número de personas que integran las redes sociales y de apoyo de los hombres.

#	NOMBRE	RED SOCIAL	M	H	RED APOYO	M	H	CATEGORÍA
1	DONNIE	18	3	15	6	0	6	A/ET
2	RODOLFO	15	7	8	4	2	2	A/O
3	OSWALDO	19	9	10	2	1	1	A
4	MANUEL	20	6	14	2	0	2	A
5	FER	11	6	5	1	1	0	A
6	KIKE	14	7	7	6	3	3	F/A
7	CESAR	33	11	22	5	3	2	F/A
8	CHARLY	14	6	8	8	3	5	F/A
9	MANUEL 2	27	5	22	21	4	17	F/A
10	GUSTAVO	9	2	7	3	2	1	F
11	JUAN	14	6	8	11	3	8	F/O
12	ALBERTO	9	2	7	9	2	7	F/A/O
13	CARLOS	15	9	6	5	2	3	A
14	CARLOS 2	14	6	8	3	2	1	F/A
15	PACO	23	12	11	6	3	3	A/O
16	MARIO	5	2	3	4	1	3	F
17	BEBE	20	10	10	11	4	7	F/O
18	PRÍNCIPE	10	6	4	6	5	1	F/A
19	ÁNGEL	18	8	10	13	5	8	F/A
20	GUILLERMO	8	2	6	5	1	4	F/A
21	ÁNGEL 2	9	5	4	8	5	3	F/A
22	PLUS	8	2	6	7	2	5	F/A
23	ANDRÉS	8	4	4	7	3	4	F/A
24	MAO	15	8	7	5	5	0	A
25	JOSÉ	11	1	10	11	1	10	F/A
26	GERO	9	2	7	3	0	3	F/A
27	CHEMA	3	0	3	2	0	2	A
28	GUSTAVO 2	12	4	8	5	3	2	F/A
29	ALBERTO	6	5	1	1	1	0	F
30	OMAR	6	4	2	3	1	2	A/O

Nota: F=Familia A=Amigos ET=Escuela/Trabajo O=Otros Ambientes.

Tabla 7. Tamaño y Densidad de las Redes Sociales y de Apoyo de la población femenina.

#	Nombre	TAMAÑO		DENSIDAD	
		Red Social	Red de Apoyo	Red Social	Red de Apoyo
1	JULIETA	10	4	102.2	133
2	LEONOR	9	8	90.2	88.8
3	GABRIELA	8	2	57.1	200
4	JUDITH	12	6	46.9	86.6
5	OTILIA	9	3	37.5	83.3
6	ROXANA	9	2	48.6	200
7	JESSICA	11	6	59	120
8	MIRIAM	13	5	48	85
9	ELIZABETH	12	4	24.2	83.3
10	MA. ELENA	16	6	39.1	120
11	NANCY	10	5	33.3	55
12	NORA	5	4	85	83.3
13	GRACIELA	7	4	50	133.3
14	JUANA	10	4	33.3	66.6
15	OLIVIA	8	2	46.4	200
16	CRISTINA	14	5	24.1	85
17	GEORGINA	11	4	30	116.6
18	JAZMÍN	7	3	30.9	83.3
19	SOCORRO	9	3	56.9	83.3
20	ROCÍO	3	3	25	25
21	JUANA 2	10	7	37.7	64.2
22	JOSEFINA	5	2	65	100
23	ANA	10	5	33.3	55
24	CLAUDIA	6	3	46.6	83.3
25	NORA 2	8	3	21.4	83.3
26	SARA	7	6	45.2	60
27	MA. LOURDES	5	2	85	100
28	PETRA	6	2	46.6	100
29	JESICA 2	4	2	66.6	100
30	SAMANTHA	13	4	39.1	50

En las redes sociales de la población femenina el tamaño promedio es de 9 personas y tiene una densidad promedio de 48.4. Mientras que el tamaño promedio de su red de apoyo es de 4 personas y posee una densidad de 97.5. Lo cual, indica que aunque las redes sociales son de mayor tamaño, las redes de apoyo poseen una mayor densidad y por ende mayor será el apoyo que la red brinde al sujeto central.

Tabla 8. Tamaño y Densidad de las redes sociales y de apoyo de la población masculina.

#	Nombre	TAMAÑO		DENSIDAD	
		Red Social	Red de Apoyo	Red Social	Red de Apoyo
1	DONNIE	18	6	41.5	93
2	RODOLFO	15	4	58.7	50
3	OSWALDO	19	2	37.3	200
4	MANUEL	20	2	33.8	200
5	FER	11	1	53	100
6	KIKE	14	6	31.7	40
7	CESAR	33	5	44.8	85
8	CHARLY	14	8	58.3	71.4
9	MANUEL	27	21	38.1	45.7
10	GUSTAVO	9	3	55.5	150
11	JUAN	14	11	58.1	91.8
12	ALBERTO	9	9	55.5	56.9
13	CARLOS	15	5	58.3	125
14	CARLOS 2	14	3	31.4	83.3
15	PACO	23	6	33.1	66.6
16	MARIO	5	4	73.3	50
17	BEBE	20	11	43.1	110
18	PRÍNCIPE	10	6	83.6	86.6
19	ÁNGEL	18	13	40.3	84.6
20	GUILLERMO	8	5	36.1	65
21	ÁNGEL 2	9	8	46.6	57.1
22	PLUS	8	7	44.4	69
23	ANDRÉS	8	7	41.6	50
24	MAO	15	5	44.1	125
25	JOSÉ	11	9	42.4	40.9
26	GERO	9	3	35.5	83.3
27	CHEMA	3	2	66.6	250
28	GUSTAVO 2	12	5	37.4	65
29	ALBERTO	6	1	87.9	100
30	OMAR	6	3	87.9	83.3

En las redes sociales de la población masculina el tamaño promedio es de 13 personas y tiene una densidad promedio de 49.9. Mientras que el tamaño promedio de su red de apoyo es de 6 personas y posee una densidad de 92.6. El hecho de que en las redes sociales y de apoyo el tamaño sea mayor que la densidad, indica menores probabilidades de que el apoyo que la red brinde al sujeto central sea tan efectiva como en la población femenina.

Para finalizar esta sección consideramos importante mencionar algunos aspectos que se observaron durante la aplicación de los cuestionarios.

Respecto a la muestra femenina se observó que:

- Llegaron acompañadas, por sus hijos, madres, hermanas y amigas.
- No se conocían entre ellas.
- Una de ellas requirió que se le leyeran las preguntas y se le ayudara a escribir sus respuestas.
- Comentaron que su problemática actual consiste en obtener seguro médico por parte del gobierno, conseguir un trabajo donde se les permita salir para acudir a sus revisiones médicas, o en su defecto obtener un crédito para poner un negocio propio.
- Deseaban asistir a cursos de primeros auxilios y otros relacionados con el cuidado de enfermos. Especialmente, los que se relacionaran con el VIH/SIDA.
- Todas aceptaron participar en esta investigación.

En la muestra masculina se observó que:

- Llegaron sin acompañantes.
- Ya se conocían entre ellos.
- Algunos de ellos son pareja con otro miembro de la red.
- Comentaron que su problemática actual es la dificultad para conseguir pareja.
- Solo un hombre se negó a participar en la investigación y comentó: *"No quiero contestar, aun no quiero hablar sobre esto"*.

6. DISCUSION

El propósito de este estudio fue en primer lugar elaborar un marco conceptual sobre el VIH/SIDA, las redes sociales y de apoyo y la relación que éstas tienen con la salud y calidad de vida de éstos pacientes.

En segundo lugar presentar las bases teóricas y metodológicas del modelo del Análisis de Redes Sociales como un método eficaz y confiable para identificar y visualizar las redes sociales y de apoyo.

Finalmente, se estudió la relación que las redes pueden presentar respecto a la salud de las personas que viven con VIH/SIDA y su calidad de vida.

El cuestionario fue contestado por 60 personas que viven con VIH/SIDA, 30 del CIDS de Tlaxcala y 30 de la Red Mexicana de Personas que viven con VIH/SIDA ubicada en el Distrito Federal.

El objetivo de esta investigación fue identificar la red social y la red de apoyo de las personas que viven con VIH/SIDA utilizando como herramienta el Análisis de Redes Sociales, con el fin de identificar las características estructurales de las redes y realizar una comparación por sexo. Para ello, se analizaron las redes mediante su representación visual y después se determinaron las características estructurales (tamaño y densidad), porque como lo plantea Liberman (1995) "las características estructurales de la red afectan el comportamiento de los individuos involucrados".

Mediante el ARS se puede observar la dinámica que prevalece en las redes sociales de las personas con VIH/SIDA, así como identificar la red de apoyo de las mismas para proponer elementos que permitan planear una "intervención en red" y modificar aspectos y movilizar recursos en beneficio del paciente para mejorar su calidad de vida.

Se determinaron una serie de características propias de las redes sociales de los enfermos de VIH/SIDA y se encontró que:

El 96.6% de las redes sociales de la población total, es decir de hombres y mujeres, son de mayor *tamaño* que las redes de apoyo.

Por otro parte, se halló que en el 90% de los casos, las redes sociales poseen menor *densidad* que las redes de apoyo, tanto en la muestra femenina como en la masculina.

Las redes sociales de la muestra están integradas de la siguiente forma: el 53.2% son hombres y el 46.7% son mujeres.

Las redes sociales de la muestra femenina están compuestas por 9 personas en promedio y el 57.3% son mujeres, mientras que el 42.6% son hombres.

Las redes sociales de la muestra masculina se componen en promedio por 13 personas. De las cuales el 60.2% son hombres y el 39.7% son mujeres.

Los datos anteriores indican que existe una tendencia en la muestra de este estudio, a que la red social de las personas esté conformada por personas del mismo sexo. Es decir, las mujeres poseen dentro de su red social a más

mujeres que hombres y la red social de los hombres se formará por más hombres que mujeres.

Sólo en el 3.4% de las redes de apoyo de la muestra de este estudio se halló que la red de apoyo es de igual *tamaño* que la red de social. Esto ocurrió en 2 casos, 1 en la muestra femenina y uno en la masculina.

Se encontró que en el 90% de los casos, la densidad de las redes de apoyo es mayor que la densidad de las redes sociales.

Las redes de apoyo de la muestra están integradas de la siguiente forma; el 53.9% son hombres y el 46.1% son mujeres.

En la muestra femenina las redes de apoyo están integradas por 4 personas en promedio. De las cuales el 59.6% son mujeres y el 40.3% son hombres.

Respecto a la categoría se encontró que en 14 casos la red de apoyo de la muestra femenina, está integrada por F/A (familia y amigos), seguida por F (familia) con 9 menciones, F/A/O (familia, amigos y otros ambientes) con 4 casos y finalmente F/O (familia y otros ambientes) con 3 menciones.

En la muestra masculina las redes de apoyo están formadas por 6 personas en promedio. El 62.8% son hombres y el 37.2 son mujeres.

Respecto a la categoría, se encontró que en 14 casos la red de apoyo de la muestra masculina, está integrada por F/A (familia y amigos), seguida por A (amigos) con 6 menciones, F (familia) 3 casos, A/O (familia y otros ambientes) con 3

casos, F/O (familia y otros ambientes) con 2 menciones y finalmente A/ET (amigos y escuela o trabajo) con 1 mención.

Éstos datos señalan que existe una tendencia en la muestra de este estudio, a que la red de apoyo de las personas, al igual que en las redes sociales, esté conformada por personas del mismo sexo. Es decir, las mujeres poseen dentro de su red de apoyo a más mujeres que hombres y la red de apoyo de los hombres está formada por más hombres que mujeres.

Resulta importante señalar que la categoría F/A (familia y amigos) es la que predomina en las redes de apoyo de la muestra de este estudio.

Por otro lado, también fue posible identificar una serie de elementos diferenciadores entre las redes de hombres y mujeres que permiten reconocer el contexto y las circunstancias que envuelven a cada sexo, como son:

Que la muestra femenina presenta menores posibilidades de interacción debido a que se desenvuelven únicamente en su contexto familiar, mientras que la población masculina se desarrolla en diversos contextos a parte del familiar, como en el laboral y en la organización a la cual pertenecen.

Las principales diferencias encontradas a partir de ésta investigación respecto a las redes sociales de la muestra son las siguientes:

Las redes sociales del grupo masculino son de mayor tamaño en comparación con las redes sociales de la población femenina. Mientras que sus redes están integradas por 13

personas en promedio, las redes sociales de las mujeres se forman por 9 personas en promedio.

Las redes sociales del grupo masculino cuentan en promedio con una densidad de 49.96, mientras que las redes sociales de la muestra femenina cuentan con una densidad de 48.4 en promedio.

Otra diferencia encontrada es que en el 3.33% de las redes sociales de las mujeres, la densidad de la red social es igual a la densidad de la red de apoyo. En el 6.66% la densidad de la red social es mayor que la densidad de la red de apoyo. En el caso de los hombres, el 10% de las redes sociales poseen una mayor densidad que las redes de apoyo.

Las redes de apoyo de la muestra masculina son de mayor tamaño en comparación con las redes de apoyo de la muestra femenina. Mientras que sus redes están integradas por 6 personas en promedio, las redes sociales de las mujeres se forman por 4 personas en promedio.

En el 90% del grupo femenino la densidad de la red de apoyo es mayor que la de las redes sociales. En el grupo masculino, el 90% de los casos tienen mayor densidad que la red social.

Las redes de apoyo de la muestra masculina cuentan en promedio con una densidad de 92.6, mientras que las redes de apoyo de la muestra femenina cuentan con una densidad de 97.5 en promedio.

Limitaciones

La aplicación del Análisis de Redes Sociales tiene como ventaja la visualización de una grafica en red, sin embargo, se ve limitada en cuanto a explicar la causalidad de los eventos.

No obstante de que al inicio de la aplicación del cuestionario se les indicó explícitamente de forma verbal y escrita el objetivo de esta investigación y el uso que se le daría a la información que nos proporcionaran se percibió cierta desconfianza y reticencia. Por lo cual es posible que los datos que nos brindaron fueran alterados parcialmente.

Futuras investigaciones.

Desde la perspectiva metodológica, se sugiere que, para futuras investigaciones relacionadas con el tema central de esta investigación:

- La muestra tenga la misma orientación psicosexual.
- Las características sociodemográficas de la población sean similares.

Una vez identificada la red de apoyo del sujeto central se sugiere llevar a cabo lo que se denomina intervención en red. Para ello se puede consultar a Elkim (1989) y Speck y Atteneave (2000).

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del trabajo de investigación que ha dado lugar a la presente tesis, se han alcanzado los objetivos inicialmente planteados.

Con respecto a las *redes sociales*; la muestra femenina tiene un tamaño promedio de 9 personas y posee una densidad de 48.4, mientras que la muestra masculina tiene un tamaño promedio de 13 personas y una densidad de 49. Es importante mencionar que los integrantes de las redes sociales de la muestra están formadas principalmente por personas del mismo sexo.

En cuanto a las *redes de apoyo*; la muestra femenina tiene un tamaño promedio de 4 personas y una densidad promedio de 97.5, mientras que la muestra masculina tiene un tamaño promedio de 6 personas y una densidad de 92. Se descubrió que en ambas muestras las redes de apoyo están integradas principalmente por personas del mismo sexo que son sus familiares y amigos.

El 96.6% de las redes sociales de la muestra general es de mayor tamaño que las redes de apoyo, sin embargo, en el 90% de los casos poseen menor densidad que las ultimas.

Esta investigación concluye que la muestra masculina posee redes sociales y de apoyo de mayor tamaño que la muestra femenina. Sin embargo, las redes de apoyo de la muestra femenina poseen mayor densidad que las de los hombres.

Lo cual quiere decir que las mujeres participantes en esta investigación cuentan con redes de apoyo con mayor compromiso afectivo hacia ellas y que éstas ejercerán un mayor nivel de influencia, ayuda y control sobre la conducta que tengan las mujeres respecto a su condición de portadoras del VIH.

REREFENCIAS

- Abello, L. R. y Madariaga, O. C. A. (1999). Las redes sociales ¿Para qué? (123-417).
- Aduna, M. A.P. (1998). *Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes Universitarios, Estudio Experimental*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- Borgatti, S. P. (2002). *UCINET 6 for Windows: Software for social network analysis*. Lexington, KY: Analytic Technologies.
- Borgatti S., (2003) "Conceptos básicos de redes sociales". Disponible en: www.analytictech.com/borgatti
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca, Morelos, [México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria.
- Censida Estadísticas de SIDA en México en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>
- Calhoun, C., Light, D., Keller, S., & Lisón, A. J. C. (2000). *Sociología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Caplan, G. (1974). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrobles J. A., (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. 15.
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (January 01, 1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista De Saúde Pública*, 31, 4, 425-35.

- Carmona C. A. (2004). *Las redes de apoyo social como una alternativa para prevenir la depresión y posibles suicidios en varones*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM.
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (January 01, 2009). Can We Improve Our Physical Health by Altering Our Social Networks?. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 4, 375-378.
- Dabas, E. N. (1998). *Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Grupos e instituciones, 48. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, E., & Najmanovich, D. (1995). *Redes: El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familias y escuela*. Cuestiones de educación. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas y Najmanovich. (1993) "Una, Dos, Muchas redes: itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes." en: <http://www.fts.uner.edu.ar/areas/lecturas/lecturas.htm>
- Daudel, R., Montagnier, L., (2008). *El sida*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Elkaïm, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red: salud mental y contexto social*. Barcelona: Gedisa.
- Escobar, B. M. A., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española De Salud Pública*, 82, 6.)
- García C. C. (2009). *Redes Sociales y su relación con el consumo de drogas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Garrido, F. (2001). *Análisis de redes en el desarrollo local. Practicas locales de creatividad social. Construyendo ciudadanía* (p.p. 67-89) España: El Viejo Topo.

Gutiérrez L. A., et. al, (2004) "Programa de prevención de ITS y SIDA. Guía educativa para un sexo más seguro" Edita: Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Programa de Prevención de ITS y SIDA. España.

Hanneman B. y Riddle M, . Tutorial UCINET 6.
<http://faculty.ucr.edu/~hanneman/nettext/>

Hanneman, R. (2000). Introducción a los métodos del análisis de redes sociales. EEUU. Departamento de Sociología de la Universidad de California Riverside desde:
<http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/redes.htm>

Herrero, R. S. H., M. (2005). *La terminología del análisis de redes. Problemas de definición y de traducción.*

Kerlinger, F. N., Lee, H. B., Pineda, A. L. E., & Mora, M. I. (2002). *Investigación del comportamiento.* México: Editorial Interamericana.

Kubler-Ross, E., & Daurella, N. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Editorial Mondadori.

Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., & Nebot, M. (January 01, 2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria / S.e.s.p.a.s, 18, 2.*)

Liberman, S. S. (1995). *Análisis de redes sociales.* México: UNAM, Dirección General de Asuntos del Personal Académico.

Lozares, C. (1996). La Teoría de las Redes Sociales.
<http://seneca.uab.es/antropologia/ars/papercarlos.rtf>

- Luna, M. (2004). Redes sociales. *Revista Mexicana De Sociología*, 66, 59-75.
- Mendoza R. K. (2003). *Estudio Exploratorio de Redes Sociales en una Empresa de Cultura Organizacional Fuerte*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Molina, J. L. (2001). *El análisis de redes sociales: Una introducción*. Serie General universitaria, 10. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Molina, J. L. y Aguilar C., (2005). *Identidad étnica y redes personales entre jóvenes de Sarajevo*. Araucaria. Universidad de Sevilla.
- Rivoir, A.L. (1999). Redes sociales: instrumento metodológico o categoría sociológica. *Revista de ciencias sociales*. 15, 49-58.
- Remor E., (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria/ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 30 (3).
- Rizo M., (2005) "Pensar, vivir, sentir en red. Breve aproximación a las redes". Entre lectores. Publicación del programa Nacional de Salas de lectura de la Dirección General de Publicaciones de CONACULTA, Vol. 2 Núm. 1.
- Sánchez J. J., González J.A., (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. México: Facultad de Psicología, UNAM, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Sanz, M. L. (2003). *Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes*.
- Sepúlveda C. (1989). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Revista Médica De Chile*. 117 (7), 794-803.

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Speck, R. V., & Attneave, C. L. (2000). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.

Verd, J. M. y Martí. J. (1999). Muestreo y recogida de datos en el análisis de redes sociales. *Oüestiio*, 23 (3) 507-527.
www.idescat.cat/sort/questiio/pdf/23.3.5.Verd.pdf

Wasserman, S., Faust, K., & Scott, J. (1994). Social Network Analysis: Methods and Applications. *The British Journal of Sociology*. 47 (2), 374.

APÉNDICE 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología



Nombre o pseudónimo _____ Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____
Estado civil _____ Escolaridad _____ Orientación sexual _____

Este cuestionario tiene como finalidad, conocer quiénes forman tu entorno inmediato. Es necesario que respondas honestamente, recuerda que la información que nos proporcionas, sólo se utilizará para fines de esta investigación y es absolutamente confidencial.

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas a tu entorno inmediato y a tu padecimiento, deberás responder escribiendo el (los) nombre(s) de las personas que consideres adecuados para cada respuesta. Indica también el parentesco que tienes con ella(s). En caso de que existan dos o más personas con un mismo nombre, por favor numéralas, como se indica en el siguiente ejemplo:

¿Incluyéndote, quienes forman tu familia? José (yo). Emanuel 1 (padre), Martha (madre), Emanuel 2, (hermano), Carlos (primo).

CUESTIONARIO

- 1.- ¿Cuál es tu diagnóstico? _____
- 2.-¿Cómo adquiriste esta enfermedad? _____
- 3.-¿Hace cuánto tiempo te diagnosticaron con VIH? _____
- 4.-¿Qué pruebas te hiciste para la detección de VIH? _____
- 5.-¿Dónde te las realizaste? _____
- 6.-¿Participas en alguna organización? _____
- 7.-¿Estás bajo supervisión médica? _____
- 8.-¿Quién se hace cargo de tus gastos médicos? _____

9.-¿Incluyéndote, escribe por favor el nombre de las personas que forman tu familia?

10.-Menciona el nombre de tus amigos

11.-Si estudias o laboras; indica el nombre de tus compañeros más cercanos

12.-Menciona el nombre de otras personas que sean significativas en tu vida

13.-Escribe el nombre de las personas que saben que vives con VIH en:

a) Tu familia: _____

b) Tus amigos: _____

c) Tu escuela o trabajo: _____

d) Otro ambiente: _____

14.- Cuándo te diagnosticaron ¿a quién(es) se lo(s) comentaste primero?

15.-De estas personas, ¿cuáles de ellas te ofrecieron su apoyo? _____

16.-¿De qué manera lo hicieron? _____

17.- ¿Alguien te rechazó? ¿Quién (es)? _____

18.-¿Con quién(es) platicas sobre tu estado emocional?

19.- Conociendo tu condición de salud actual, menciona el nombre de las personas a tu alrededor:

a) Te aceptan: _____

b) Te apoyan: _____

c) Son solidarios _____

d) Te respetan: _____

f) Te brindan Información: _____

APENDICE 2

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Ocupación:** _____

Red Social: _____ **Mujeres:** _____ **Hombres:** _____

Red de Apoyo: _____ **Mujeres:** _____ **Hombres:** _____

Categorías:

Familia: _____ Amigos: _____ Escuela o trabajo: _____ Otros ambientes: _____

	Nombre	9	10	11	12	13 a	13 b	13 c	13 d	14	15	16	17	18	19 a	19 b	19 c	19 d	19 f	Total	
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																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					